

ЗДРАВЉЕ АДОЛЕСЦЕНАТА

Невенка РОНЧЕВИЋ

Институт за здравствену заштиту деце и омладине, Нови Сад

КРАТАК САДРЖАЈ

Увод Раст, развој, сазревање и прилагођавање на бројне унутрашње промене и промене улоге адолесцента у породици и друштву одвијају се у условима све чешћег коришћења дрога, повећане сексуалне слободе уз ослабљену заштитну улогу породице и уз значајан утицај медија. Суочавање адолесцента с овим притисцима често доводи до понашања које носи значајан ризик по здравље, па је чак 75% смртних случајева и трајне онеспособљености у вези с ризичним понашањем.

Циљ рада Циљ рада је био да се утврде учесталост и врста ризичног понашања и успех у школи, као и одлике породице адолесцената који се ризично понашају.

Метод рада Испитивање је обухватило 789 адолесцената, узраста од 10 до 19 година, који похађају основне и средње школе у Новом Саду. Испитивани су број и врста ризичних понашања у којима се адолесцент ангажује, узраст, пол и успех у школи, као и одлике породице: састав, материјално стање, запосленост родитеља, конфликти у породици, емоционална повезаност чланова породице, присуство хроничних и психијатријских болесника у породици, заступљеност пушења, алкохолизма и употребе дрога међу члановима породице.

Резултати Резултати су показали да се значајан број адолесцената у нашој средини ризично понаша, да се девојке статистички значајно чешће ризично понашају, као и адолесценти из породица лошег материјалног стања, у којима је један родитељ незапослен или су незапослена оба родитеља, у којима су чести конфликти, у којима постоје неадекватни емоционални односи и чији се чланови и сами ризично понашају.

Закључак Имајући у виду да ризично понашање адолесцената значајно утиче на морбидитет и морталитет, неопходно је да се спроведу свеобухватни програми превенције ризичних понашања. Програмом превенције треба да буду обухваћени сви адолесценти и да се на превенцији ризичних понашања ради пре него што адолесценти почну да се тако понашају. У превентивни рад треба да буду укључени читава друштвена заједница, васпитно-образовне установе, здравствени радници, а, пре свега, породица.

Кључне речи: здравље; адолесцент; ризично понашање; морбидитет; морталитет

УВОД

Адолесценција је период преласка из детињства у зрелост, а обележен је бурним променама које се одnose на биолошко раст, сексуално, когнитивно и психосоцијално сазревање. Кроз овај процес адолесцент треба да оствари зрелост, независност и функционалност одрасле особе [1, 2]. Према дефиницији Светске здравствене организације, адолесценција је период између десете и деветнаесте године. Адолесценти су најздравија узрасна група становништва. Међутим, они су и једина група становништва у којој је у последњих 30 година дошло до повећања стопе морбидитета и морталитета. Показатељи здравственог стања данашњих адолесцената су лошији од показатеља здравственог стања њихових родитеља у периоду адолесценције. Захваљујући напретку медицине, све више деце с тешким, хроничним болестима и оштећењима доживљава адолесценцију. Други разлог за повећани морбидитет и морталитет адолесцената су различити облици ризичног понашања.

Зашто адолесценти почињу да се ризично понашају? Адолесценција је период стицања нових искустава, испробавања различитих понашања, преузимања ризика, што је саставни део одрастања. Адолесценти трагају за узбуђењем, имају доживљај да су неповредиви. Апстрактно мишљење се тек развија, те често не могу да предвиде последице својих понашања. Прелазак из детињства у зрелост се одвија у условима повећаних сексуалних слобода, лако доступних психоактивних супстанција, великог утицаја медија, бурних социјалних промена (индустрија-

лизација, урбанизација, незапосленост), ослабљене заштитне и потпорне улоге породице.

Морбидитет и морталитет адолесцената у великој мери зависи од профила ризичног понашања, а профил ризичног понашања се дефинише кроз врсту, број и учесталост ризичних понашања. Ризична понашања ретко се јављају изоловано. Једно ризично понашање за собом повлачи друга ризична понашања. Код адолесцента који се ангажује у неколико врста ризичног понашања ризик по здравље је кумулативан. Последице по здравље могу бити непосредне (саобраћајни удес – адолесцент вози под утицајем алкохола), одложене (трудноћа адолесценткиња – прекид школовања) или удаљене (adolесцент има незаштићене сексуалне односе – HIV инфекција, а болест ће се обично испољити после неколико година).

Најчешћи узроци морталитета адолесцената су повреде, убиство, самоубиство и давање. Употреба алкохола и дроге значајно доприноси морталитету адолесцената. Водећи узроци морбидитета адолесцената су акутна обољења и стања (респирациона, цревна, заразна, кожне болести, повреде и тровања). Међутим, код око 10% адолесцената је дијагностиковано неко хронично обољење или неко хронично стање. Такође, велики број адолесцената има психичке проблеме. Ризична понашања значајно утичу на морбидитет адолесцената. У адолесценцији је 75% смртних случајева и трајне онеспособљености везано за ризична понашања која се могу спречити. Најчешћа ризична понашања су: пушење, конзумирање алкохола, употреба дрога, неадекватна исхрана, насиље,

незаштићен сексуални однос и неадекватна физичка активност.

