

УДК:
314.336(497.11)
Оригинални
научни рад

Српска политичка мисао
број 4/2011.
год. 18. vol. 34.
стр. 257-275.

Мирјана Рашевић
Институт друштвених наука

Катарина Седлецки
*Институт за здравствену заштиту мајке и
детета Србије „Др Вукан Чупић“*

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

Сажетак

Већ више од пола века Србија (ван подручја Косова и Метохије) се суочава са нивоом рађања деце испод потреба просте замене генерација. Феномен недовољног рађања у нашој средини прати и његов саставни део је претежно традиционална контрола рађања која укључује прибегавање абортусу када се из различитих разлога трудноћа не жели или се не може прихватити. Да ли је реално очекивати промене модела планирања породице у Србији у непосредној будућности? У овом раду одговор на постављено питање је тражен на три начина. Прво, анализирањем дугогодишњег кретања индикатора планирања породице и њихових карактеристика. Паралелно се утврђују стање и дometи политика релевантних за планирање породице. Пре свих популационе политике и политике здравствене заштите. Истовремено, у немогућности да се спроведе репрезентативно истраживање везано за утврђивање ставова младих људи који су релевантни за планирање породице, представљени су ставови који се односе на рађање и коришћење ефикасне контрацепције студенткиња Медицинског, Фармацеутског и Фа-

* Чланак је настао као резултат рада на пројекту „Истраживање демографских феномена у функцији јавних политика у Србији“, бр. 47006, који финансира Министарство просвете и науке Републике Србије.

култета политичких наука Универзитета у Београду. После сагледавања изабраног задатка из сва три угла, чини се да нема дилеме да не постоји простор за очекивање другачијег репродуктивног понашања у Србији у непосредној будућности. Да би се оствариле позитивне промене неопходна је изградња репродуктивне свести. И индивидуалне и политичке.

Кључне речи: недовољно рађање деце, контрола рађања, планирање породице, Србија, будућност.

Изузетно низак ниво рађања деце и употреба традиционалне контрацепције су основне карактеристике модела планирања породице у Србији. Одговор на питање да ли је реално очекивати његове промене у непосредној будућности се може тражити на више начина. Прво се намеће анализирање дугогодишњих кретања прецизних индикатора планирања породице и њихових карактеристика, укључујући и детерминистичку основу у циљу утврђивања постојања или непостојања простора за другачије репродуктивно понашање. Паралелно, битно је утврдити стање политика релевантних за планирање породице, као што су популациона политике и политика здравствене заштите. Односно размотрити мере које се спроводе да би се ублажио феномен недовољног рађања и омогућила ефикасна употреба модерне контрацепције. Истовремено је важно анализирати знање, ставове и понашање младих људи који су релевантни за планирање породице, јер ће управо они бити носиоци репродукције у непосредној будућности.

ОСОБИНЕ МОДЕЛА ПЛАНИРАЊА ПОРОДИЦЕ

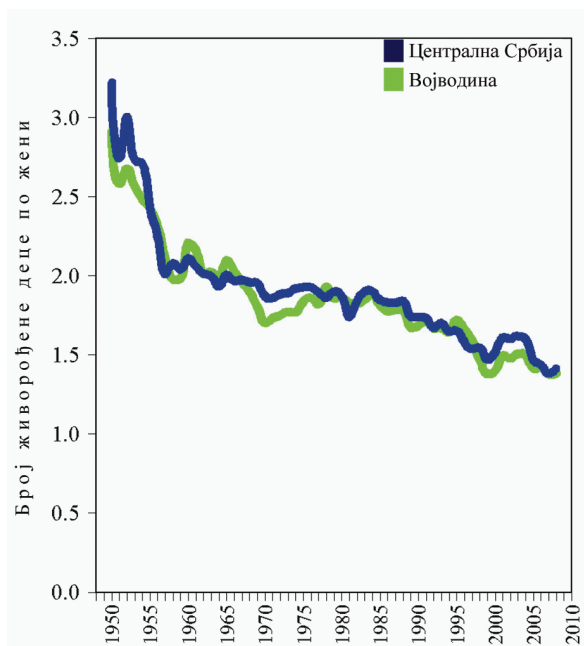
Рађање деце, далеко испод потреба просте репродукције становништва, обележава и демографски развој и демографски моментум нисконаталитетних подручја Србије. И Централна Србија и Војводина су се са феноменом недовољног рађања суочиле још средином прошлог века (графикон 1). Већ у 1971. години стопа укупног фертилитета била је за око 15% нижа од потреба просте замене генерација у Централној Србији, односно за готово 20% у Војводини. У том интервалу вредности стопа се углавном стабилизује у следеће две деценије на оба подручја.

