



Република Србија
МИНИСТАРСТВО ЗДРАВЉА

ИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ СРБИЈЕ "Др Милан Јовановић Батут"

INSTITUTE FOR PUBLIC HEALTH OF SERBIA
"Dr Milan Jovanovic Batut"

Др сц. мед. Тања Кнежевић

Tanja Knezevic, MD, PhD

Др Данијела Симић

Danijela Simic, MD

Др Иван Ивановић

Ivan Ivanovic, MD

ЗДРАВЉЕ МЛАДИХ У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

ФИНАЛНИ ИЗВЕШТАЈ

YOUTH HEALTH IN SERBIA
FINAL REPORT



Unapređenje | Balkans
Zdravlja | Youth and
Mladih na | Health
Balkanu | Project

Београд, јун 2009.
Belgrade, June 2009

Институт за јавно здравље Србије
"Др Милан Јовановић Батут"

INSTITUTE FOR PUBLIC HEALTH OF SERBIA
"Dr Milan Jovanovic Batut"

ЗДРАВЉЕ МЛАДИХ У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

ФИНАЛНИ ИЗВЕШТАЈ

YOUTH HEALTH IN SERBIA
FINAL REPORT

Др сц. мед. Тања Кнежевић
Tanja Knezevic, MD, PhD
Др Данијела Симић
Danijela Simic, MD
Др Иван Ивановић
Ivan Ivanovic, MD

Београд, јун 2009.
Belgrade, June 2009.

САДРЖАЈ

САЖЕТАК	5
ЗДРАВЉЕ МЛАДИХ У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ - ФИНАЛНИ ИЗВЕШТАЈ	
1. УВОД	9
2. ОДАБРАНИ ПОКАЗАТЕЉИ ЗДРАВЉА МЛАДИХ	16
2.1 Демографске карактеристике младих узраста 15-29 година	16
2.2 Сексуална активност младих и коришћење поузданих/савремених метода контрацепције	17
2.3 Редовност коришћења кондома приликом сексуалних односа младих и/или њихових партнера	18
2.4 Рађање и намерни прекиди трудноће међу младима у Републици Србији	19
2.5 Инциденција сексуално преносивих болести и хепатитиса Б и Ц у популацији младих	20
Инциденција гонореје	21
Инциденција гениталне хламидијазе	22
Инциденција AIDS-а	23
Инциденција вирусног хепатитиса Б	24
Инциденција вирусног хепатитиса Ц	25
2.6 Преваленција HIV инфекције и вирусног хепатитиса Ц у популацијама младих под повећаним ризиком	26
Преваленција HIV и вирусне хепатитис Ц инфекције међу инјектирајућим корисницима дрога	27
Преваленција HIV инфекције међу мушкарцима који имају сексуалне односе са мушкарцима	28
Преваленција HIV инфекције међу комерцијалним сексуалним радницима	29
2.7 Злоупотреба психоактивних супстанци међу младима (дуван, алкохол, таблете, марихуана и остале дроге)	30
Употреба дувана	30
Употреба алкохола	31
Употреба психоактивних супстанци	33
2.8 Насиље/злостављање међу младима	34
2.9 Самоубиства младих	35
2.10 Ухрањеност младих	36
3. ОГРАНИЧЕЊА ВЕЗАНА ЗА ПРИКАЗАНЕ РЕЗУЛТАТЕ	38
4. ЗАКЉУЧЦИ	39

Предлог за примену система за праћење здравља младих у Републици Србији на основу усвојеног сета индикатора и Протокола за праћење индикатора	41
SUMMARY	43

САЖЕТАК

Добро здравље младих и адолесцената је изузетно важно, како за њих саме тако и за будућност ове земље. Усвајањем Стратегије за развој и здравље младих новембра 2006. године, Влада Републике Србије је изразила опредељење за национални приоритет који је дат младима као рањивој и осетљивој популационој групи. У оквиру пројекта „Унапређење здравља младих на Балкану“ који је почео 2006. године и који је финансиран средствима Владе Канаде преко Канадске агенције за међународни развој (CIDA), а који је имплементиран у партнерству са Министарством здравља и Министарством за омладину и спорт, институцијама јавног здравља, домовима здравља и омладинским невладиним организацијама са крајњим циљем промовисања здравих животних стилова младих, успостављена је сарадња са Институтом за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ потписивањем Споразума о сарадњи између Пројекта и Института за јавно здравље Србије. Основни циљ ове сарадње је подршка националном систему у области систематичног прикупљања података о здрављу и ризичном/протективном понашању младих, надзора и праћења здравствених индикатора, као и побољшање доступности релевантних информација доносиоцима одлука, епидемиолозима и здравственим радницима. Експерти радне групе за информисање ради акције унутар пројекта „Унапређење здравља младих на Балкану“ су заједно са представницима младих, стручњацима из Института за јавно здравље Србије и консултантима из Канаде током 2008. године развили сет основних индикатора за праћење здравственог стања и здравственог понашања младих, као и коришћења служби/ услуга намењених младима, затим Протокол за праћење ових индикатора, као и упитник за сакупљање података од корисника услуга саветовалишта наклоњених младима на нивоу примарне здравствене заштите. Сви ови документи су усвојени од стране Експертске групе за здравље и развој младих Министарства здравља Р. Србије. Урађен је и рачунарски програм за унос података из упитника и праћење индикатора, спроведено пилот истраживање у три саветовалишта за младе и формирана база података у ИЗЈЗ Србије.

Сетом од 11 основних индикатора прати се здравље младих кроз три релевантне области:

1. **Здравствено понашање младих** се разматра кроз проценат сексуално активних младих који користе кондом и друге поуздане/савремене мере контрацепције приликом сексуалног односа, затим праћењем преваленције злоупотребе психоактивних супстанци међу младима (дуван, алкохол, таблете, марихуана и остале дроге) и процента младих који су доживели насиље/злостављање.

2. **Здравствено стање младих** се прати кроз стање ухрањености младих, узрасно-специфичну стопу намерних прекида трудноће и специфичну стопу фертилитета, инциденцију сифилиса, гонореје, АИДС-а, гениталне хламидијазе, хепатитис Б и Ц вирусне инфекције, преваленцију ХИВ инфекције, хепатитиса Б, хепатитиса Ц и гениталне хламидијазе у посебно осетљивим популационим групама младих, као и праћењем стопа самоубиства младих.

3. **Степен коришћења служби за младе** се разматра кроз проценат општина на територији Републике Србије на којима постоје саветовалишта за младе у склопу примарне здравствене заштите, као и кроз проценат младих који су посетили саветовалишта за младе и задовољни су њима.

Обзиром да подаци нису систематски прикупљани за све одабране/кључне индикаторе здравља младих у овом извештају су приказани доступни најновији подаци везани за популацију младих у Републици Србији узраста од 15 до 29 година по одабраним индикаторима, при чему су подаци дисагрегирано представљени у односу на пол, узрасну групу (15-19, 20-24 и 25-29) и остале карактеристике кад год је то било могуће, односно смислено.

Након уводног дела у коме је детаљно представљен значај и процес дефинисања сета кључних индикатора и осталих докумената и инструмената за систематско праћење здравља младих у Републици Србији дате су основне демографске карактеристике популације младих узраста од 15 до 29 година у Републици Србији и кључне информације везане за одређене болести и стања регистроване у популацији младих, као што су поједине инфективне болести, сексуално и репродуктивно здравље, самоубиства и ухрањеност.

Након тога следи део извештаја који се односи на протективно и ризично понашање у популацији младих, као што су употреба савремених метода контрацепције, употреба кондома, злоупотреба психоактивних супстанци и насиље/злостављање. Посебно су дата ограничења везана за представљене податке, као и основни закључци.

У Србији је према резултатима истраживања „Здравље становника Републике Србије“, које је спровело Министарство здравља Републике Србије и Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић - Батут“ 2006. године, 70,0% младих узраста 15–29 година ступило у сексуалне односе. Од укупног броја девојака у Србији узраста 15–29 година које су биле сексуално активне у протеклих 12 месеци, њих 42,3% је користило савремене методе контрацепције. Четвртина (24,3%) младих или њихових партнера узраста 15-29 година се изјаснило да увек користи кондом приликом сексуалних односа. Према подацима здравствене статистике (обухвата само здравствене установе у тзв. државном сектору) специфична стопа намерних прекида трудноће на 1000 особа женског пола узраста 15-29 година у 2007. години је износила 11,3. Специфична стопа фертилитета на 1000 особа женског пола узраста 15-29 година у Републици Србији у 2007. години је износила 62,4. Међу свим пријављеним случајевима инфективног сифилиса учешће младих узраста 15-29 година се кретало у распону од 33% у 2004. години до 8% у 2008. години, док се учешће младих узраста 15-29 година међу свим пријављеним случајевима гонореје кретало у опсегу од 45% у 2005. до 66% у 2006. години. Учешће младих узраста 15-24 године се кретало у распону од 49% у 2005. до 26% у 2008. години међу свим пријављеним случајевима гениталне хламидијазе. Учешће младих узраста 15-29 године међу свим пријављеним случајевима АИДС-а у посматраном периоду се кретало у распону од 8% до 17%, с тим да је специфична инциденција АИДС-а у узрасној групи 15-19 година била знатно нижа од опште инциденције, односно да у последње три године није регистрован ниједан случај АИДС-а међу старијим адолесцентима.

Учешће младих узраста 15-29 године се кретало у распону од 22% у 2004. до 29% у 2007. години међу свим пријављеним случајевима хепатитиса Б, док се међу свим пријављеним случајевима хепатитиса Ц учешће младих узраста 15-29 године кретало у распону од 30% у 2004. до 40% у 2005. години. Серопреваленција НИВ инфекције у узорку инјектирајућих корисника дрога узраста 18-29 година је била највиша у Београду (1,4%), док је у Нишу регистрована знатно нижа преваленција НИВ-а (0,5%), односно

у Новом Саду ниједан испитаник узраста 18-29 година није био инфициран HIV-ом. Серопреваленција хепатитис Ц вирусне инфекције (HCV) у узорку инјектирајућих корисника/ца дрога узраста 18- 29 година је била највиша у Београду (67,4%), док је у Нишу регистрована преваленција HCV-а од 51,2%, а у Новом Саду је регистрована најнижа преваленција HCV-а (44,1%). Серопреваленција HIV инфекције у узорку мушкараца који имају сексуалне односе са мушкарцима узраста 18- 29 година је била нешто виша у Новом Саду (2,5%) у односу на Београд (2,2%). Међу 84 испитаника оба пола узраста 18-29 година у популацији особа које се баве комерцијалним сексуалним радом у Београду, односно лица која размењују секс за новац, дрогу или за неку другу материјалну ствар или услугу само је једна особа мушког пола, узраста 20-24 године била инфицирана HIV-ом (HIV преваленција је износила 1,2%). Према подацима добијеним из пилот истраживања међу корисницима услуга Саветовалишта за младе у примарној здравственој заштити из 2008. године више од половине сексуално активних корисника саветовалишта (55,4%) се изјаснило да увек користи савремене методе контрацепције. Подаци о младима добијени из националног истраживања здравља становништва спроведеног 2006. године показују да од укупног броја младих у Србији узраста 15–29 година, скоро половина (48,9%) није никад пушила, док у исто време преваленција пушења износи 33,4%. У исто време у Србији 55,7% младих узраста 15–29 година конзумира алкохол, док се 14,3% младих узраста 15–29 година изјаснило да је пробало психоактивне супстанце. Међу корисницима услуга Саветовалишта за младе у примарној здравственој заштити сваки пети корисник саветовалишта (19,8%) је изјавио да је пушач, док 42,7% корисника Саветовалишта конзумира алкохолна пића.