ЦИЉ РАДА

Циљ рада је био да се утврде врста, број и учесталост ризичних понашања адолесцената, успех у школи и одлике породице адолесцената који се ризично понашају.

МЕТОД РАДА

Истраживање је спроведено у периоду од октобра до децембра 1999. године међу адолесцентима, узраста од 10 до 19 година, који похађају основне и средње школе у Новом Саду. Спроведено је анонимно анкетно истраживање. Упитник је добило хиљаду адолесцената изабраних методом случајног избора. Анализирано је 789 упитника, а 211 је одбачено јер нису били адекватно попуњени. Анализирана су ризична понашања, узраст, пол и успех у школи, као и одлике породице: структура, материјално стање, запосленост родитеља, конфликти у породици, емоционална повезаност чланова породице, заступљеност пушења, алкохолизма и употребе дрога међу члановима породице. На основу добијених одговора формиране су четири групе испитаника: група I – без ризичних понашања, група II – од једног ризичног понашања до три ризична понашања, група III – од четири ризична понашања до шест ризичних понашања, група IV – седам или осам ризичних понашања. Резултати све четири групе испитаника су поређени и затим је испитана статистичка значајност уочених разлика.

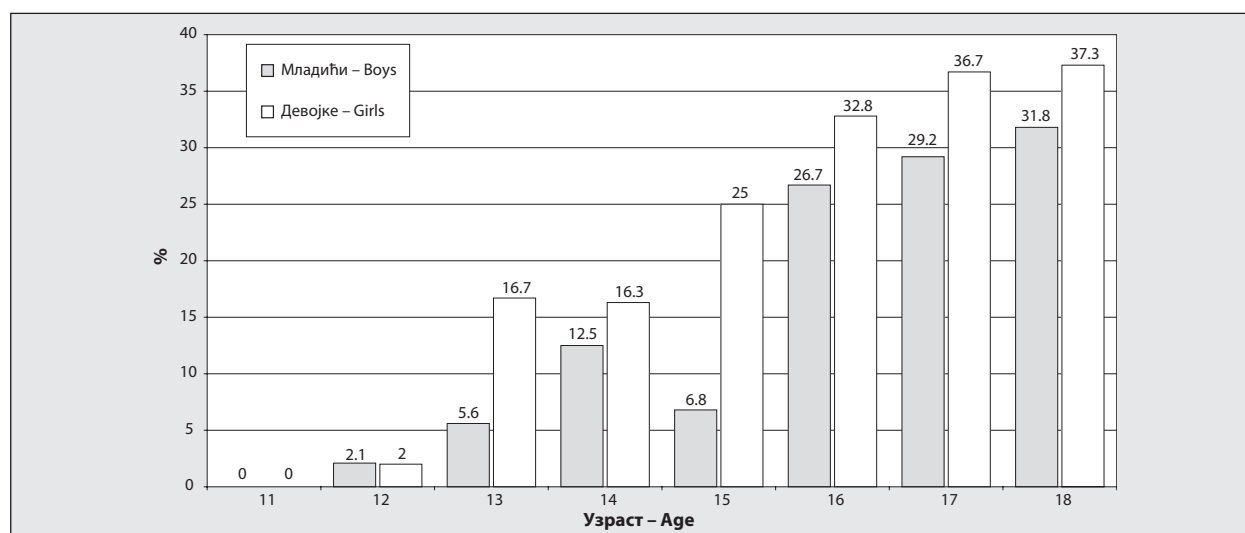
РЕЗУЛТАТИ

Пушење цигарета је једно од најчешћих ризичних понашања адолесцената. Према резултатима наше студије, пуши 18,9% адолесцената, и то 10,9% млади-