Нисконаталитена подручја Србије у деведесетим годинама XX века карактерише јасан пад рађања. У Централној Србији стопа укупног фертилитета између 1991. и 1999. опала је са 1,73 на 1,40, а у Војводини са 1,72 на 1,43 детета по жени. Након лаганог пораста нивоа рађања у Србији (без података за Косово и Метохи-

ју) током 2000. и 2001. године, и његовог каснијег трогодишњег задржавања на нивоу од 1,6 детета по жени, од 2005. године стопа укупног фертилитета поново бележи пад, достижући рекордно ниску вредност од 1,38 детета по жени у 2007. години.

Графикон 1.

Стопа укупног фертилитета, Централна Србија и Војводина, 1950-2010.



Према последњим подацима који се односе на 2010. годину ниво рађања је чак 32% испод потреба просте репродукције становништва, што значи да би следећа генерација жена била за једну трећину мања по броју у односу на садашњу. Другим речима, са вредношћу стопе укупног фертилитета од 1,41 ниво рађања у Србији је испод европског просека који износи 1,5 детета по жени.¹⁾

Све европске земље су се суочиле са феноменом недовољног рађања. Најнижи ниво рађања међу њима у 2009. години бележе земље у транзицији социо-економског система и земље Јужне Европе, Португалија, Грчка и Италија (око 30% испод потреба просте замене генерација). Највише пак стопе бележе Ирска и Француска заједно са земљама Северне Европе, Норвешком, Данском,

1) G. Pison, "Tous les pays du monde 2009", *Population et Sociétés*, 2009, 458.

Шведском и Финском (10% испод потреба просте замене генерација). Ван Европе, међу развијеним земљама, ниво рађања креће се у распону између 40% (Јапан) и 5% (САД) испод потреба просте замене генерација.

Феномен недовољног рађања деце је законит процес који није успело да избегне ниједно развијено друштво. Но, недовољно рађање деце није реалност само у развијеним земљама и није само обележје западне цивилизације. Данас се, шта више, 61 земља суочава са рађањем деце испод потреба просте замене генерација.²⁾ Велика већина истраживача, не само пре педесет година већ и крајем 1980-их година, како Фридман³⁾ подвлачи, није предвидела промене које су наступиле у репродуктивном понашању и нивоу фертилитета.

У основи савременог репродуктивног понашања налазе се неки од битних фактора који су део наше цивилизације, било да представљају њена позитивна достигнућа или њене изразите слабости. Тако су, између осталог, на једној страни еманципација и индивидуализам, нуклеарна породица и измењен положај жене и деце у њој, инсистирање на квалитету сопственог живота и квалитету живота детета, либералан закон о абортусу и доступност ефикасне контрацепције, а на другој материјалистичка свест са потрошачким менталитетом и лични живот, разуђенији него икада раније. У новом систему вредности родитељство је задржало високо место. Но, изменила се његова суштина. Неегзистенцијална основа вредности детета постаје одредница репродуктивног понашања, јер се остварује са једним или двоје деце.

Истовремено, у условима када је рађање деце ослобођено моралног и егзистенцијалног притиска постало ствар наизглед слободног избора појединца, данашње друштво није путем својих институција покушало да непосредно утиче на формирање висине социјалних норми о броју деце, нити је својим механизмима омогућило да равноправна животна опција буде рађање уопште, а поготово рађање троје, или четворо деце.

Структурне препреке, као што су незапосленост (стварна или прикривена), тешкоће при решавању стамбеног питања, проблеми чувања деце, незадовољавајући економски стандард и друге појаве из овог круга су пак биле важан фактор недовољног рађања деце у већини социјалистичких земаља, укључујући и Србију. Зна-

2) R. Freedman, "The Role of Family Planning Programmes as a Fertility Determinant", *Family Planning Programmes and Fertility*, Clarendon Press, Oxford, 1992.

3) J. Shamie, "Low Fertility: Can Governments Make a Difference?", *Annual Meeting Population Association of America*, Boston, 4 April 2004.

чај набројаних структурних препрека је и данас посебно изражен у овим земљама које су ушле у процес транзиције социо-економског система, а њима су придодати и нови елементи могуће индивидуалне пасивизације као што су, на пример, осећање несигурности, социјални маладаптациони синдром на измењене вредности и норме и аномија.

Важан узрок ниског нивоа фертилитета у Европи данас је и одлагање рађања.⁴⁾ По правилу, одлагање рађања претпоставља да један број жена из различитих разлога (физиолошког смањења плодности, секундарног стерилитета најчешће услед прибегавања намерном прекиду трудноће или последица сексуално преносивих инфекција, веће психолошке цене брака и рађања деце у старијим годинама живота и друго) неће моћи да оствари ставове о жељеном броју деце.