Према подацима из 2006. године физичком насиљу је било изложено 6,0% младих узраста 15–29 година, психичком малтретирању 11,6%, док је неку врсту насиља према другима испољило 11,6% младих. Скоро сваки пети (18,2%) корисник саветовалишта за младе у примарној здравственој заштити (2008. година) је изјавио да је доживео неку врсту насиља. Према подацима Републичког завода за статистику Србије специфична стопа самоубистава међу младима 15-29 година старости на 100.000 у 2007. години је износила 9,0. Резултати истраживања здравља становништва у Републици Србији у 2006. години показују да је 71,9% омладине узраста 15–19 година било нормално ухрањено, 6,7% младих истог узраста је било потхрањено, док је 4,5% било гојазно.

1. УВОД

Стратешки приступ унапређењу здравља младих

Добро здравље младих и адолесцената је изузетно важно, како за њих саме тако и за будућност ове земље. Брига о здрављу младих и здравственим услугама које млади добијају, као и унапређење и једног и другог, треба да представљају стални изазов и предмет пажње система здравствене заштите. Стратегија за здравље и развој младих је настала након вишемесечног консултативног процеса са младим људима, владиним и невладиним организацијама и службама намењеним младима. Усвајајући ову Стратегију новембра 2006. године, Влада Републике Србије је изразила опредељење за национални приоритет који је дат младима као рањивој и осетљивој популационој групи.

Основни циљеви националне Стратегије за здравље и развој младих су:

- Промоција здравих стилова живљења, очување и унапређење здравље младих;
- Постизање једнакости младих за здравље без обзира на разлике по полу, здравственом стању, социо-економском статусу, етничкој, религијској или другој припадности;
- Преусмеравање здравствене заштите од клиничког приступа према промоцији здравља, интерсекторској сарадњи, укључивању заједнице, активном учешћу младих и развоју индивидуалне одговорности за здравље.

Стратегијом су дефинисани следећи исходи:

- Најмање 50% младих усвојило здраве стилове живљења и користи адекватне службе здравствене заштите;
- Сви млади без обзира на разлике по полу, здравственом стању, социо-економском статусу, етничкој, религијској и другој припадности имају једнаку могућност приступа информацијама, као и коришћењу служби здравствене заштите у циљу заштите, очувања и унапређења здравља;
- Систем здравствене заштите за младе је по квалитету рада територијално, садржајно и приступом доступан и наклоњен младима уз пуну промоцију здравља, рада и интерсекторске сарадње, активне партиципације младих и ангажовање локалне заједнице;

– Систем здравствене заштите за младе по квалитету рада територијално, садржајно и приступом доступан младима са инвалидитетом, маргинализованим и социјално угроженим.

Стратешки исходи се прате сетом стратешких индикатора:

– Преваленција сексуално преносивих инфекција, укључујући и ХИВ инфекцију, затим порођаја међу адолесценткињама, прекида трудноће, поремећаја менталног здравља, самоубиства тј. покушаја самоубиства, насилног понашања младих, злоупотребе психоактивних супстанци међу младима;

– Процент младих који сматрају да су заштићени од злостављања и занемаривања, као и број пријављених односно успешно решених случајева злостављања и занемаривања;

– Процент младих који користе услуге служби за здравствену заштиту, како у смислу заштите и унапређења здравља, тако и лечења;

– Преваленција сексуално преносивих инфекција, ХИВ инфекције, порођаја међу адолесценткињама, прекида трудноће, поремећаја менталног здравља, самоубиства тј. покушаја самоубиства, насилног понашања младих, злоупотребе психоактивних супстанци, међу посебно осетљивим, маргинализованим и социјално угроженим младима;

– Процент младих са инвалидитетом, маргинализованих и социјално угрожених који користи услуге служби за здравствену заштиту, како у смислу заштите и унапређења здравље, тако и лечења;

– Успостављен систем мониторинга, евалуације и унапређења квалитета рада служби за здравствену заштиту младих;

– Процент општина на територији Републике Србије на којима постоје службе за здравствену заштиту младих са верификованим минимумом квалитета рада;

– Процент општина на територији Републике Србије на којима постоје циљане интервенције за здравствену заштиту посебно осетљивих, маргинализованих и социјално угрожених младих са верификованим минимумом квалитета рада.

Као приоритетни проблеми који се сагледавају кроз Националну Стратегију за здравље младих истичу се:

– Отворена депопулација, интензивирање процеса демографског старења становништва и смањење стопе фертилитета;

– У структури морбидитета младих доминирају болести зависности, поремећаји репродуктивног здравља, пораст сексуално преносивих

инфекција, депресије, док се као водећи узроци смрти региструју саобраћајне несреће и други облици насилне смрти;

– Непрепознавање здравог стила живота као друштвено прихватљивог понашања, распрострањеност штетних облика понашања са последицама по здравље младих и недовољно развијене животне вештине у свим фазама одрастања;

– Непостојање здравственог васпитања у званичним курикулумима основних и средњих школа;

– Инфраструктура здравственог система није у потпуности задовољавајућа, а здравствени радници нису довољно едуковани у области промоције здравља младих и побољшања квалитета њиховог живота, а саме превентивне активности нису на адекватан начин вредноване;

– Неразвијеност тимског рада, интерсекторске сарадње и стварне партиципације младих у области очувања и унапређења здравља;

– Недостатак континуираног, јединственог и свеобухватног праћења здравственог стања и понашања младих;

– Недовољна осетљивост за стварање услова за једнаке родне могућности.

Треба додати и то да је Националном стратегијом за борбу против HIV/AIDS-а Владе Републике Србије, која је усвојена од Владе Републике Србије у фебруару 2005. године, направљен основни оквир за национално деловање у циљу спречавања и контроле HIV епидемије у Републици Србији у периоду 2005–2010. година.

Такође, Национална стратегија за ментално здравље, као и Национална стратегија за превенцију злоупотребе дрога препознају практично исте стратешке кораке који су приказани у Националној стратегији за здравље младих.

Пројекат „Унапређење здравља младих на Балкану“ и партиципација младих

Пројекат „Унапређење здравља младих на Балкану“ је трогодишњи пројекат, који је почео 2006. године и који је финансиран средствима Влада Канаде преко Канадске агенције за међународни развој (CIDA). Циљ Пројекта је побољшање здравља младих у Србији и Босни и Херцеговини подржавањем развијања модела и иницијатива оријентисаних на младе на нивоу примарне здравствене заштите, у циљу повећања приступа младих здравственом саветовању, дијагностиковању и образовању, односно, крајњи циљ Пројекта је промовисање здравих животних стилова младих. Канадско друштво за међународно здравље (CSIH) у партнерству са Светским универзитетским сервисом Канаде (WUSC) и у сарадњи са Министарством здравља, Министарством омладине и спорта, институцијама јавног здравља, домовима здравља и омладинским невладиним организацијама је радило на јачању здравствене политике и програма на државном, регионалном и локалном нивоу. Пројекат „Унапређење здравља младих на Балкану“ је имао за циљ да унапреди капацитете организација које раде у сектору примарне здравствене заштите за развијање и примену ефикасних родно осетљивих, младима наклоњених политика, програма и услуга, хармонизацијом услуга које пружају здравствени радници у институцијама јавног здравља и омладинске невладине организације.

Укључивање младих је саставни део Пројекта, јер су истраживања показала да укључивање младих људи у процес одлучивања има позитиван утицај на њихово здравље, отпорност и решавање проблема, као што и одрасли који уводе младе у тај процес боље разумеју њихове способности.

Због тога је током спровођења Пројекта било осигурано да се глас младих чује током процеса доношења одлука, кроз методологију Гласа младих.

На самом почетку Пројекта постављене су основне структуре пројекта, а радне групе су дефинисале своје радне приоритете.

Млади људи, стручњаци за питања рода, као и представници вулнерабилних група, били су укључени у сва тела Пројекта, као и у радне групе. Дефинисана је стратегија за питање рода и организована је континуирана обука за питања рода за све актере Пројекта.

Учешће младих људи је обезбеђено у координационим одборима Пројекта и у свим радним групама, а као заменици председавајућих у свим радним групама именовани су представници из редова младих. Такође, започет је процес структурисања најбољег начина за активно и пуно укључивање младих људи и успостављен је саветодавни тим за младе (YAT) унутар Пројекта.

Дефинисање сета најважнијих индикатора којима би се пратила ефикасност програмских интервенција и развој политика у области здравља младих и служби оријентисаних на младе у земљи инициран је током 2007. године од стране партнера Пројекта.

Успостављена је сарадња са Институтом за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ потписивањем Споразума о сарадњи између Пројекта и Института за јавно здравље Србије. Основни циљ ове сарадње је подршка националном систему у области систематичног прикупљања података о здрављу и ризичном/протективном понашању младих, надзора и праћења здравствених индикатора, као и побољшање доступности релевантних информација доносиоцима одлука, епидемиолозима и здравственим радницима.

Експерти радне групе за информисање ради акције унутар пројекта „Унапређење здравља младих на Балкану“ су заједно са представницима младих, стручњацима из Института за јавно здравље Србије и консултантима из Канаде током 2008. године развили сет основних индикатора за праћење здравственог стања и здравственог понашања младих, као и коришћења служби/ услуга намењених младима, затим Протокол за праћење ових индикатора, као и упитник за сакупљање података од корисника услуга саветовалишта наклоњених младима на нивоу примарне здравствене заштите.

Урађен је и рачунарски програм за унос података из упитника и праћење индикатора и спроведено пилот истраживање у три саветовалишта за младе. Развијени сет индикатора и Протокол за праћење индикатора су продискутовани и усаглашени од стране локалних партнера Пројекта, који су укључени у спровођење Пројекта на локалном нивоу. Сва документа су усвојена од стране Експертске групе за здравље и развој младих Министарства здравља Р. Србије.

Учешће младих људи је обезбеђено у координационим одборима Пројекта и у свим радним групама, а као заменици председавајућих у свим радним групама именовани су представници из редова младих. Такође, започет је процес структурисања најбољег начина за активно и пуно укључивање младих људи и успостављен је саветодавни тим за младе (YAT) унутар Пројекта.

Дефинисање сета најважнијих индикатора којима би се пратила ефикасност програмских интервенција и развој политика у области здравља младих и служби оријентисаних на младе у земљи инициран је током 2007. године од стране партнера Пројекта.

Успостављена је сарадња са Институтом за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ потписивањем Споразума о сарадњи између Пројекта и Института за јавно здравље Србије. Основни циљ ове сарадње је подршка националном систему у области систематичног прикупљања података о здрављу и ризичном/протективном понашању младих, надзора и праћења здравствених индикатора, као и побољшање доступности релевантних информација доносиоцима одлука, епидемиолозима и здравственим радницима.

Експерти радне групе за информисање ради акције унутар пројекта „Унапређење здравља младих на Балкану“ су заједно са представницима младих, стручњацима из Института за јавно здравље Србије и консултантима из Канаде током 2008. године развили сет основних индикатора за праћење здравственог стања и здравственог понашања младих, као и коришћења служби/услуга намењених младима, затим Протокол за праћење ових индикатора, као и упитник за сакупљање података од корисника услуга саветовалишта наклоњених младима на нивоу примарне здравствене заштите.

Урађен је и рачунарски програм за унос података из упитника и праћење индикатора и спроведено пилот истраживање у три саветовалишта за младе. Развијени сет индикатора и Протокол за праћење индикатора су продискутовани и усаглашени од стране локалних партнера Пројекта, који су укључени у спровођење Пројекта на локалном нивоу. Сва документа су усвојена од стране Експертске групе за здравље и развој младих Министарства здравља Р. Србије.