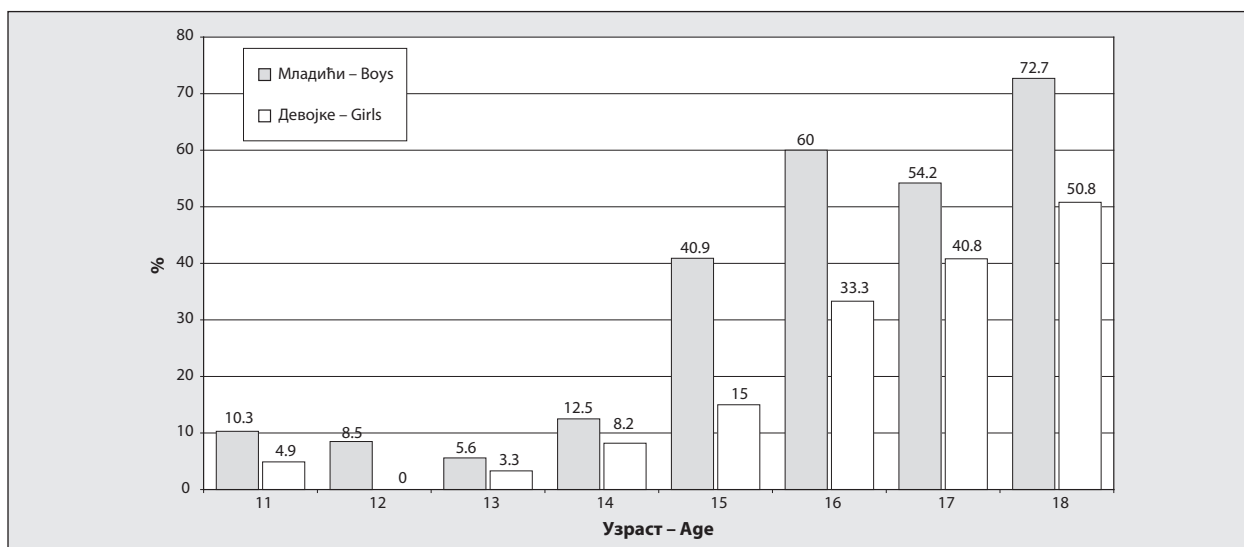
ћа и 23,8% девојака. На графикону 1 приказана је дистрибуција пушења цигарета у односу на пол и узраст. Адолесценти започињу врло рано да експериментишу с употребом дувана. Са пет година око 2% младића пробало је да пуши цигарете, са седам година 5%, а са 10 година 13%. Највећи проценат младића (25%) пробало је да пуши цигарете са 14 година. Са 10 година око 7% девојака је пробало да пуши, а са 13 година 23%. Око 4% младића и девојка почиње да пуши редовно са 12 година, младићи најчешће постају редовни пушачи са 14, а девојке са 15 година.

Алкохол је најчешће коришћена психоактивна супстанција међу адолесцентима. Према резултатима наше студије, алкохол конзумира 24,7% адолесцената, и то 27,2% младића и 25,3% девојака. На графикону 2 приказана је дистрибуција употребе алкохола по узрасту и полу. Са конзумирањем алкохола адолесценти почињу са 11 година, а у каснијим узрастима се бележи повећање овог броја. У узрасту од 18 година алкохол конзумира 72,7% младића и 50,8% девојака. Свакодневно алкохолна пића пије 0,3% испитаних адолесцената, једном недељно 12,6%, једном месечно 10,2%, а већина (30,2%) једном у више месеци. У свим узрастима конзумирање алкохола је процентуално више заступљено међу младићима. Око 17% младића у десетој години проба алкохол, док се следећи врх бележи са четрнаест година. Око 20% девојака пробало је алкохол са 16 година. Мали број адолесцената је дао податак да су већ са две-три године пробали алкохол.

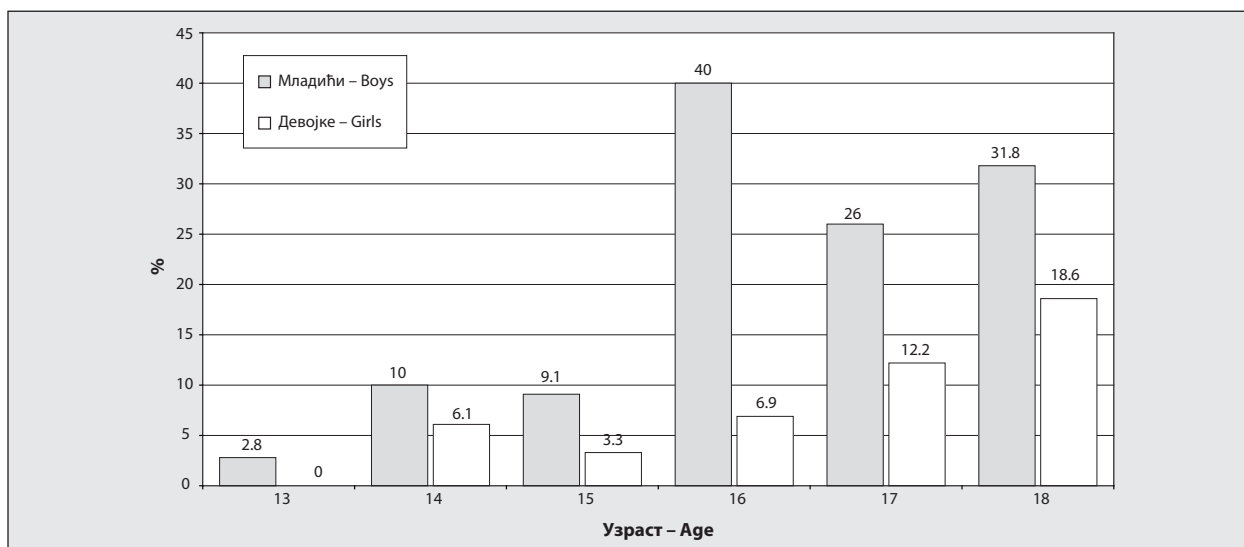
Експериментисање са дрогом често је у адолесценцији. Дрогу је пробало 8,4% адолесцената, и то 10,8% младића и 8% девојака. На графикону 3 је приказана дистрибуција употребе дроге по узрасту и полу. Експериментисање са дрогом код младића бележи се први пут у узрасту од 13 година, мада највећи проценат младића (40%) дрогу проба са 16 година. Код девојака је ова појава најраније забележена у 14. години, а највећу учесталост (18,6%) достиже са 18 година. Од 60 адолесцената који су пробали дрогу 57 (95%) је пробало марихуану. У односу на све испитане адолесценте, марихуану је пробало 8% адолесцената, бен-



ГРАФИКОН 1. Дистрибуција пушења према узрасту и полу.
GRAPH 1. Age and sex distribution with regard to smoking.