Одлагање рађања деце узрокују, посредно или непосредно, набројани фактори детерминистичке основе феномена недовољног рађања. Лестиг⁵⁾ подвлачи следеће посебне факторе одлагања рађања који су битни за садашњи ниво социјалног развоја:

- школовање и економска аутономија жена,
- високе аспирације за материјалним добрима које условљавају потребу за другим приходом у породици форсирајући запошљавање жена,
- повећано инвестирање у професионалну каријеру и жене и мушкарца,
- повећано улагање у идентитет у условима високог ризика за развод брака,
- ширење постматеријалистичких циљева као што су самореализација, етичка аутономија, слобода избора и толеранција на неконвенцијално понашање,
- раширена жеља за уживањем у животу,
- распрострањен мотив за очувањем отвореног пута за будућност.

Тренд благог пораста броја жена у Србији које нису родиле ниједно дете у оптималном периоду живота од 20. до 35. године је регистрован између 1981. и 1991. године. Но, у периоду између два последња пописа становништва, он је интензивиран. И то

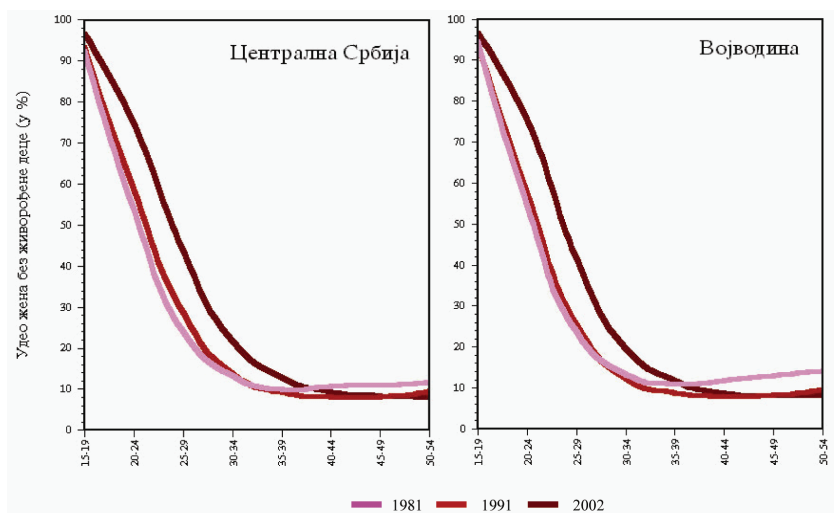
4) T. Sobotka, *Postponement of Childbearing and Low Fertility in Europe*, Dutch University Press, Amsterdam, 2004.

5) R. Lesthaeghe, "Postponement and Recuperation: Resent Fertility Trends and Forecasts in Six Western European Countries", *International Perspectives on Low Fertility: Trends, Theories and Policies*, IUSSP Seminar, Tokyo, 21-21 March 2001.

за све три старосне кохорте и у централној Србији и у Војводини (графикон 2) и сматра се основном демографском ценом 1990-их година.⁶⁾ Велико је неучествовање жена у репродукцији становништва од 20. до 24. године, а и релативно велико неучествовање жена у репродукцији становништва између 25. и 29. године старости, односно 30-34 године. Одговарајући удели у централној Србији су 74,9; 43,9 и 21,8, а у Војводини 75,3; 41,7 и 19,7.

Графикон 2.

Жене без живорођене деце (у %). Централна Србија и Војводина, 1981, 1991. и 2002.



Недовољно рађање у Србији прати и његов саставни део је претежно традиционална контрола рађања. Конзервативна, неефикасна контрацепција, у великој мери инкорпорирана у систем вредности, постала је природни део сексуалног односа и представља, са индивидуалног становишта, рационалан превентивни избор. Но, када се из различитих разлога трудноћа не жели или не може прихватити, прибегава се њеном намерном прекиду. Отуда дуга историја великог броја абортуса у Србији.

На распрострањеност абортуса у нашој средини први пут је указано на 17. Конгресу југословенских лекара далеке 1935. године.⁷⁾ После Другог светског рата Завод за здравствену зашти-