2000. године - Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“;

- Резултати истраживања међу популационим групама под повећаним ризиком за HIV, као и међу особама које живе са HIV-ом у 2008. години (пројекат „Унапређење националног одговора на ХИВ епидемију децентрализацијом кључних здравствених услуга“) - Министарство здравља Републике Србије и Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић - Батут“;

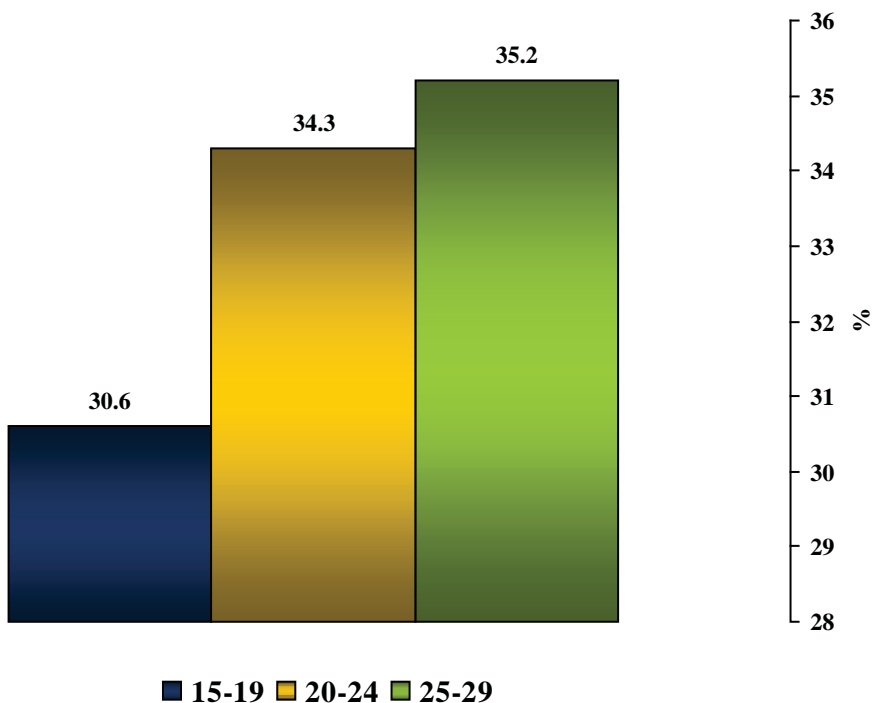
- Резултати пилот истраживања међу корисницима услуга Саветовалишта за младе у примарној здравственој заштити из 2008. године (пројекат „Унапређење здравља младих на Балкану“) - Министарство здравља Републике Србије и Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић - Батут“.

2. ОДАБРАНИ ПОКАЗАТЕЉИ ЗДРАВЉА МЛАДИХ

2.1 Демографске карактеристике младих узроста 15-29 година

Млади узроста 15–29 година у Републици Србији чине 19,8% (1.460.000) укупног становништва, према процени за 2007. годину Републичког завода за статистику Србије. Мушкарци су у већини за 1%. Највећи проценат младих узроста 15–29 година у укупном становништву налазимо у Војводини (20,3%), затим у Београду (20,1%), док је тај удео најмањи у Централној Србији (19,3%).

Графикон 1. Процент младих узроста 15–29 година по групама старости

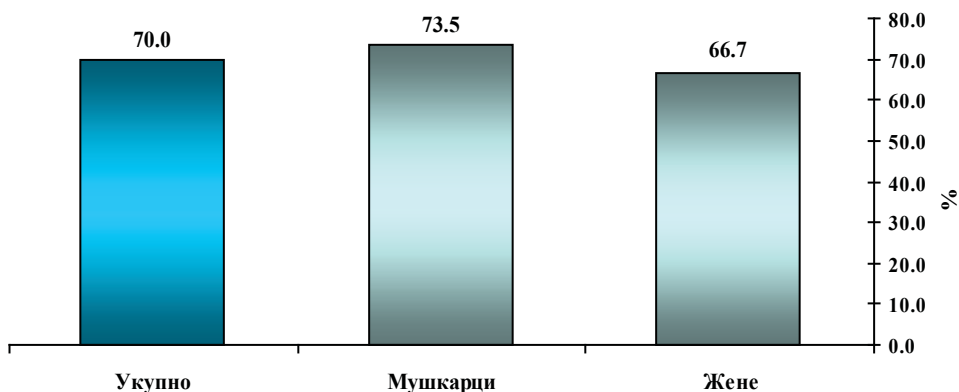


2.2 Сексуална активност младих и коришћење поузданих/савремених метода контрацепције

Млади у раном узрасту још увек немају довољно развијену свест о важности безбедног и одговорног сексуалног понашања и самим тим су у већем ризику од бројних негативних последица које произлазе из сексуалних односа.

У Србији је према подацима из 2006. године 70,0% младих узраста 15–29 година ступило у сексуалне односе, и то више младића (73,5%), него девојака (66,7%) (графикон 2).

Графикон 2. Процент младих узраста 15–29 година који су ступили у сексуалне односе



Такође, већи проценат младих који су ступили у сексуалне односе је забележен у Војводини (79,6%), затим у Београду (73,6%) и у Централној Србији (65,0%). Процент младих узраста 15–19 година који су ступили у сексуалне односе је износио 29% и у односу на 2000. годину бележи се повећање за 10,4%. Медијана узраста ступања у први сексуални однос код младих Србије узраста 15–19 година је 16 година, а као разлог за ступање у сексуалне односе млади у највећем проценту наводе љубав према партнеру (44,6%) и радозналост (19,9%).

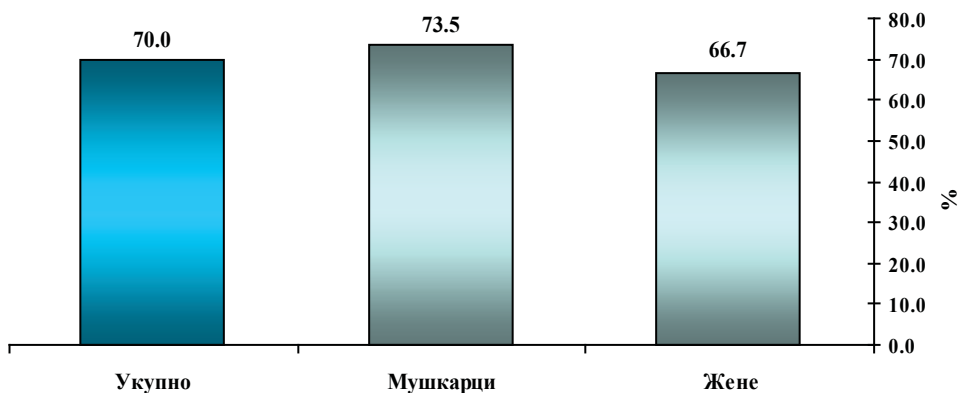
Од укупног броја девојака у Србији узраста 15–29 година које су биле сексуално активне у протеклих 12 месеци, њих 42,3% је користило

2.2 Сексуална активност младих и коришћење поузданих/савремених метода контрацепције

Млади у раном узрасту још увек немају довољно развијену свест о важности безбедног и одговорног сексуалног понашања и самим тим су у већем ризику од бројних негативних последица које произлазе из сексуалних односа.

У Србији је према подацима из 2006. године 70,0% младих узраста 15–29 година ступило у сексуалне односе, и то више младића (73,5%), него девојака (66,7%) (графикон 2).

Графикон 2. Процент младих узраста 15–29 година који су ступили у сексуалне односе



Такође, већи проценат младих који су ступили у сексуалне односе је забележен у Војводини (79,6%), затим у Београду (73,6%) и у Централној Србији (65,0%). Процент младих узраста 15–19 година који су ступили у сексуалне односе је износио 29% и у односу на 2000. годину бележи се повећање за 10,4%. Медијана узраста ступања у први сексуални однос код младих Србије узраста 15–19 година је 16 година, а као разлог за ступање у сексуалне односе млади у највећем проценту наводе љубав према партнеру (44,6%) и радозналост (19,9%).

Од укупног броја девојака у Србији узраста 15–29 година које су биле сексуално активне у протеклих 12 месеци, њих 42,3% је користило

У односу на територијалну поделу највећи проценат младих који увек користе кондом приликом сексуалног односа је у Београду (31,4%), затим Војводини (29,0%), док је најмањи у Централној Србији (19,1%).

У поређењу са подацима из 2000. године (26,9%) нема значајније разлике у редовном коришћењу кондома међу младима и њиховим партнерима.

Подаци добијени из пилот истраживања међу корисницима услуга Саветовалишта за младе у примарној здравственој заштити из 2008. године показују да више од половине младих или њихових партнера увек користе кондом приликом сексуалног односа (53,1%). Највећи проценат оних који увек користе кондом и овде налазимо међу најмлађима тј. у старосној групи 15-19 година (71,7%). Две трећине (65,4%) корисника услуга Саветовалишта за младе се изјаснило да су приликом последњег сексуалног односа користили (или њихови партнери) кондом.

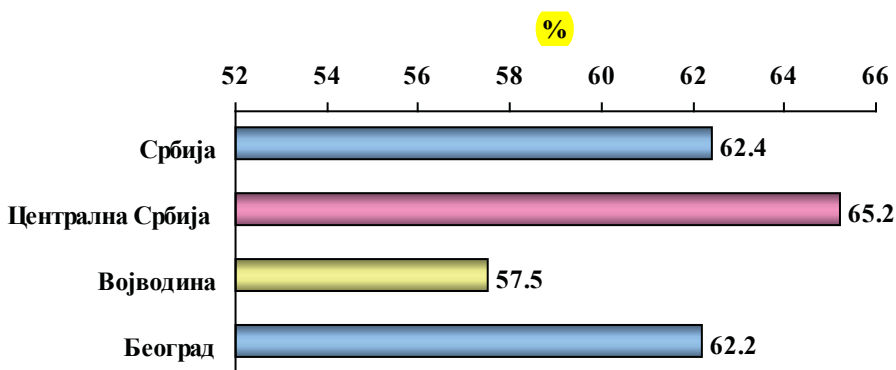
2.4 Рађање и намерни прекиди трудноће међу младима у Републици Србији

Знање о репродуктивном здрављу, намерном прекиду трудноће и редовна контрола здравља код гинеколога основни су предуслов за преузимање одговорности за сопствено репродуктивно здравље.

Према подацима здравствене статистике (обухвата само здравствене установе у тзв. државном сектору) специфична стопа намерних прекида трудноће на 1000 особа женског пола узраста 15-29 година у 2007. години је износила 11,3. Највећа стопа регистрована је у старосној групи 25-29 година (17,7), а најмања у групи 15-19 година (3,6).

Специфична стопа фертилитета на 1000 особа женског пола узраста 15-29 година у Републици Србији у 2007. години је износила 62,4 и најмања је у Војводини (57,5), затим Београду (62,2), док је највећа у Централној Србији (65,2). Специфична стопа фертилитета међу младима расте са узрастом и најмања је у старосној групи 15-19 (22,1), а највећа је у групи 25-29 година (87,0) (графикон 4).