ГРАФИКОН 2. Дистрибуција употребе алкохола према узрасту и полу.
 GRAPH 2. Age and sex distribution with regard to alcohol consumption.



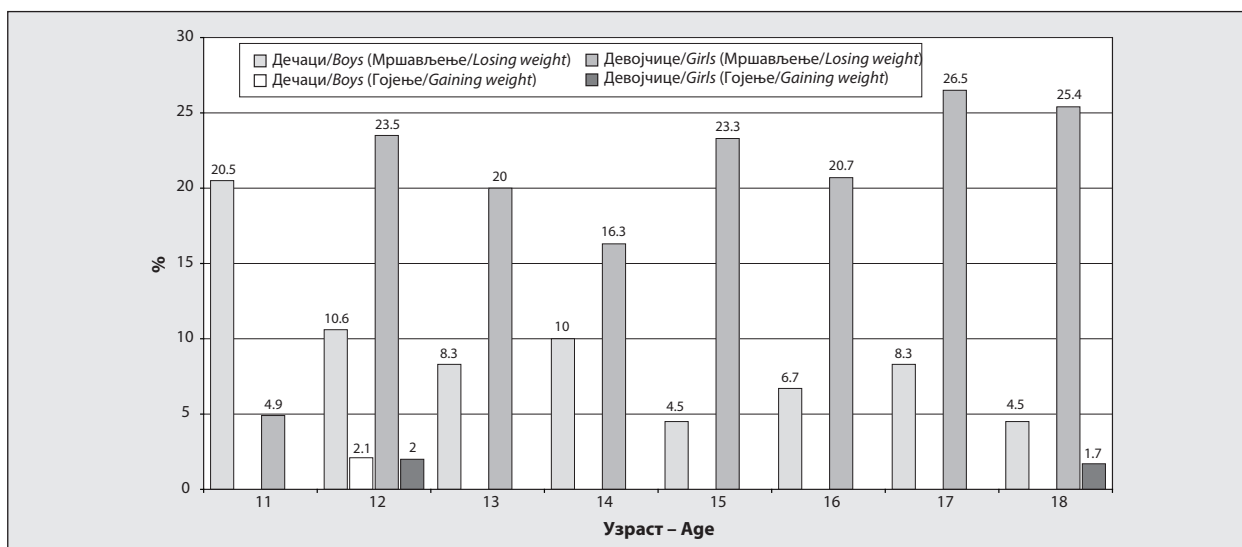
ГРАФИКОН 3. Дистрибуција употребе дроге према узрасту и полу.
 GRAPH 3. Age and sex distribution with regard to drug use.

седин 1,5%, тродон 1,3%, лепак 0,8%, ЛСД 0,6%, хашиш 0,4%. Само један адолесцент је изјавио да редовно користи дрогу (хероин).

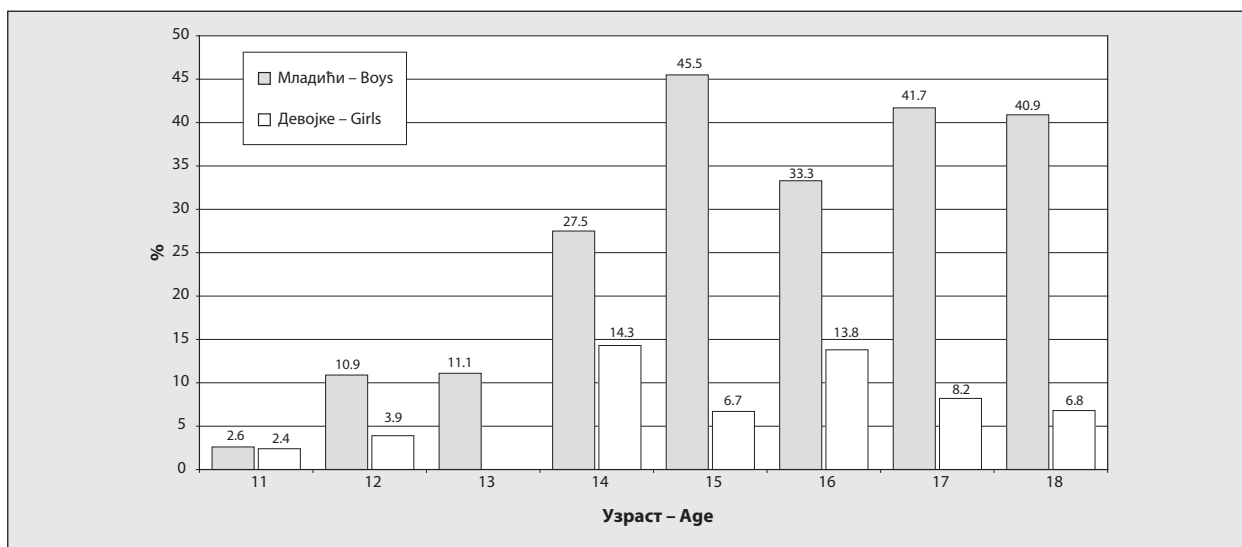
Међу свим узрастним категоријама становништва адолесценти имају највећу преваленцију неадекватне исхране. Према резултатима нашег истраживања, 33,7% адолесцената не доручкује, а 7,5% адолесцента има један или ниједан оброк код куће у току дана. Адолесценти су склони и држању разних дијета. На графикону 4 приказана је дистрибуција адолесцената који држе дијету у односу на узраст и пол. Различите дијете држи 17,4% адолесцента, и то 10,1% младића и 21,7% девојака. Адолесценти дијету држе скоро искључиво ради мршављења. Први пут се држање дијете међу дечацима бележи већ са 11 година, и то је узраст у ком је учесталост држања дијете међу дечацима највећа (20,5%). Држање дијете код девојака се први пут такође бележи у 11. години, а највећа учесталост (26,5%) је у узрасту од 17 година.