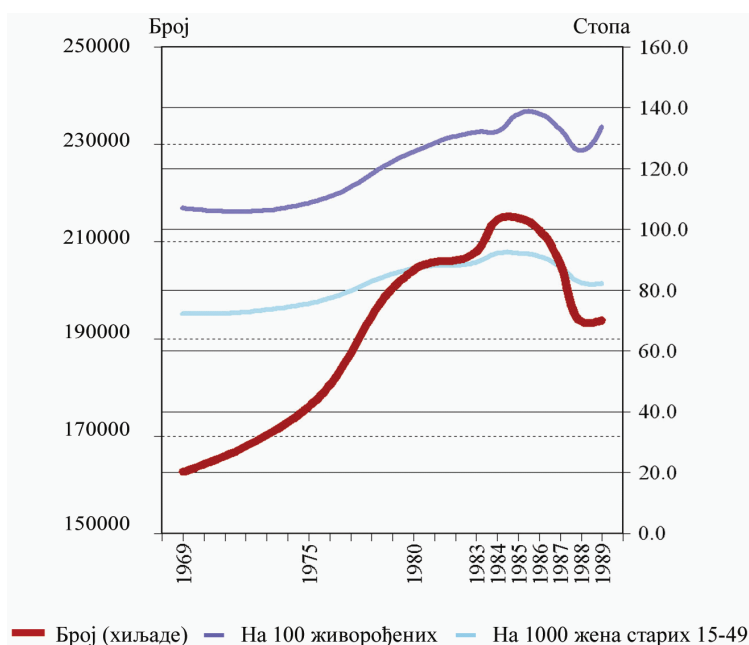
6) М. Рашевић, "Одлагање рађања у оптималној доби живота – основна демографска цена 1990-их у Србији", *Зборник Матице српске за друштвене науке*, 2006, 121.

7) F. Novak, "Problem neželjene trudnoće", *Zbornik radova V kongresa ginekologa opstetičara Jugoslavije*, Sarajevo, 1964.

ту је, прво путем анкета, а затим и редовном регистрацијом абортуса, почео да прикупља податке о броју намерних прекида трудноће који се врше у здравственим установама. Ови подаци, и апсолутно и релативно посматрани, (графикон 3) указују на готово непрекидни тренд пораста намерних прекида трудноће и документују постојање абортусне ендемије у Србији до последње деценије 20. века. Пресудан утицај на величину проблема абортуса у Србији имала су нисконаталитетна подручја.

Графикон 3.

Број и стопе намерног прекида трудноће, Србија 1969-1989.



Тако је 1989. године, последње године поузданих података, у централној Србији број индукованих абортуса био двоструко већи него број живорођене деце, а у Војводини за једну половину. Или другачије посматрано, свака једанаеста жена у репродуктивном добу живота у централној Србији и свака тринаеста у Војводини је намерно прекинула трудноћу исте године. Међу њима, око 90% је било старо између 20 и 39 година, више од 90% је било удато, готово 80,0 % је имало једно или двоје деце, а чак 24,2% жена у централној Србији и 19,9% у Војводини је имало 4 или више индукованих абортуса у репродуктивној историји.

Дуго трајање традиционалног модела контроле рађања у Србији указује на бројне и стабилне факторе који га детерминишу. Истраживачки продори у нашој средини издвојили су низ фактора везаних за неприхватање модерних вредности у сфери контроле рађања. Међу њима најважнији су недовољно знање о модерној контрацепцији, велики психолошки отпор према употреби комбиноване хормонске контрацепције и интраутериног улошка и чврста социјална база за употребу традиционалне контрацепције и намерног прекида трудноће. Истовремено ослањањем на *coitus interruptus* избегава се конфликт између сексуалности и технологије, контакт са лекаром, али у нашој средини и сукоб са партнером.⁸⁾

Да ли почетак 21. века обележева помак у овој сфери? Да би одговорили на постављено питање, пошто званични подаци о намерним прекидима трудноће нису реални⁹⁾, користимо доступне податке везане за употребу контрацепције. Резултати репрезентативног истраживања о здравственом стању становништва Србије (ван подручја Косова и Метохије) спроведеног 2006. године показују да 18,6% жена на ризику за настанак трудноће користи модерну контрацепцију, односно кондом, комбиновану хормонску контрацепцију или интраутерини уложак.¹⁰⁾ Утврђени удео је низак и међу најнижима је у Европи.¹¹⁾ На традиционалну контрацепцију се ослањало 22,6% испитаница.

Уношењем наведених података о структури употребе контрацепције у Вестофов¹²⁾ модел заједно са вредношћу стопе укупног фертилитета, добија се да је процењена вредност стопе укупних абортуса за посматрано подручје у 2006. години износила 2,76. Или другим речима, стопа укупних абортуса у Србији је и даље врло висока, два пута је виша од стопе укупног фертилитета и међу највишим је у Европи и свету.¹³⁾

Да ли има помака ка коришћењу модерне и ефикасне контрацепције међу младим паровима? Резултати поменутог истражива-

8) M. Rašević, K. Sedlecky, "The Abortion Issue in Serbia", *The Eur J Contracept Reprod Health Care*, 2009, 14.

9) М. Рашевић, "Да ли је евидентиран број абортуса у Србији реалан?", *Становништво*, 2008, 2.

10) Министарство здравља, *Истраживање здравља становника Републике Србије*, Београд, 2007.

11) United Nations, *World Contraceptive Use 2009*, New York, 2010.

12) C. Westoff, "A New Approach to Estimating Abortion Rates", *Measurement of Abortion Incidence, Abortion-Related Morbidity and Mortality*, CICRED International Seminar, Paris, 7-9 November 2007.