Графикон 4. Специфична стопа фертилитета на 1000 особа женског пола узроста 15-29 година у Републици Србији у 2007. години



2.5 Инциденција сексуално преносивих болести и хепатитиса Б и Ц у популацији младих

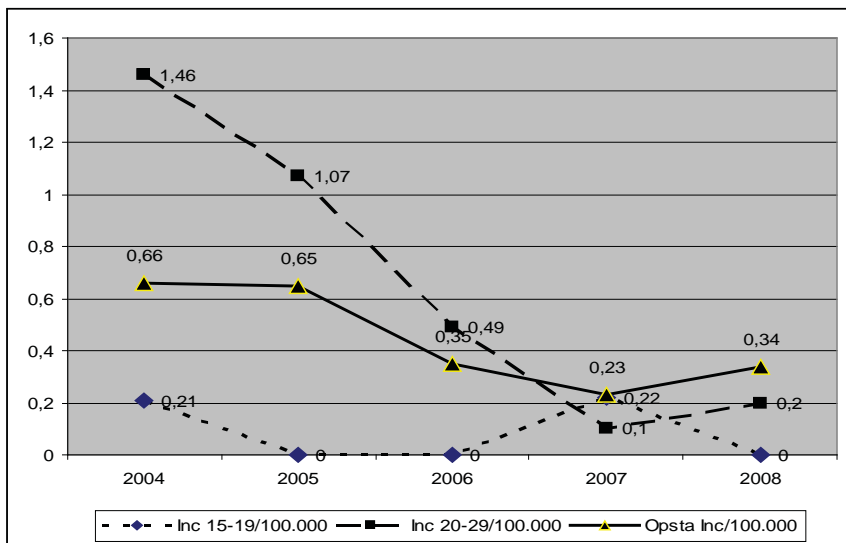
Сексуално преносиве болести су значајне за здравље младих због своје повезаности са хроничном упалом мале карлице, секундарним стерилитетом, ванматеричном трудноћом као и олакшаном трансмисијом и стицањем ХИВ инфекције.

Инциденција инфективног сифилиса

У периоду 2004-2008. година у Републици Србији регистрована инциденција инфективног сифилиса је била мања од 1 на 100.000 становника (графикон 5). Учешће младих узроста 15-29 година се кретало у распону од 33% у 2004. години до 8% у 2008. години међу свим пријављеним случајевима инфективног сифилиса. Од 36 случајева инфективног сифилиса у узрасту 15-29 година у периоду 2004-2008. година 22 су биле особе мушког пола. У посматраном временском периоду специфична инциденција инфективног сифилиса у узрасној групи 15-19 година је била троструко нижа од опште инциденције у 2004. години, скоро једнака 2007. године, док у осталим посматраним годинама није регистрован ниједан случај оболевања међу старијим адолесцентима. Инциденција у узрасној групи 20-29 година у истом временском периоду показује јасан тренд опадања (са 1,46/100.000 2004. на 0,2/100.000 у 2008. години), односно 2004. године регистрована инциденција инфективног

сифилиса међу младима узраста 20-29 година је била двоструко виша од опште инциденције, док је 2008. године регистрована инциденција међу младима узраста 20-29 година била скоро двоструко нижа од опште инциденције (графикон 5).

Графикон 5. Инциденција инфективног сифилиса у узрасту 15-19 и 20-29 у односу на општу инциденцију инфективног сифилиса у Р. Србији, 2004-2008. година

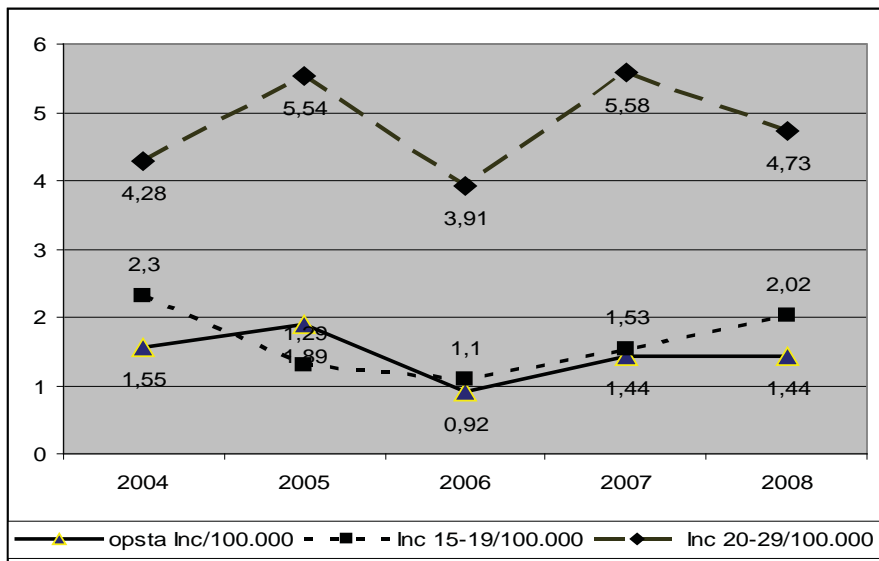


Инциденција гонореје

У периоду 2004-2008. година у Републици Србији регистрована инциденција гонореје се кретала у распону од 1 до 2 на 100.000 становника (графикон 6). Учешће младих узраста 15-29 година се кретало у опсегу од 45% у 2005. до 66% у 2006. години међу свим пријављеним случајевима гонореје. Од 284 случаја гонореје у узрасту 15-29 година у периоду 2004-2008. година 169 су биле особе мушког пола, док је 214 било из централне Србије. У посматраном временском периоду специфична инциденција гонореје у узрасној групи 15-19 година је била незнатно виша од опште инциденције, изузев 2005. године.

Регистрована инциденција гонореје у узрасној групи 20-29 година у посматраном временском периоду је значајно виша у односу на општу инциденцију гонореје у Р. Србији, односно кретала се у опсегу од 4 до 6 на 100.000 младих узраста 20-29 година (графикон 6).

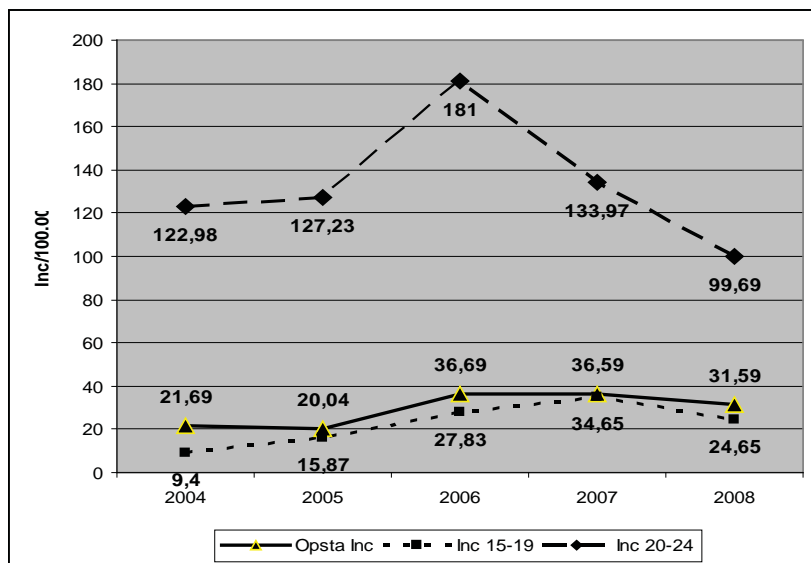
Графикон 6. Инциденција гонореје у узрасту 15-19 и 20-29 у односу на општу инциденцију гонореје у Р. Србији, 2004-2008. година



Инциденција гениталне хламидијазе

У периоду 2004-2008. година генитална хламидијаза је најчешће регистрована болест од свих болести које се пријављују по важећој законској регулативи у Републици Србији у групи сексуално преносивих обољења, са минималним учешћем од 84% 2004. године до максималних 94% 2006. године. Регистрована инциденција гениталне хламидијазе у посматраном петогођу се кретала у распону од 20 до 37 на 100.000 становника (графикон 7). Учешће младих узраста 15-24 године се кретало у распону од 49% у 2005. до 26% у 2008. години међу свим пријављеним случајевима гениталне хламидијазе. Специфична инциденција гениталне хламидијазе међу старијим адолесцентима, тј. у узрасној групи 15-19 година, је била нешто нижа од опште инциденције. С друге стране, регистрована инциденција хламидијазе у узрасној групи 20-24 године у посматраном временском периоду је била троструко до шестоструко виша у односу на општу инциденцију хламидијазе у Р. Србији, односно кретала се у распону од 100 до 181 случај гениталне хламидијазе на 100.000 младих узраста 20-24 године (графикон 7).

Графикон 7. Инциденција гениталне хламидијазе у узрасту 15-19 и 20-24 у односу на општу инциденцију гениталне хламидијазе у Р. Србији, 2004-2008. година



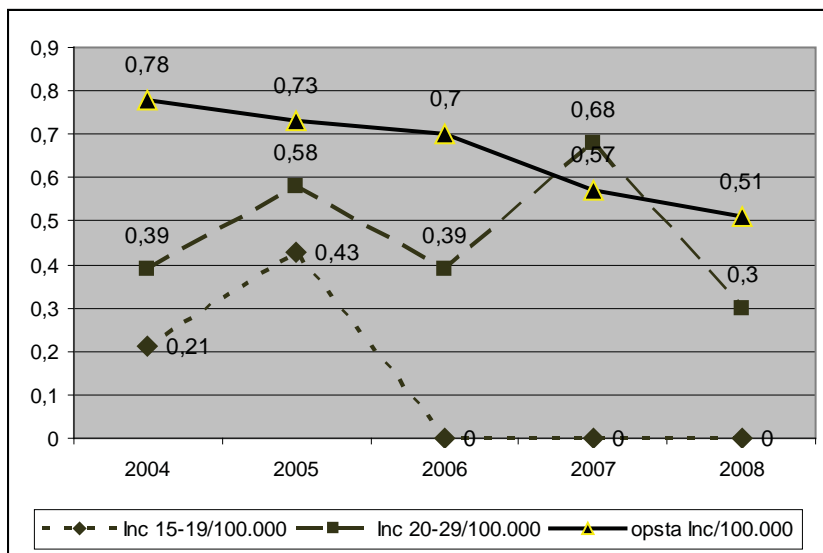
Инциденција AIDS-а

У периоду 2004-2008. година у Републици Србији регистрована инциденција AIDS-а (сиде) показује тренд опадања (са 0,8/100.000 у 2004. на 0,5/100.000 у 2008. години) (графикон 8). Учешће младих узраста 15-29 године се кретало у распону од 8% у 2006. и 2008. години до 17% у 2007. међу свим пријављеним случајевима AIDS-а у посматраном периоду. Специфична инциденција AIDS-а у узрасној групи 15-19 година је била знатно нижа од опште инциденције, односно у последње три године није регистрован ниједан случај AIDS-а међу старијим адолесцентима. С друге стране, регистрована инциденција AIDS-а у узрасној групи 20-29 година у истом временском периоду показује знатан степен варирања, од двоструко ниже 2004. године до нешто више 2007. године у односу на инциденцију AIDS-а у општој популацији, односно кретала се у опсегу од 0,3 до 0,7 на 100.000 младих узраста 20-29 година (графикон 8).

Младићи доминирају међу оболелима од AIDS-а у узрасној групи 15-29 година у периоду 2004-2008 (25 младића према две девојке).

Такође, знатно већи број младих оболелих од AIDS-а је регистрован у централној Србији у односу на Војводину (25 према 2). У односу на трансмисивну категорију 59% оболелих од AIDS-а узраста 15-29 година у посматраном временском периоду је HIV инфекцију „узело“ незаштићеним сексуалним односом, при чему је 44% регистровано у групи мушкараца који имају секс са мушкарцима. Четвртина оболелих узраста 15-29 година у истом периоду је из популације инјектирајућих корисника дрога (26%).