Насиље је веома присутно у животу адолесцената. Према резултатима наше студије, 31% адолесцената је било сведок, 13,9% жртва, а 8,8% починилац насиља. На графикону 5 приказана је дистрибуција адолесцената који су били жртве насиља у односу на узраст и пол. Жртве насиља су чешће младићи. Процент младића који су били жртве насиља се повећава од једанаесте године и максимум достиже у узрасту од 15 година. У узрасту од 15 година 45,5% младића је било жртва насиља. У узрасту од 16 година проценат младића који су били жртва насиља је нешто мањи (33,3%), а потом се повећава у узрасту од 17 и 18 година и одржава се на 40-42% испитаних младића. Девојчице су жртва насиља биле најчешће у узрасту од 14 година.

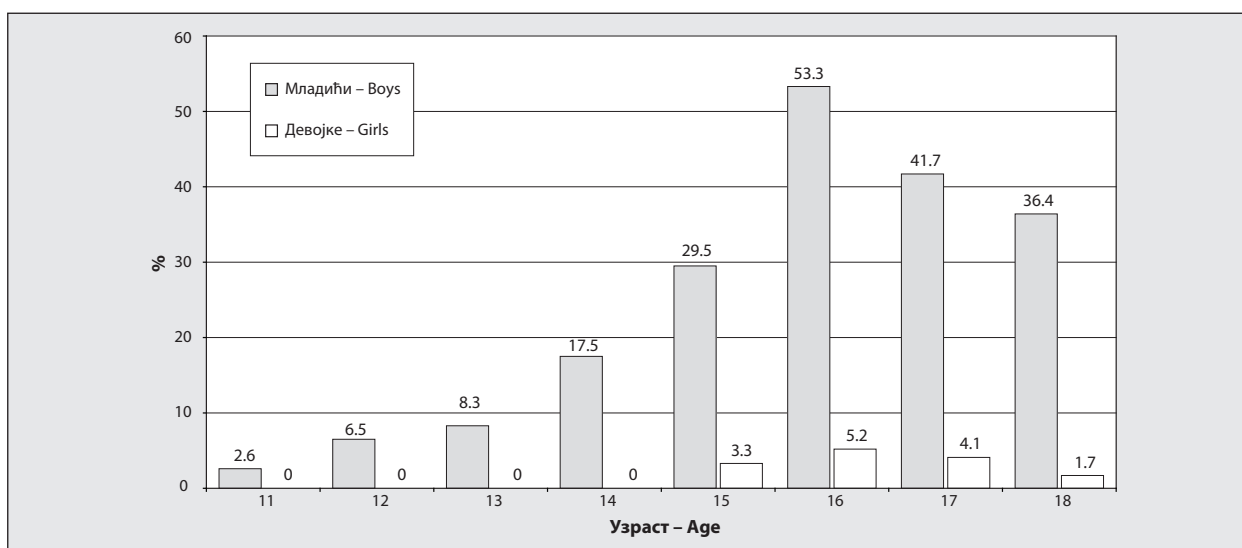
На графикону 6 приказана је дистрибуција адолесцената према узрасту и полу који су починили насиље. Уочава се да су починиоци насиља чешће младићи, али није занемарљив ни број девојака. С узра-



ГРАФИКОН 4. Дистрибуција адолесцената који држе дијету у односу на узраст и пол.
 GRAPH 4. Age and sex distribution of dieting adolescents.



ГРАФИКОН 5. Дистрибуција адолесцената који су били жртве насиља према узрасту и полу.
 GRAPH 5. Age and sex distribution of adolescents who were victims of violence.