13) G. Sedgh, S. Henshaw, S. Sing, A. Bankole, J. Drescher, "Legal Abortion Worldwide: Incidence and Recent Trends", *International Family Planning Perspectives*, 2007, 3.

ња о здравственом стању становништва Србије из 2006. показују да се највећи број жена које су у ризику за настанак трудноће, и на почетку и на крају репродуктивног периода, ослања на традиционалне методе у превенцији зачећа. Наиме, модерне методе контрацепције користи свака девета жена (11,6%) у партнерским односима стара између 20 и 24 године, према свакој осмој жени (13,1%) у старосној групи 45-49 година.

ПОЛИТИКЕ РЕЛЕВАНТНЕ ЗА ПЛАНИРАЊЕ ПОРОДИЦЕ

У Србији егзистирају две директне мере популационе политике важне за подстицање рађања. То су родитељски додаток и пуна накнада зараде запосленој мајци за време породилског одсуства у трајању од годину дана. Родитељски додаток се исплаћује за прво, друго, треће и четврто дете у породици. Његов износ расте са редом рођења, усклађује се са растом трошкова живота и исплаћује се, осим за рађање првог детета, у 24 месечне рате.¹⁴⁾

Одговор Србије на проблеме демографског развоја требало би да се заснива на неколико базичних докумената, укључујући и Стратегију подстицања рађања. Она је усвојена почетком 2008. године. У стратегији су препознати сви важни ресурси популационе политике, наведен је низ мера и активности и прихваћен, прецизиран и усаглашен вишесекторски приступ у ублажавању феномена недовољног рађања. Пуно спровођење Стратегије се очекивало у 2009. години. Но, њена имплементација, најмање мере и активности везане за директну финансијску подршку породици, одложена је услед суочавања Србије са последицама светске финансијске кризе.

Од мера материјалне природе Стратегијом је предвиђено да се почев од 2009. године исплаћује пуна накнада трудници услед привремене спречености за рад и врати популациони смисао родитељском додатку, тако што ће се исплаћивати увећан, једнократно, при рођењу другог, трећег и четвртог детета у породици, а износ за треће и четврто дете треба да буде у висини двоструког износа који се обезбеђује за друго дете.

Усвојен модел директне финансијске подршке породици путем родитељског додатка је чини се сличан по изразу и буџетском

14) Износи дефинисани за јуни месец 2011. године су 31.561 динара за рођење првог детета, односно 123.416 за рођење другог, 212.138 за рођење трећег и 296.181 динара за рођење четвртог детета у породици. Месечни расход у 2010. години везан за ову меру износио је преко 405,5 милиона динара.

оптерећењу оном који је спровођен од средине 2002. до почетка 2006. године.¹⁵⁾ Ова чињеница отвара питање да ли је светска финансијска криза изговор за неспровођење Стратегије. Поготово што се готово не уводе предвиђене мере везане за усклађивање рада и родитељства, снижавање психолошке цене родитељства, промоцију репродуктивног здравља младих, популациону едукацију или пак оне које воде ка здравом материнству. Реализација већине ових мера за које је предвиђено континуирано спровођење не захтева велика материјална улагања, а мали помаци у очекиваном правцу би могли доприносити стварању позитивне популационе климе. Укинут је и Сектор за популациону политику у Министарству рада и социјалне политике свега годину и по дана од оснивања.

Либерализација абортуса је основни вид подршке женама у Србији везан за контролу рађања. Велики број намерних прекида трудноће у Србији само се делимично може објаснити раном либерализацијом абортуса у време пада нивоа рађања, а пре него што је модерна контрацепција била развијена и доступна.¹⁶⁾ Наиме, социо-медицинске индикације су прихваћене као разлог за намерни прекид трудноће, по угледу на Совјетски Савез, још давне 1952. године. Од тада је сваки нови закон који је доношен у овој области био све либералнији. Прво 1960, затим 1969. и 1974, и на крају 1995. године.

Према важећем закону, абортус се дозвољава на захтев трудне жене до навршене 10. недеље трудноће, осим када је то штетно за њено здравље. У случају када је трудница млађа од 16 година, односно потпуно лишена пословне способности, потребна је и писмена сагласност родитеља, односно старалаца. Прекид трудноће чије трајање прелази десет недеља може се извршити само на основу медицинских индикација (трудноћа представља опасност за живот жене или може тешко нарушити здравље жене за време трудноће, порођаја, односно након порођаја), морално-правних разлога (зачеће настало услед кривичног дела), као и сазнања о могућности рођења детета с тешким телесним или душевним недостацима.

Жена која жели да намерно прекине трудноћу обраћа се директно гинекологу који је једини законски овлашћен да изврши ову интервенцију и плаћа абортус медицинској установи у којој се он

15) М. Рашевић, Б. Мијатовић, «Закон о финансијској подршци породици са децом», *Становништво*, 2002, 1-4.