Графикон 8. Инциденција AIDS-а у узрасту 15-19 и 20-29 у односу на општу инциденцију AIDS-а у Р. Србији, 2004-2008. година



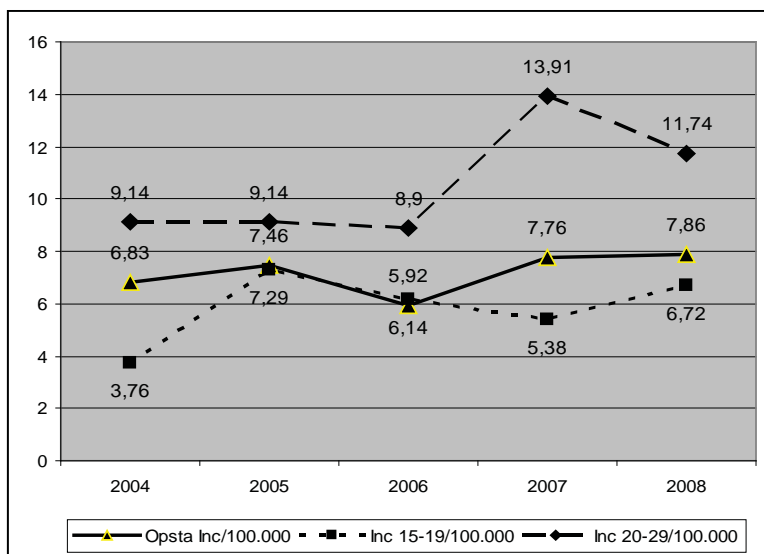
Инциденција вирусног хепатитиса Б

У периоду 2004-2008. година у Републици Србији регистрована инциденција хепатитиса Б се кретала у распону од 6 до 8 случајева на 100.000 становника (графикон 9). Учешће младих узраста 15-29 године се кретало у распону од 22% у 2004. до 29% у 2007. години међу свим пријављеним случајевима хепатитиса Б.

У посматраном временском периоду специфична инциденција хепатитиса Б у узрасној групи 15-19 година је била нешто нижа од опште инциденције, изузев 2005. и 2006. године када је била скоро истих вредности као и општа.

Регистрована инциденција хепатитиса Б у узрасној групи 20-29 година у посматраном временском периоду је била знатно виша у односу на општу инциденцију хепатитиса Б у Р. Србији, односно кретала се у опсегу од 9 до близу 14 на 100.000 младих узраста 20-29 година у 2007. години (графикон 9).

Графикон 9. Инциденција хепатитиса Б у узрасту 15-19 и 20-29 у односу на општу инциденцију хепатитиса Б у Р. Србији, 2004-2008. година

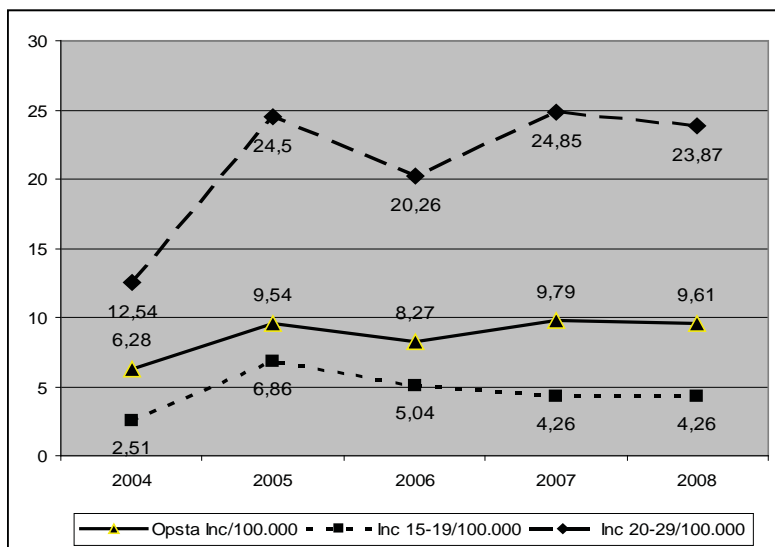


Инциденција вирусног хепатитиса Ц

У периоду 2004-2008. година у Републици Србији регистрована инциденција хепатитиса Ц се кретала у распону од 6 до скоро 10 на 100.000 становника (графикон 10). Учешће младих узраста 15-29 године се кретало у распону од 30% у 2004. до 40% у 2005. години међу свим пријављеним случајевима хепатитиса Ц. У посматраном временском периоду специфична инциденција вирусног хепатитиса Ц у узрасној групи 15-19 година је била нижа од опште инциденције у Р. Србији.

С друге стране, регистрована инциденција хепатитиса Ц у узрасној групи 20-29 година је била двоструко до скоро троструко виша у односу на општу инциденцију хепатитиса Ц у Р. Србији у посматраном временском периоду, односно кретала се у опсегу од 12,5 до 25 случајева вирусног хепатитиса Ц на 100.000 младих узраста 20-29 година (графикон 10).

Графикон 10. Инциденција хепатитиса Ц у узрасту 15-19 и 20-29 у односу на општу инциденцију хепатитиса Ц у Р. Србији, 2004-2008. година



2.6 Преваленција HIV инфекције и вирусног хепатитиса Ц у популацијама младих под повећаним ризиком

Током 2008. године Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ је спровео седам истраживања међу популационим групама под повећаним ризиком за HIV и међу особама које живе са HIV-ом, унутар Пројекта Министарства здравља Р. Србије „Унапређење националног одговора на ХИВ епидемију децентрализацијом кључних здравствених услуга“ финансираног средствима Глобалног фонда за борбу против AIDS-а, туберкулозе и маларије.

Ово је била прва серија биолошко-бихевиоралних истраживања којима су добијене базичне вредности серопреваленције HIV-а и ризичног/протективног понашања, као и обухвата превентивним програмима и тестирањем посебно вулнерабилних и социјално-маргинализованих популационих група дефинисаних Националном стратегијом за борбу против HIV/AIDS-а.

На основу вредности кључних индикатора добијених поновљеним истраживањима на сваке две године биће могуће пратити и евалуирати напредак националног одговора на HIV/AIDS епидемију у Р. Србији.

Преваленција HIV и вирусне хепатитис Ц инфекције међу инјектирајућим корисницима дрога

Истраживање у популацији инјектирајућих корисника дроге је реализовано у Београду, Новом Саду и Нишу у неинституционалном простору, на узорку испитаника узраста 15 и више година оба пола добијеног методологијом узорковања вођеног испитаником (Respondent Driven Sampling-RDS). Серопреваленција HIV инфекције у узорку инјектирајућих корисника дрога узраста 18-29 година је била највиша у Београду (1,4%), док је у Нишу регистрована знатно нижа преваленција HIV-а (0,5%), односно у Новом Саду ниједан испитаник узраста 18-29 година није био инфициран HIV-ом.

У односу на пол ниједан испитаник мушког пола није био инфициран HIV-ом, док је међу испитаницама женског пола узраста 18-29 година регистрована преваленција од 2,7%. У односу на узраст све три HIV-ом инфициране особе су биле узраста 25-29 година, односно регистрована HIV преваленција је износила 0,9% у овој узрасној категорији испитаника (табела 1).

Табела 1. Процент инјектирајућих корисника дроге старости 18 -29 који су инфицирани HIV-ом

		н	%	Број инјектирајућих корисника дроге узраста 18 - 29 који су тестирани на HIV
Град	Београд	2	1.4	144
	Ниш	1	0.5	201
	Нови Сад	0	0	213
Пол	Мушки	0	0	446
	Женски	3	2.7	112
Група старости	18 - 19	0	0	28
	20 - 24	0	0	199
	25 - 29	3	0.9	331

Серопреваленција хепатитис Ц вирусне инфекције (HCV) у узорку инјектирајућих корисника/ца дрога узраста 18-29 година је била највиша у Београду (67,4%), док је у Нишу регистрована преваленција HCV-а од 51,2%, а у Новом Саду је регистрована најнижа преваленција HCV-а (44,1%).

У односу на пол нешто виша преваленција хепатитиса Ц је регистрована међу испитаницама женског пола у односу на испитанике мушког пола (59% према 51%).

У односу на узраст најнижа преваленција је очекивано регистрована међу испитаницима узраста 18-19 година (39,3%), док је знатно виша преваленција HCV инфекције нотирана међу испитаницима узраста 25-29 година (56,2%)(табела 2).

Табела 2. Процент инјектирајућих корисника дроге старости 18 -29 који су инфицирани HCV-ом

		н	%	Број инјектирајућих корисника дроге старости 18 - 29 који су тестирани на HCV
Град	Београд	97	67.4	144
	Ниш	103	51.2	201
	Нови Сад	94	44.1	213
Пол	Мушки	228	51.1	446
	Женски	66	58.9	112
Група старости	18 - 19	11	39.3	28
	20 - 24	97	48.7	199
	25 - 29	186	56.2	331

Преваленција HIV инфекције међу мушкарцима који имају сексуалне односе са мушкарцима

Истраживање у популацији мушкараца који имају сексуалне односе са мушкарцима (MCM) је реализовано у Београду и Новом Саду у неинституционалном простору, на узорку испитаника узраста 15 и више година добијеног методологијом узорковања вођеног испитаником (Respondent Driven Sampling-RDS) и методологијом снежне грудве.

Серопреваленција HIV инфекције у узорку мушкараца који имају сексуалне односе са мушкарцима узраста 18- 29 година је била нешто виша у Новом Саду (2,5%) у односу на Београд (2,2%).

У односу на узраст, најнижа преваленција HIV-а је очекивано регистрована међу испитаницима узраста 18-19 година (2,1%), док је незнатно виша преваленција HIV-а нотирана међу испитаницима узраста 20-24 године (2,2%) и узраста 25-29 година (2,6%) (табела 3).

Табела 3. Процент мушкараца који имају сексуалне односе са мушкарцима старости 18 -29 година који су инфицирани HIV-ом

		н	%	Број МСМ старости 18 - 29 који су тестирани на HIV
Град	Београд	4	2.2	182
	Нови Сад	5	2.5	198
Група старости	18 - 19	1	2.1	48
	20 - 24	4	2.2	179
	25 - 29	4	2.6	153

Преваленција HIV инфекције међу комерцијалним сексуалним радницима

Истраживање у популацији особа које се баве комерцијалним сексуалним радом, односно лица која размењују секс за новац, дрогу или за неку другу материјалну ствар или услугу је реализовано само у Београду у неинституционалном простору, на узорку испитаника/ца узраста 15 година и више оба пола добијеног комбиновањем методологије узорковања „време-место” и снежне грудве.

Међу 84 испитаника оба пола узраста 18-29 година у Београду само је једна особа мушког пола, узраста 20-24 године била инфицирана HIV-ом (преваленција HIV-а је износила 1,2%) (табела 4).