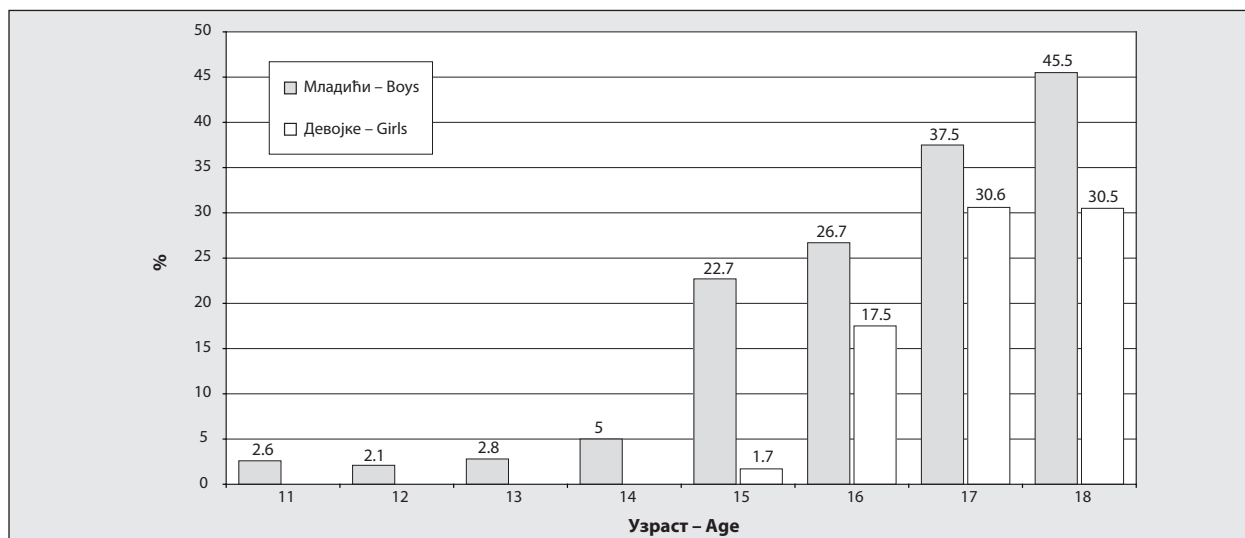
ГРАФИКОН 6. Дистрибуција адолесцената који су починили насиље према узрасту и полу.
 GRAPH 6. Age and sex distribution of adolescent offenders.

стом се повећава и проценат адолесцената који су починиоци насиља и максимум (53,3%) достиже у узрасту од 16 година, а потом се постепено смањује.

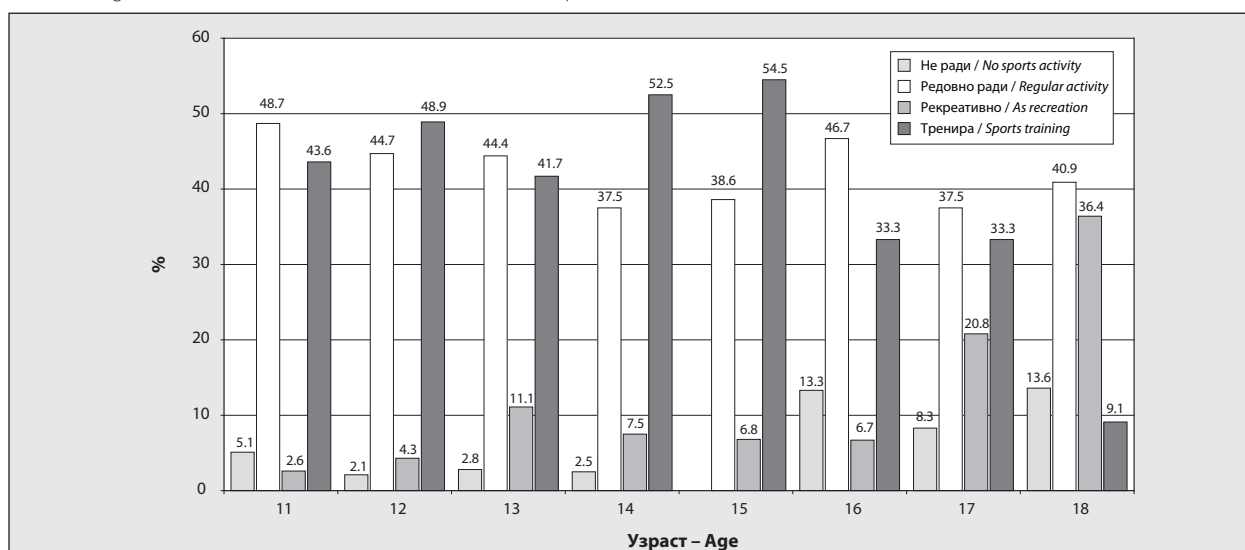
На графикаону 7 приказана је дистрибуција адолесцената који су сексуално активни, према узрасту и полу. Младићи раније ступају у сексуалне односе. Значајан број адолесцената ступа у сексуалне односе са 15 година, али у појединачним случајевима ступање у сексуалне односе се бележи и пре 15. године. С узрастом број сексуално активних адолесцената се повећава. У узрасту од 15 година сексуално је активно 22,7% младића и 1,7% девојака, а у узрасту од 18 година сексуално је активно 45,5% младића и 30,5% девојака. Према резултатима овог истраживања, ниједна девојка није била гравидна, а два младића су дала податак да им је девојка била гравидна. Само једна девојка је изјавила да је боловала од полнопреносиве болести. Приликом првог сексуалног односа 56% адолесцената је користило кондом, а 50% испитаника редовно употребљава кондом. Друга контрацептивна средства адолесценати нису користили. Међу испи-

таним адолесцентима 1,82% је изјавило да их привлаче особе истог пола, а 0,8% да су били у партнерском односу с особом истог пола. Сексуално је узнемиравано и зостављано 1,9% адолесцената, и то 0,4% младића и 2,9% девојака.