16) М. Rašević, "The Question of Abortion in Serbia", *Espace-Populations-Sociétés*, 2004, 3.

обавља. Цена абортуса је висока и виша је од оне коју треба платити за употребу ефикасне контрацепције током једне календарске године. Законом, за разлику од низа земаља, није предвиђен такозвани период чекања, односно неопходно време које треба да прође између утврђивања трудноће и прибегавања њеном прекиду. И поред либералног става према намерном прекиду трудноће, медикаментни, нехируршки абортус у Србији није легализован.

Промоција модерне контрацепције је ретка и, најчешће, део широко постављених акција које се спроводе ради остварења општијих циљева као што је, на пример, подстицање рађања. Такође, законска основа везана за увођење контрацептива на тржиште је компликована и финансијски обесхрабрујућа за фармацеутске компаније. Због тога, комбинована орална контрацепција, вагинални прстенови, интраутерини улошци са левоноргестрелом и бакром, кондоми и спермициди су једини доступни контрацептиви на тржишту и нису бесплатни. Нажалост, контрацептивни фластери, прогестагенске контрацептивне таблете и дуго-делујућа хормонска контрацепција у виду ињекција и имплантата се не налази у продаји. Даље, стерилизација у контрацептивне сврхе није легализована у Србији.

Здравствена заштита жена током трудноће и порођаја је у непоредиво већој мери заступљена у документима која су релевантна за сферу планирања породице у односу на контролу рађања. Саветовање о контрацепцији није постало саставни део наставних програма у средњим медицинским школама и на медицинским факултетима, нити му је дат одговарајући простор на специјалистичким студијама из гинекологије. Имајући у виду посебне потребе адолесцената везане за заштиту репродуктивног здравља, треба подвући да мрежа саветовалишта за младе није у потпуности развијена.¹⁷⁾ Такође, сексуална едукација није укључена у редовни програм рада у основним и средњим школама.

СТАВОВИ МЛАДИХ О РАЂАЊУ И МОДЕРНОЈ КОНТРАЦЕПЦИЈИ

У немогућности да се спроведе репрезентативно истраживање везано за утврђивање знања, ставова и понашања младих људи која су релевантна за предвиђање модела планирања породице у

17) К. Седлеци, "Значај заштите репродуктивног здравља адолесцената за ублажавање проблема недовољног рађања", *Како зауставити белу кугу у Србији*, Српска академија наука и уметности, Гинеколошко акушерска секција СЛД, Београд, 2006.

Србији у непосредној будућности, представимо резултате анкете која је обухватила 504 студенткиње друге и четврте године Медицинског, Фармацеутског и Факултета политичких наука Универзитета у Београду. У узорку су биле готово подједнако заступљене испитанице са свих три факултета. Удео студенткиња медицине је износио 33,9, а студенткиња фармације и политичких наука 31,2 и 34,9%.

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

Ово истраживање је део већег које је под називом “Искуства и ставови жена о менструацији, контрацепцији и рађању” спроведено у шест универзитетских центара у Мађарској, Румунији и Србији. У методолошком смислу битно је подвући и да је анкетни упитник, посебно дефинисан за потребе овог истраживања, анонимно попунила свака четврта студенткиња из регистра одређеног факултета. Упитник је био *KAP*-типа. У овом раду навешћемо најважније налазе.¹⁸⁾

Готово све анкетиране студенткиње (99,0%) желе да имају децу у будућности. Највећи број њих жели да има двоје (45,2%) или троје (41,5%) деце. Изненађује да чак 8,2% анкетираних жели да има најмање четворо деце. Насупрот, само 4,2% студенткиња жели да има само једно дете. Просечан жељени број деце је висок (2,56 детета) и значајно виши од реализованих 1,56 детета међу високо образованим женама старим од 40 до 45 година 2002. године у време спровођења пописа становништва.

Испитанице су оцењивале понаособ тринаест унапред дефинисаних потенцијалних предуслова за рађање првог детета са 1 (врло битан), 2 (и јесте и није битан) или 3 (уопште није битан). Значај сваке варијабле је одређен средњом вредношћу оцено (табела 1). На врху листе као најбитније претпоставке за родитељство студенткиње су, независно од факултета који похађају, издвојиле „добро здравље“ и „жељу за дететом“. Следеће три претпоставке по значају, када се анкетирана група посматра као целина, су „финансијска независност“, „запослење“ и „стабилна партнерска

18) К. Седлецки, М. Рашевић, В. Топић, необјављени резултати, 2011.

веза“. С друге стране, униформно на 11, 12. и 13. месту, у свим испитиваним субгрупама су „подршка локалне заједнице“, „мере социјалне политике“ и „аутомобил у власништву“. Чини се да одговори осликавају рефлексивну модерност анкетираних студенткиња, односно инсистирање да се ризици ставе под контролу појединца, уз истовремено добро перципирање ограничења средине и ниско поверење у локалне и државне институције.