Табела 4. Процент сексуланих радница/ка старости 18- 29 који су инфицирани HIV-ом

		н	%	Број СР старости 18 - 29 који су тестирани на HIV
Пол	Мушки	1	4.2	24
	Женски	0	0	49
	Трансексуалан (мале то фемале)	0	0	11
Група старости	18 - 19	0	0	22
	20 - 24	1	2.7	37
	25 - 29	0	0	25

2.7 Злоупотреба психоактивних супстанци међу младима (дуван, алкохол, таблете, марихуана и остале дроге)

Употреба дувана

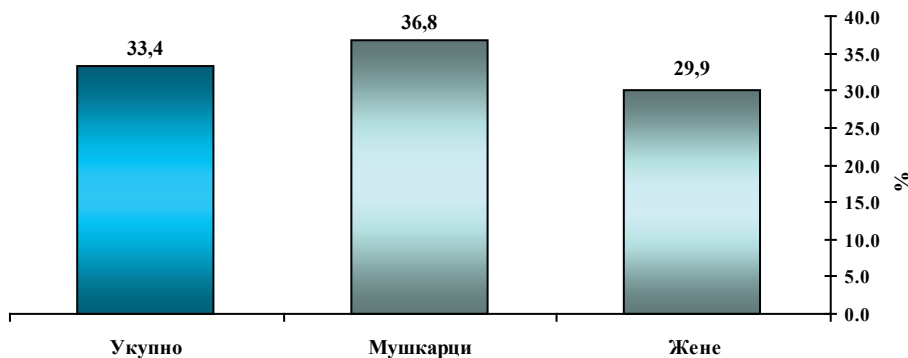
Пушење представља ризично понашање због штетних последица по организам. Уношење никотина, катрана и угљен-моноксида (и других састојака дувана), повећава ризик од многих болести као што су тумори, болести плућа, срца и крвних судова итд. Пушење има и све карактеристике болести зависности и токсикоманије. Рана употреба дувана повећава ризик од каснијег уласка у алкохолизам и наркоманију јер се ствара зависнички тип личности.

Подаци о младима добијени из националног истраживања здравља становништва спроведеног 2006. године показују да од укупног броја младих у Србији узраста 15–29 година, скоро половина (48,9%) није никад пушила. Процент младих који су пробали да пуше расте са годинама старости и најмањи је у старосној групи од 15-19 година (25,5%).

Тај проценат је највећи у Војводини (60,8%), за разлику од Централне Србије где је најмањи (48,0%). У односу на 2000. годину број младих у Србији узраста 15–19 година који никада нису пробали да пуше већи је за 7,3%.

Преваленција пушења код младих у Србији узраста 15–29 година износи 33,4% и мања је код девојака (29,9%) у односу на младиће (36,8%) (графикон 11)..

Графикон 11. Преваленција пушења код младих у Србији узраста 15–29 година



У Србији свакодневно пуши сваки десети омладинац узраста 15–19 година. Укупан број пушача међу младима од 15 до 29 година је у односу на 2000. годину смањен за 4,7%.

Према резултатима пилот истраживања међу корисницима услуга Саветовалишта за младе у примарној здравственој заштити сваки пети корисник саветовалишта (19,8%) је изјавио да је пушач. Младићи су у већем броју (21,5%) пушачи у односу на девојке (18,9%). Навика пушења је најзаступљенија међу младима у узрасној групи од 20 до 24 године (36,4%) а најмање у групи од 15 до 19 година старости (15,9%). Већи број пушача међу младима који су користили услуге Саветовалишта за младе је регистрован у Војводини- Нови Сад (26,7%) у односу на Централну Србију- Нови Пазар (22,2%) и Београд (18,2%).

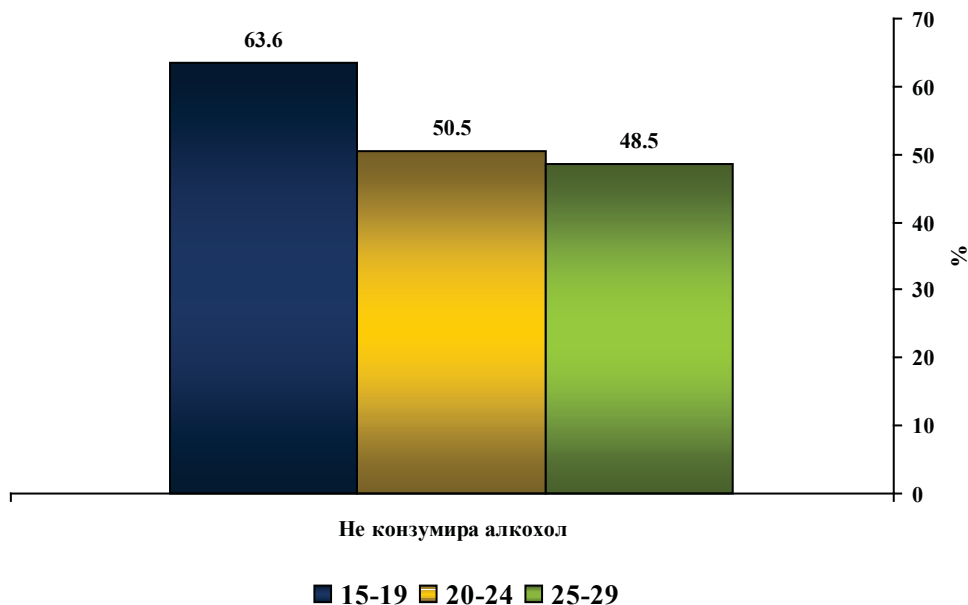
Употреба алкохола

Рана употреба алкохолних пића представља ризично понашање из више разлога. Дејство алкохола на психофизичко стање младог организма су неупоредиво негативнија и са озбиљнијим последицама на укупно здравље него што је то случај код конзумирања алкохола од стране одрасле особе.

Рана употреба алкохола говори нам и о могућем ризику у погледу прихватања одређених „зависничких навика“, стилова живота и система вредности.

Према подацима из националног истраживања здравља спроведеног 2006. године у Србији 55,7% младих узраста 15–29 година конзумира алкохол. Приближно две трећине младића (65,8%) и свака друга девојка (53,4%) пију алкохолна пића. Број младих који не пију алкохол опада са узрастом, тако да је највећи у старосној групи 15-19 година (63,6%) (графикон 12).

Графикон 12. Процент младих у Србији узраста 15–29 година који не конзумира алкохол



Процент младих који не конзумирају алкохол је највећи у Централној Србији (47,0%), док је најмањи у Београду 39,0%. Укупан број младих узраста 15-29 година који не пију алкохолна пића је у 2006. години (44,3%) смањен у односу на 2000. годину (58,7%) за 14,4%.

Резултати пилот истраживања међу корисницима услуга Саветовалишта за младе у примарној здравственој заштити из 2008. године у оквиру пројекта „Унапређење здравља младих на Балкану“ показују да 42,7% корисника Саветовалишта конзумира алкохолна пића, при чему младићи то чине у знатно већем броју (61,5%) у односу на девојке (31,8%).

Највећи број младих који не пију алкохолна пића налазимо међу најмлађима тј. у узрасној групи од 15-19 година старости (58,6%). Већи број

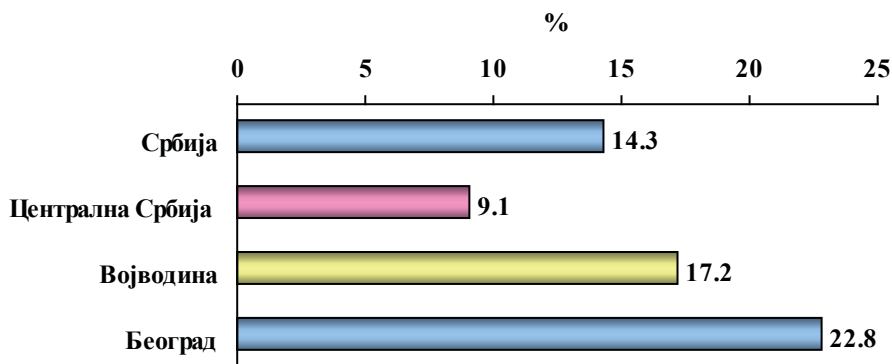
ј младих који конзумира алкохолна пића је регистрован у Београду (45,1%) и Централној Србији (42,8%) у односу на Војводину (31%).

Употреба психоактивних супстанци

Употреба психоактивних супстанци је карактеристична за све добне групе, али је ипак најризичнији узраст – адолесцентно доба. Употреба дроге не изазива само проблеме који се огледају у болести појединца, већ доводи и до дисфункционалности породица, пораста оболевања од полних болести и болести које се преносе крвљу, пораста криминала и проституције, као и пораста економских трошкова.

Према подацима из 2006. године у Србији се 14,3% младих узраста 15–29 година изјаснило да је пробало психоактивне супстанце. Није забележена разлика у односу на пол. Процент младих који су пробали психоактивне супстанце расте са узрастом и највећи је у групи 25–29 година (19,9%), док је најмањи у групи 15–19 година 6,9%. Најмање младих који су пробали психоактивне супстанце је регистровано у Централној Србији (9,1%), затим у Војводини (17,2%), док је у Београду тај проценат највећи (22,8%) (графикон 13).

Графикон 13. Процент младих у Србији узраста 15–29 година који су пробали ПАС



Најчешће коришћене психоактивне супстанце међу младима у Србији су таблете (бенседин, тродон, амфетамин и др.) и марихуана. У односу на 2000. годину (9,3%) забележено је смањење броја младих узраста 15–19 година који су се изјаснили да су пробали дрогу.

2.8 Насиље/злостављање међу младима

Физичко насиље може узроковати како телесни, тако и психолошки трауматизам који може имати тешке последице по живот особа изложених насиљу. На психичком плану, насиље може као последицу имати посттрауматске поремећаје, анксиозне или депресивне, поремећаје исхране и спавања и водити ризичним понашањима као што су ексцесивна употреба алкохола, алкохолизам, токсикоманије, суицидно понашање и друго.

Према подацима националног истраживања здравља из 2006. године физичком насиљу је било изложено 6,0% младих узраста 15–29 година. Младићи су у већем проценту изложени физичком насиљу (8,7%) него девојке (3,4%). Изложеност физичком насиљу опада са узрастом и највећа је у старосној групи 15-19 (8,0%), док је најмања у групи 20-29 година (2,9%). Није примећена значајнија разлика изложености физичком насиљу у односу на територијалну поделу.

У исто време психичком малтретирању је било изложено 11,6% младих узраста 15–29 година. Највећи проценат младих који су били изложени психичком насиљу налазимо у старосним групама 15-19 (12,9%) и 20-24 (12,5%) док је знатно мањи у групи 25-29 година (8,5%).

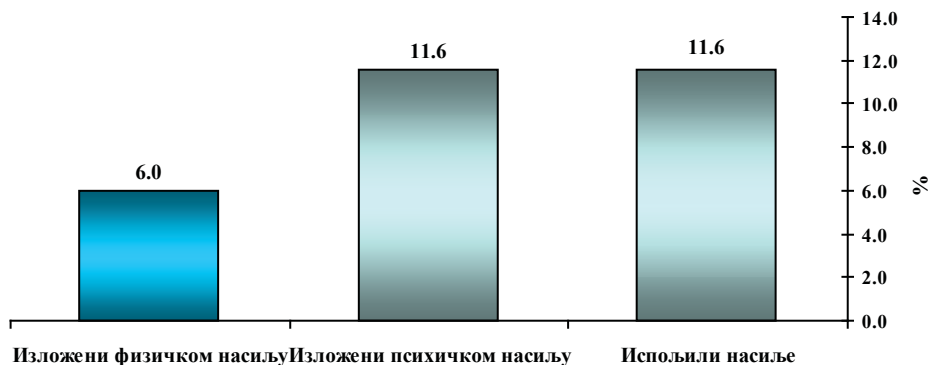
Највише младих је изложено психичком малтретирању у Београду (14,6%), док је тај проценат нешто мањи у Централној Србији (10,9%) и Војводини (10,0%). Није забележена значајнија разлика у односу на пол.

Од оних који су били изложени насиљу само 12,9% се некеме обратило за помоћ.