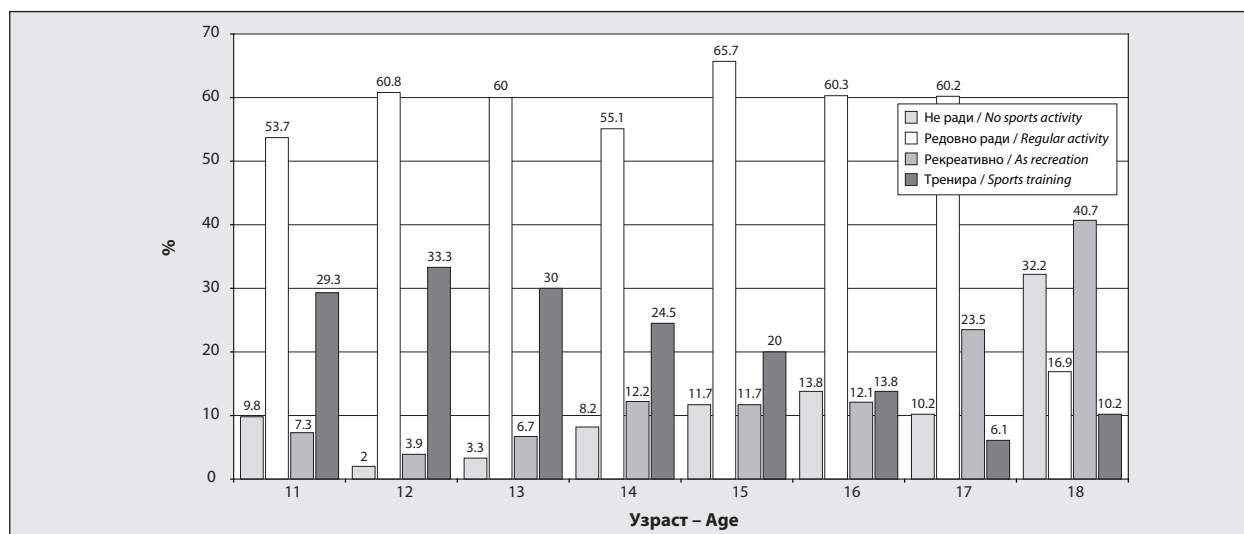
Имајући у виду изузетан значај физичке активности за правилан раст и развој адолесцената, на графикаону 8 приказана је физичка активност младића, а на графикаону 9 физичка активност девојака. Активно тренира или се рекреативно бави спортом 54% младића и 34,6% девојака. Као једини вид спортске активности 41,8% младића и 54,6% девојака похађа наставу физичког васпитања, док се 4,2% младића и 10,8% девојака не ангажује ни у каквој спортој активности. Процент младића који редовно раде физичко је релативно равномерно распоређен у сви узрастима (37,5-48,7%). Овај проценат односи се на младиће чија је физичка активност ограничена искључиво на часове физичког васпитања (они се не баве спортом ни у ком другом виду). Младићи се у значајном проценту активно баве спортом, тј. трени-



ГРАФИКОН 7. Дистрибуција адолесцената који су имали сексуалне односе према узрасту и полу.
GRAPH 7. Age and sex distribution of adolescents with sexual experience.



ГРАФИКОН 8. Дистрибуција физичке активности међу младићима према узрасту.
GRAPH 8. Age distribution of male adolescents who engage in sports activities.



ГРАФИКОН 9. Дистрибуција физичке активности међу девојкама према узрасту.
 GRAPH 9. Age distribution of female adolescents who engage in sports activities.

рају. Процент младића који тренирају неки спорт је 41,7-54,5% у узрасту од 11 до 15 година, али се тај број после 15. године смањује. У узрасту од 18 година свега 9,1% младића тренира. После петнаесте године се повећава број младића који не раде физичко и у узрасту од 18 година достиже 13,6%. Девојака које редовно раде физичко има 53,7-65,7%, да би се тај број нагло смањило у 18. години на 16,9%. Највише девојака редовно тренира у узрасту од 12 година (33,3%), а затим се тај број постепено смањује, док се број девојака које не раде физичко постепено повећава и достиже максимум у 18. години (32,2%).

Уважавајући чињеницу да се ризична понашања ретко јављају изоловано и да једно ризично понашање за собом повлачи друга ризична понашања, анализом броја ризичних понашања утврђено је да је без ризичних понашања 35,5% адолесцената, од једног ризичног понашања до три ризична понашања има 52,6% адолесцената, од четири ризична понашања до шест ризичних понашања 10,4% адолесцената, а седам или осам ризичних понашања 1,5% адолесцената. Код девојака је статистички значајно чешће забележен већи број ризичних понашања него код младића. Већ у узрасту од 11 година 1,3% адолесцената има више од три ризична понашања. Број ризичних понашања се повећава с узрастом, тако да у узрасту

од 18 година више од три ризична понашања има око 30% адолесцената.