Табела 1.

Ставови студенткиња о претпоставкама за рађање првог детета

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

Оптимално доба за рађање првог детета за 79,1% студенткиња је између 25. и 29. године старости. Додатно, чак свака десета (9,5%) студенткиња верује да је право време за родитељство у пе-

риоду од 30 до 34 године. Само 10,7% испитаница сматра да је интервал између 20. и 24. године старости оптималан за рађање првог детета. Нису утврђене статистички значајне разлике по овом ставу међу студенткињама са различитих факултета.

Табела 2.

Ставови студенткиња према комбинованој хормонској контрацепцији

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

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

(28,4%), „неприродне“ (25,4%) и „могу довести до повећања тежине“ (24,4%).

Регистроване су јасне разлике у ставовима према комбинованој хормонској контрацепцији међу испитаницама које похађају различите факултете (табела 2). Став да су контрацептивне таблете „безбедне и делотворне“ је прихватљив у значајно већој мери за студенткиње Факултета политичких наука него за девојке које студирају медицину и фармацију. Истовремено, студенткиње медицине су у већој мери свесне терапеутских својстава контрацептивних таблета, али у већој мери и страхују да комбинована хормонска контрацепција може да „угрози будућу плодност“ и „узрокује рак“ у односу на своје колегинице са других факултета. Студенткиње фармације, пак, сигнификантно се чешће опредељују за став да су контрацептивне таблете „неприродне“ него студенткиње медицине и политичких наука. Односно, најбоље ставове према контрацептивним таблетама имају студенткиње немедицинских факултета, што се може објаснити чињеницом да студенти медицине не стичу потпуна знања из сфере репродуктивног здравља. Овај налаз кореспондира резултату истраживања спроведеног међу гинеколозима у Србији који су такође показали отпор према преписивању комбиноване хормонске контрацепције адолесценткињама.¹⁹⁾

*

* *

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

19) K. Sedlecky, M. Rašević, "Are Serbian Gynaecologists in Line with Modern Family Planning?", *The Eur J Contracept Reprod Health Care*, 2008, 13.

Mirjana Rasevic, Katarina Sedlecki

IS IT REAL TO EXPECT THE CHANGES IN THE MODEL OF PLANING THE FAMILY IN SERBIA IN THE FORSEEABLE FUTURE?

Summary

For more than half a century Serbia (without the province Kosovo and Metohija) is facing the birth level under the need of simple replacement of generations. A phenomenon of insufficient birth in our mileu is followed by the predominantly traditional birth control, which includes the resorting to abortion when, for different reasons, pregnancy cannot or will not be accepted. Is it real to expect the changes in the model of planing the family in Serbia in the foreseeable future? In this paper, the answer to this question was sought in three ways. First, by analyzing a long-term trend of indicators of the planing of family and its characteristics. In parallel to that, we established the condition and range of the policies relevant for the planing of family, above all population policy and the health protection policy. At the same time, due to the impossibility to carry out a representative survey related to the determination of youth, relevant to the planing of the family, we presented the attitudes of the female students of the Medical school, Faculty of Pharmacy and the Faculty of Political Sciences, related to birth and the usage of efficient contraception, which are relevant for the planing of the family. After perceiving the task from all three angles, it seems like there is no dilemma that there is no room for a different expectation of the reproductive behaviour in Serbia in the foreseeable future. The features of the factors which determine the participation of the population and forms of the birth control, including the political response, don't contribute to the positive changed, especially not quickly. In order for Serbia to be characterized by different model of planing the family, a building of the reproductive consciousness is required, both individual and political.

Key words: insufficient birth, birth control, planing of the family, Serbia, future.

ЛИТЕРАТУРА

Freedman, R., "The Role of Family Planning Programmes as a Fertility Determinant", *Family Planning Programmes and Fertility*, Clarendon Press, Oxford, 1992.