Неку врсту насиља према другима је испољило 11,6% младих. Младићи у значајно већем проценту признају да су испољили насиље према другима (16,2%) него девојке (6,6%).

Највише младих је испољило насиље према другима у Београду (14,8%), док је тај проценат нешто мањи у Централној Србији (10,4%) и Војводини (9,3%). Испољавање насиља опада са узрастом и највеће је у старосној групи 15-19 (14,9%), док је најмања у групи 25-29 година (6,8%) (графикон 14).

Графикон 14. Процент младих у Србији узраста 15–29 година који били изложени или су испољили насиље



Према резултатима пилот истраживања међу корисницима услуга Саветовалишта за младе у примарној здравственој заштити, (2008. година) скоро сваки пети корисник саветовалишта (18,2%) је изјавио да је доживео неку врсту насиља. Младићи су у знатно већем броју (27,5%) доживели насиље у односу на девојке (13,3%). Најчешће доживљено насиље било је психолошко (41,5%), а следе вербално (26,6%) и физичко (25,5%).

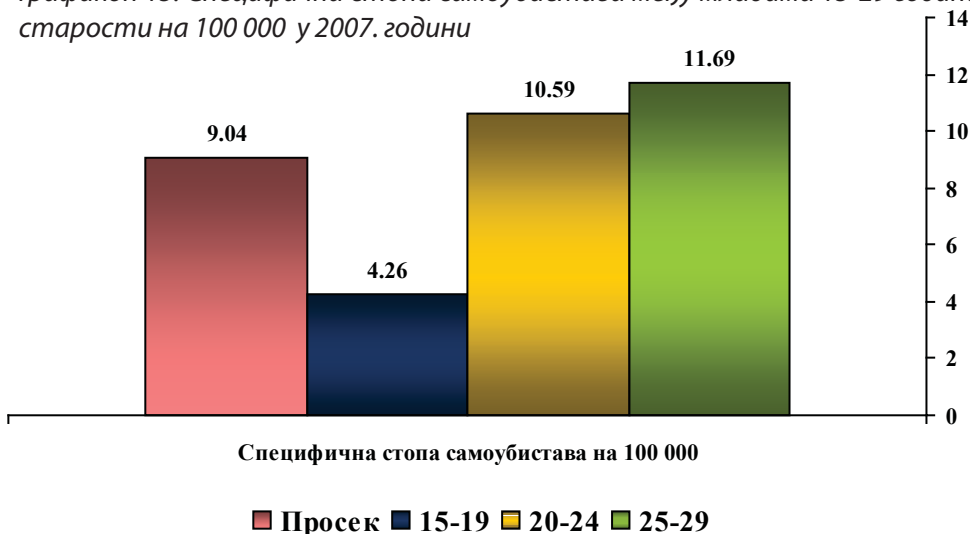
2.9 Самоубиства младих

Ментално здравље представља део општег психофизичког здравља људи и у том смислу доприноси способности појединца да обавља све функције и радње за које је природно предодређен. Уколико су психичко и физичко здравље у природној равнотежи, утолико су мањи изгледи за настанак болести било које етиологије. Ментални поремећаји представљају сигуран пут за настанак поремећаја социјалног здравља и искључивања појединца као корисног члана породице и заједнице.

Под самоубиством се подразумева свесно и намерно одузимање сопственог живота.

Према подацима Републичког завода за статистику Србије специфична стопа самоубиства међу младима 15-29 година старости на 100.000 у 2007. години је износила 9,0. Највећа стопа регистрована је у старосној групи 25-29 година (11,7), а најмања у групи 15-19 година (4,3) (графикон 15).

Графикон 15. Специфична стопа самоубиства међу младима 15-29 година старости на 100 000 у 2007. години



У исто време највећу специфичну стопу самоубиства међу младима 15-29 година старости бележимо у Београду (14,8), затим у Војводини (8,4) док је најмања у Централној Србији (6,8).

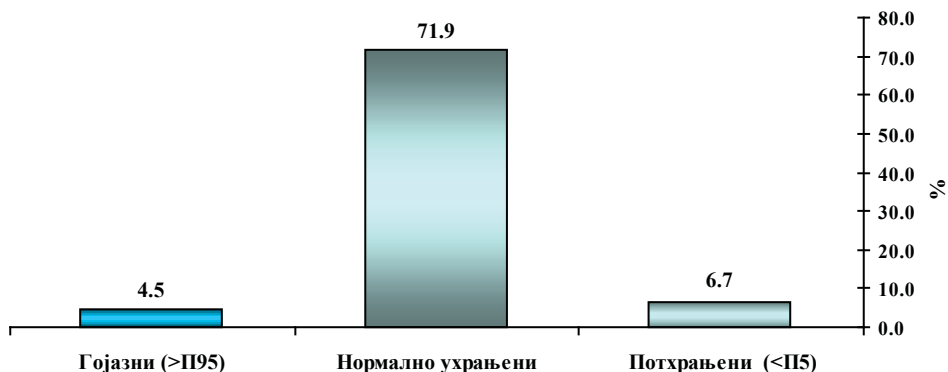
Подаци добијени из пилот истраживања међу корисницима услуга Саветовалишта за младе у примарној здравственој заштити из 2008. године показују да је 41,1% младих имало „црне мисли“, од чега 9,4% често, а 31,7% понекад.

2.10 Ухрањеност младих

Ухрањеност представља један од важних показатеља здравља младих, њихових психофизичких могућности и потенцијала за нормалан и здрав раст и развој. Свако веће одступање од оптималне телесне тежине, показатељ је постојећих или будућих симптома и знакова поремећаја здравља или већ развијене болести.

Према резултатима истраживања здравља становништва у Републици Србији је у 2006. години било 71,9% нормално ухрањене омладине узраста 15–19 година. 6,7% младих истог узраста је било потхрањено (<P5), док је 4,5% било гојазно (>P95) (графикон 16).

Графикон 16. Ухрањеност младих у Србији узраста 15–19 година



У исто време умерена потхрањеност је била присутна код 8,6% младих 15-19 година, док је умерено гојазних било 8,4%. У 2006. години, у односу на резултате истраживања здравља 2000. године, бележи се мање (80,5%) нормално ухрањене омладине узраста 15–19 година, тј. више потхрањених (5,0%) као и гојазних (1,3%).

3. ОГРАНИЧЕЊА ВЕЗАНА ЗА ПРИКАЗАНЕ РЕЗУЛТАТЕ

- 1) Стварна инциденција сексуално преносивих болести и хепатитиса Б и Ц у општој популацији, као и у популацији младих, је подцењена у непознатом обиму услед практично изосталог пријављивања дијагностикованих случајева из приватног здравственог сектора и поред обавезе мандаторног пријављивања законом дефинисаних инфективних болести, а додатно региструју се само особе које су се због тегоба обратиле здравственој служби због лечења, док се значајан део инфицираних особа без тегоба не обраћа здравственим службама;
- 2) Није било могуће дисагрегирати податке који се прикупљају рутинском здравственом статистиком на жељене узрасне групе младих (12-14, 20-24 и 25-29), јер су другачије дефинисани извештајни обрасци који се са периферног и окружног нивоа достављају централном нивоу, тј. ИЗЈЗ Србије;
- 3) Резултати понашања младих су засновани на самопријављеним одговорима, те се не може у потпуности искључити могућност непријављивања друштвено-социјално стигматизованих или мање прихватљивих понашања, као што су незаштићени сексуални односи, злоупотреба алкохола и других ПАС, насиље и слично;
- 4) Реализоване студије пресека не допуштају да се установи каузалност;
- 5) Одређивање преваленције HIV и HCV инфекције тестирањем узорака крви испитаника високо поузданим брзим тестовима у неинституциоанлном истраживачком простору је рађено само у три града, односно само у Београду за све три популационе групе у највећем ризику за HIV инфекцију, тако да се добијени резултати не могу генерализовати на целокупне популације од интереса;
- 6) Мали и нерепрезентативан узорак испитиваних популација под повећаним ризиком за HIV, посебно комерцијалних сексуалних радница/ка и мушкараца који имају сексуалне односе са мушкарцима, услед коришћене методологије узорковања је извор селекционе пристрасности;
- 7) Узорак испитаника корисника саветовалишта за младе је лимитиран на три испитивана града, тј. на само три саветовалишта, па резултати пилот истраживања реализованог у одређеном временском интервалу не могу бити генерализовани на друге географске области или на оне са мањом популацијом.

4. ЗАКЉУЧЦИ

Сексуална активност младих и коришћење поузданих/савремених метода

контрацепције

1. Више од две трећине младих у Србији узраста 15–29 година су ступили у сексуалне односе.
2. У односу на 2000. годину значајно је повећан проценат младих узраста 15–19 година који су ступили у сексуалне односе.
3. Мање од половине сексуално активних девојака узраста 15-29 година је користило савремене методе контрацепције.

Редовност коришћења кондома приликом сексуалних односа младих и/или њихових партнера

1. Тек четвртина младих или њихових партнера узраста 15-29 година се изјаснило да увек користи кондом приликом сексуалних односа.
2. У односу на 2000. годину нема значајне разлике у проценту младих који увек користи кондом приликом сексуалних односа.

Рађање и намерни прекиди трудноће међу младима у Републици Србији

1. Специфична стопа намерних прекида трудноће на 1000 особа женског пола узраста 15-29 година у 2007. години је износила 11,3.
2. Специфична стопа фертилитета на 1000 особа женског пола узраста 15-29 година у Републици Србији у 2007. години је износила 62,4.

Инциденција инфективног сифилиса, гонореје, AIDS-а, гениталне хламидијазе, хепатитиса Б и хепатитиса Ц међу младима

1. Учешће младих узраста 15-29 година међу свим пријављеним случајевима инфективног сифилиса је 8% у 2008. години.
2. Учешће младих узраста 15-29 година је 66% у 2006. години међу свим пријављеним случајевима гонореје.
3. У периоду 2004-2008. година генитална хламидијаза је најчешће регистрована болест у групи сексуално преносивих обољења. Учешће младих узраста 15-24 године је износило 26% у 2008. години међу свим пријављеним случајевима гениталне хламидијазе.
4. У периоду 2004-2008. година у Републици Србији регистрована инциденција AIDS-а показује тренд опадања. Учешће младих узраста 15-29 године је износило 17% у 2007. години међу свим пријављеним случајевима

AIDS-a.

5. Учешће младих узраста 15-29 година у 2007. години међу свим пријављеним случајевима хепатитиса Б је било 29%.

6. Учешће младих узраста 15-29 године је износило 40% у 2005. години међу свим пријављеним случајевима хепатитиса Ц. Специфична инциденција хепатитиса Ц у узрасној групи 20-29 година је била двоструко до скоро троструко виша у односу на општу инциденцију хепатитиса Ц у Р. Србији у периоду 2004-2008. година.

Злоупотребе психоактивних супстанци међу младима (дуван, алкохол, таблете, марихуана и остале дроге)

1. Преваленција пушења код младих Србије узраста 15–29 година је значајно смањена у односу на 2000. годину

2. Број младих узраста 15-29 година који пију алкохолна пића је повећан у односу на 2000. годину.

3. Најчешће коришћене психоактивне супстанце међу младима у Србији су таблете (бенседин, тродон, амфетамин и др.) и марихуана.

4. У односу на 2000. годину забележено је смањење броја младих узраста 15-19 година који су пробали дрогу.

Насиље/злостављање међу младима

1. Веома мали проценат младих који су изложени насиљу се обраћа за помоћ.

2. Велики број младих, посебно младића, испољава насиље према другима.