- Капор-Стануловић, Н., Капамација, А., "Follow-up студија о знању и понашању младих у регулацији фертилитета (1964-1980-2000)", *Социјална мисао*, 2000, 3-4.
- Lesthaeghe, R., "Postponement and Recuporation: Resent Fertility Trends and Forecasts in Six Western European Countries", *International Perspectives on Low Fertility: Trends, Theories and Policies*, IUSSP Seminar, Tokyo, 21-21 March 2001.
- Министарство здравља, *Истраживање здравља становника Републике Србије*, Београд, 2007.
- Novak, F., "Problem neželjene trudnoće", *Zbornik radova V kongresa ginekologa opstetičara Jugoslavije*, Sarajevo, 1964.
- Pison, G., "Tous les pays du monde 2009", *Population et Sociétés*, 2009, 458.
- Rašević, M., Sedlecky, K., "The Abortion Issue in Serbia", *The Eur J Contracept Reprod Health Care*, 2009, 14.
- Рашевић, М., "Да ли је евидентиран број абортуса у Србији реалан?", *Становништво*, 2008,
- Рашевић, М., "Одлагање рађања у оптималној доби живота – основна демографска цена 1990-их у Србији", *Зборник Матице српске за друштвене науке*, 2006, 121.
- Rašević, M., "The Question of Abortion in Serbia", *Espace-Populations-Sociétés*, 2004, 3.
- Рашевић, М., *Ка разумевању абортуса у Србији*, Институт друштвених наука, Београд, 1992.
- Рашевић, М., Мијатовић, В., "Закон о финансијској подршци породици са децом", *Становништво*, 2002, 1-4.
- Ристић, Ј., "Здравствени радници и планирање породице", *Становништво*, 1994, 3-4.
- РЗС, *Становништво и домаћинства Србије према попису 2002. године*, Београд, 2006.
- РЗС, *Становништво и домаћинства Републике Србије према попису 1991. године*, Београд, 1995.
- Sedgh, G., Henshaw, S., Sing, S., Bankole, A., Drescher, J., "Legal Abortion Worldwide: Incidence and Recent Trends", *International Family Planning Perspectives*, 2007, 3.
- Sedlecky, K., Rašević, M., "Are Serbian Gynaecologists in Line with Modern Family Planning?", *The Eur J Contracept Reprod Health Care*, 2008, 13.
- Sedlecki, K., Rašević, M., "Attitudes to Voluntary Sterilization in Serbia: Women's and Gynecologists' Points of View", *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 2006, 11.
- Седлецки, К., "Значај заштите репродуктивног здравља адолесцената за ублажавање проблема недовољног рађања", *Како зауставити белу кугу у Србији*, Српска академија наука и уметности, Гинеколошко акушерска секција СЛД, Београд, 2006.
- Shamie, J., "Low Fertility: Can Governments Make a Difference?", *Annual Meeting Population Association of America*, Boston, 4 April 2004.
- Sobotka, T., *Postponement of Childbearing and Low Fertility in Europe*, Dutch University Press, Amsterdam, 2004.
- United Nations, *World Contraceptive Use 2009*, New York, 2010.

Westoff, C., "A New Approach to Estimating Abortion Rates", *Measurment of Abortion Incidence, Abortion-Related Morbidity and Mortality*, CICRED International Seminar, Paris, 7-9 November 2007.

Resume

For more than half a century Serbia (without the province Kosovo and Metohija) is facing the birth level under the need of simple replacement of generations. A phenomenon of insufficient birth in our mileu is followed by the predominantly traditional birth control, which includes the resorting to abortion when, for different reasons, pregnancy cannot or will not be accepted. Is it real to expect the changes in the model of planing the family in Serbia in the foreseeable future? In this paper, the answer to this question was sought in three ways.

First, by analyzing a long-term trend of indicators of the planing of family and its characteristics. In parallel to that, we established the condition and range of the policies relevant for the planing of family, above all population policy and the health protection policy. At the same time we presented the views related to the birth and the use of the modern contraception by the youth, who will, through its future professional work, directly or indirectly, influence the model of the planing of family.

The level of birth is today for 32% underneath the need of simple reproduction of population. Inefficient contraception is for many couples natural part of the sexual relation, and rational preventive choice. The total abortion rate is still very high, two times higher than the fertility rate, and among the highest in Europe and the world. A long period of having insufficient birth rate and the traditional model of birth control points to numerous and stabile factors which determine these phenomena.

There are only two direct measures of the population policy which is important for the incitement of birth. Those are the parental benefit and the full compensation to the employed mother during the maternity leave in the period of a year. Parental benefit is being paid for the first, second, third and fourth child in a family. Its amount is increasing for every child and it is being paid, except for the first child, in 24 monthly installment. Liberalization of the abortion is essential way of support to women in relation to birth control.

The attitudes of the female students of the Medical school, Faculty of Pharmacy and the Faculty of the Political Sciences, related to birth and the usage of efficient contraception, demonstrate the high value of children, and that the important preconditions for parenthood, next to health, consist of financial independance and stable partner re-

lations, and that there is a number of prejudices towards the combined hormone contraception.

After perceiving the task from all three angles, it seems like there is no dilemma that there is no room for a different expectation of the reproductive behaviour in Serbia in the foreseeable future. The features of the factors which determine the participation of the population and forms of the birth control, including the political response, don't contribute to the positive changed, especially not quickly. In order for Serbia to be characterized by different model of planing the family, a building of the reproductive consciousness is required, both individual and political.

* Овај рад је примљен 10. августа 2011. године а прихваћен за штампу на састанку Редакције 16. новембра 2011. године.