3. Изложеност младих физичком и психичком насиљу се није значајно променила у односу на 2000. годину.

Самоубиства младих

1. Специфична стопа самоубиства међу младима 15-29 година старости на 100.000 у 2007. години је износила 9,0.

Стање ухрањености деце и младих

1. У односу на 2000. годину у Србији је мање нормално ухрањене омладине узраста 15–19 година, тј. више потхрањених, као и гојазних.

Предлог за примену система за праћење здравља младих у Републици Србији на основу усвојеног сета индикатора и Протокола за праћење индикатора

У оквиру Канадског пројекта «Унапређење здравља младих на Балкану» група експерата из радне групе за информисање ради акције је уз помоћ канадских консултаната и уз учешће Експерске групе за развој и здравље младих Министарства здравља Републике Србије израдила предлог сета основних индикатора које је неопходно пратити у областима релевантним за здравље младих, као и предлог Протокола за праћење индикатора. Потписивањем Споразума о сарадњи између Пројекта УЗМБ и Института за јавно здравље Србије јуна 2008. године пружена је подршка националном систему у области систематичног прикупљања података о здрављу и ризичном/протективном понашању младих, односно унапређење праћења основних здравствених индикатора, као и побољшање доступности релевантних информација доносиоцима одлука, епидемиолозима и здравственим радницима.

Током 2008. године стручњаци из Института за јавно здравље Србије су заједно са експертима радне групе за информисање ради акције финализовали сет основних индикатора за праћење здравственог стања и здравственог понашања младих, као и коришћења служби/ услуга намењених младима, затим Протокол за праћење ових индикатора, као и упитник за сакупљање података од корисника услуга саветовалишта наклоњених младима на нивоу примарне здравствене заштите. Развијен је и рачунарски програм за унос података из упитника и праћење индикатора и спроведено је пилот истраживање у три саветовалишта за младе.

Урађен је и извештај везан за здравље младих у коме су представљени најновији подаци о здравственом стању и понашању младих узраста 15-29 година у Р. Србији у складу са дефинисаним индикаторима, који ће бити доступан на сајту ИЗЈЗ Србије.

За сваку фазу прикупљања и анализе података, као и дисеминацију релевантних информација треба дефинисати специфичне материјалне и друге ресурсе потребне за одржавање ефикасног процеса мониторинга и евалуације.

Тако се у сваком саветовалишту или другој врсти организоване службе за младе – тј. у свакој установи где се нуди анонимна анкета младима, ангажује најмање једна особа из саветовалишта (институције) и/или вршњачки едукатор који може да помогне око организовања анкетирања, уз обезбеђивање просторије за анкетирање која ће бити адекватно опремљена. Такође, сви релевантни појединци укључени у процес, треба да прођу процес одговарајуће обуке у складу са актуелним потребама.

Протоколом за праћење основних индикатора је дефинисано да се подаци из упитника који добровољно попуњавају клијенти саветовалишта за младе на нивоу примарне здравствене заштите редовно уносе у јединствену базу података и да се у дефинисаним временским интервалима (пожељно је једном у пола године, а најређе једном годишње) подаци прослеђују надлежној служби, тј. надлежном окружном институту/заводу за јавно здравље (ИЗЈЗ/ЗЗЈЗ), а затим централном нивоу тј. Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“.

Сет основних индикатора и Протокол који дефинише начин праћења индикатора везаних за здравље младих ће као предлог Института за јавно здравље Србије бити дат Министарству здравља Р. Србије на усвајање. Након усвајања ових докуманата и интегрисања праћења ових индикатора у будуће планове и активности ИЗЈЗ/ЗЗЈЗ и ИЗЈЗ Србије уследила би дистрибуција и имплементација развијеног софтверског програма свим ИЗЈЗ/ЗЗЈЗ и установама на примарном здравственом нивоу, уз јасно упутство за прикупљање и извештавање и практичну едукацију номинованих представника спроведну од стране ИЗЈЗ Србије.

На овај начин би систем за праћење и евалуацију основних показатеља здравља младих и доступности, односно коришћења превентивних услуга намењених младима био инкорпориран у централни систем надзора, а годишњи извештаји о здрављу младих би били доступни доносиоцима одлука и осталим стручњацима и партнерима, са могућношћу анализе и дисеминације података на локалном нивоу у циљу планирања и доношења локалних планова акције.

У циљу ефикасне имплементације праћења здравља младих потребно је превазићи законска и организациона ограничења везана за узраст потенцијалних клијента саветовалишта на нивоу примарне здравствене заштите, затим побољшати прикупљање података и извештавање, посебно из приватног здравственог сектора, као и осавременисти/ревидирати Закон о вођењу евиденција и извештавању у здравственим установама.

SUMMARY

Good health of youth and adolescents is extremely important, both for themselves and for the future of this country. By adopting the Strategy for Youth Development and Health in 2006 the Government of the Republic of Serbia demonstrated commitment to the national priority given to youth as a vulnerable and sensitive population group. Within Balkans Youth and Health Project that started in 2006, financed by the Canadian Government through the Canadian International Development Agency (CIDA) and implemented in partnership with Ministry of Health and Ministry of Youth and Sports, public health institutions, health centres and youth NGOs, with a goal to promote healthy life styles for youth, the cooperation with Institute for Public Health of Serbia Dr Milan Jovanovic Batut was established, by signing a Memorandum on Cooperation. The aim of this partnership was to support national system of systemic data collection in areas of public health and risky/protective behaviours among young people, monitoring of health indicators and improving accessibility of relevant information to decision makers, epidemiologists and health care providers. Throughout 2008, experts and youth representatives from Information for Action Working Group, in cooperation with experts from the Public Health Institute and Canadian consultants, have developed a set of indicators for monitoring youth health as well as a Protocol and a questionnaire for data collection from beneficiaries of the youth friendly counselling centres on the primary health care level. These documents have been adapted by the MoH Experts Group on Young People's Health and Development. In addition, a computer program was designed for importing data from the questionnaires and monitoring the indicators, a pilot research was conducted in three youth counselling centres and a database was established in the Institute for Public Health of Serbia.

The set of 11 basic indicators is a mechanism for monitoring health status of youth through 3 main areas:

1. Youth health behaviour is assessed through a percentage of sexually active youth that use condom and other modern/reliable methods of contraception, monitoring prevalence of substance abuse (tobacco, alcohol, psychoactive medicines, marijuana, etc.) and percentage of young people that experienced violence and neglect.

2. Youth health status is monitored through nutrition status, age-specific abortion rates, specific fertility rates and syphilis, gonorrhoea, AIDS, genital Chlamydia infection, hepatitis B and C incidences and prevalence of HIV, Hep B and C and genital Chlamydia infections among vulnerable groups as well as by following suicide rates.

3. Usage of youth services is monitored through percent of municipalities in Republic of Serbia that have youth counselling centres inside primary health care, as well as through evaluation of their work.

Considering that data have not been systemically collected for all key indicators of youth health, this report presents up-to-date available data on youth aged 15 to 29 through selected indicators. These data are disaggregated by sex, age (15-19, 20-24 and 25-29) and other characteristics whenever it was possible or meaningful.

After the introductory part that comprehensively covers process of developing indicators and other documents and tools for systemic monitoring of health data in Serbia, we will give basic demographic data regarding youth population in Serbia aged 15-29 as well as key information on some diseases and health conditions among young people, such as specific infective diseases, sexual and reproductive health, suicide and nutrition status. Following this is a part that is related to protective and risky behaviours among youth, such as usage of modern contraception, substance abuse and violence/neglecting. We also provide basic conclusions as well as limitations within collected data.

According to the data from "Health of Serbian Citizens" research from 2006, conducted by MoH and Public Health Institute, 70,0% of youth in Serbia aged 15-29 are sexually active. From the total number of girls in Serbia aged 15-29 who were sexually active in the last 12 months, 42,3% of them used contemporary contraceptive methods. A quarter (24,3%) of youth or their partners aged 15-29 reported always using condom during sexual intercourses. According to the data from health statistics (includes only health institutions in the so called public sector) specific rate of intentional termination of pregnancies per 1000 females aged 15-29 in 2007 was 11,3. Specific fertility rate per 1000 females aged 15-29 in the Republic of Serbia in 2007 was 62,4. Among all reported cases of syphilis the share of youth aged 15-29 was within the range from 27% in 2004 to 6% in 2008, while the share of youth aged 15-29 in all reported cases of gonorrhea was within the range from 45% in 2005 to 66% in 2006. As regards

the genital chlamydia the share of youth aged 15-24 in all reported cases was within the range from 49% in 2005 to 26% in 2008. The share of youth aged 15-29 in all reported cases of AIDS in the observed period was within the range from 8% to 17%, noting that the specific incidence of AIDS in the age group 15-19 was considerably lower than the general incidence, and in the last three years no case of AIDS has been registered among older adolescents. The share of youth aged 15-29 was in the range from 22% in 2004 to 29% in 2007 in all reported cases of hepatitis B, while in all reported cases of hepatitis C the share of youth aged 15-29 was in the range from 30% in 2004 to 40% in 2005. Seroprevalence of HIV infection in the sample of injecting drug users aged 18-29 was the highest in Belgrade (1,4%), while a considerably lower HIV prevalence was registered in Niš (0,5%), and in Novi Sad none of the examinees aged 18-29 was infected with HIV. Seroprevalence of hepatitis C virus infection (HCV) in the sample of injecting drug users aged 18-29 was the highest in Belgrade (67,4%), while in Niš the HCV prevalence of 51,2% was registered, and the lowest HCV prevalence was registered in Novi Sad (44,1%). Seroprevalence of HIV infection in the sample of males having sex with males aged 18-29 was somewhat higher in Novi Sad (2,5%) compared to Belgrade (2,2%). Among 84 examinees of both sexes aged 18-29 in the population of persons who are commercial sex workers i.e. persons exchanging sex for money, drugs or some other material things or services, only one male aged 20-24 was infected with HIV (HIV prevalence among youth was 1,2%). According to the data obtained through the pilot research more than a half (55,4%) sexually active beneficiaries of the Youth Counselling Centres in the primary health care in 2008 reported that they always used modern contraceptive methods.

Data on youth obtained through the national health research conducted in 2006 show that out of the total number of youth in Serbia aged 15-29, almost a half (48,9%) never smoked, while at the same time prevalence of smoking is 33,4%. At the same time 55,7% of young females in Serbia aged 15-29 drink alcohol, while 14,3% of youth aged 15-29 reported trying psychoactive substances.

Among the beneficiaries of the Youth Counselling Centres in the primary health care every fifth beneficiary of the counselling centres (19,8%) reported being a smoker, while 42,7% of Youth Counselling Centres beneficiaries drink alcohol. According to the data from 2006, 6,0% of youth aged 15-29 was exposed to physical violence, 11,6% to mental abuse, while 11,6% of youth used some kind of violence on others. Almost every fifth (18,2%) beneficiary of the Youth Coun-

selling Centres in the primary health care (in 2008) reported experiencing some kind of violence. According to the data of the Serbian Republic Statistical Office specific suicide rate among youth aged 15-29 per 100.000 in 2007 was 9,0. The results of the health research among the population in Serbia in 2006 show that 71,9% of youth aged 15–19 was of normal weight, 6,7% of youth of the same age was underweight, while 4,5% was overweight.



Canadian Society
For International Health/
La Société Canadienne de
Santé Internationale



WUSC EUMC

Ovaj projekat finansira Kanadska Vlada, preko Kanadske agencije za međunarodni razvoj



Canadian International
Development Agency

Agence canadienne de
développement international