Иако се суицид не убраја у ризична понашања, с обзиром на то да је трећи узрок смртности код адолесцената и да му често претходи неко ризично понашање адолесцената (дрого, алкохол), анализирана је учесталост покушаја суицида и суицидних идеја, као и разлози који су адолесценте навели да размишљају о суициду или покушају суицид. Суицидне идеје је имало 14,9% адолесцената, и то 10,5% младића и 17,5% девојака. Суицидне идеје су се најраније јавиле у 11. години и у том узрасту су процентуално подједнако заступљене код испитаника оба пола. Највећи број младића са суицидним идејама је забележен у 15. и 18. години. Број девојака са суицидним идејама се од 13. године стално повећава а највећи је у 17. години. Покушај суицида је откривен код 1,8% адолесцената, два пута чешће код девојака него код младића. Најранији покушај суицида код младића забележен је у 15. години а код девојака у 13. Најчешћи разлог за суицидне идеје и покушај суицида су били свађе с родитељима и проблеми у школи.

Познато је да се ризична понашања много чешће срећу код адолесцената с лошим постигнућем у школи. У табели 1 приказани су успех у школи и број ризичних понашања испитаних адолесцената. Одли-

ТАБЕЛА 1. Дистрибуција адолесцената према успеху у школи и броју ризичних понашања.
 TABLE 1. Adolescent distribution according to school achievement and number of risky behaviours.

Успех у школи Achievement in school		Група I Group I	Група II Group II	Група III Group III	Група IV Group IV
Довољан Sufficient		2 (0.7%)	3 (0.7%)	0 (0%)	0 (0%)
Добар Good		32 (11.4%)	75 (18.1%)	23 (28.0%)	2 (16.6%)
Врло добар Very good		64 (22.9%)	133 (32.1%)	35 (42.7%)	6 (50.1%)
Одличан Excellent		182 (65.0%)	203 (49.1%)	24 (29.3%)	4 (33.3%)
Понављао Failed	Да Yes	5 (1.8%)	9 (2.2%)	7 (8.5%)	1 (8.3%)
	Не No	275 (98.2%)	405 (97.8%)	75 (91.5%)	11 (91.7%)

чан или врло добар успех има 88% адолесцената без ризичних понашања и 83% адолесцената са седам или осам ризичних понашања. Међу адолесцентима без ризичних понашања већи је проценат ученика с одличним успехом, а међу адолесцентима са седам и осам ризичних понашања већи је проценат адолесцената с врло добрим успехом. Разлике су статистички значајне. У свим групама испитаника мали је број адолесцената са добрим и довољним успехом. Мали је и број оних који су понављали разред, али адолесценти код којих је забележено неколико ризичних понашања статистички значајно чешће су понављали разред.

Одlike породице и број ризичних понашања испитиваних адолесцената приказани су у табели 2.

ДИСКУСИЈА

Чињеница је да је 75% смртних случајева и трајне онеспособљености у адолесценцији везано за ризично понашање и да се може превентирати. Стога, када

се говори о здрављу, оболевању и умирању адолесцената, мора се говорити и о ризичним понашањима, а када се планира очување и унапређење здравља адолесцената, пре свега се мора планирати превенција ризичних понашања. Подаци о учесталости, врсти и броју ризичних понашања међу адолесцентима разликују се од аутора до аутора, а зависе од узраста, пола, времена када је истраживање спроведено, географског подручја [3-5]. За нашу земљу подаци су врло оскудни и односе се само на поједина ризична понашања.

Пушење цигарета је једно од најчешћих ризичних понашања адолесцената. Адолесценти почињу да пуше из радозналости, да би показали да су независни, имитирајући своје узоре, због притиска вршњака, утицаја медија, да би се супротставили ауторитету родитеља и слично. Пуши 18,9% од укупног броја адолесцената, и то 10,9% младића и 23,8% девојака. Са пушењем цигарета се почиње врло рано, чак и пре десете године, што је највероватније последица обичаја да одрасли деци дају да пробaju да пуше цигарете. У узрасту од 12 година редовно је почело да

ТАБЕЛА 2. Дистрибуција адолесцената према одликама породица и броју ризичних понашања.
TABLE 2. Adolescent distribution according to family characteristics and number of risky behaviours.

Одlike породица Family characteristics		Група I Group I	Група II Group II	Група III Group III	Група IV Group IV
Материјално стање породице* Standard of living*	Врло добро High	80 (28.7%)	89 (21.6%)	17 (21.2%)	1 (8.3%)
	Добро Good	106 (38.0%)	157 (38.1%)	25 (31.2%)	3 (25.0%)
	Задовољавајуће Satisfactory	86 (30.8%)	132 (31.8%)	24 (30.0%)	6 (50.0%)
	Лоше Poor	7 (2.5%)	29 (7%)	12 (15.0%)	2 (16.6%)
	Изузетно лоше Very poor	0 (0%)	5 (1.2%)	2 (2.5%)	0 (0%)
Запослење мајке** Employment of mother**	Запослена Employed	223 (80.8%)	316 (77.2%)	65 (80.2%)	6 (50.0%)
	Незапослена Unemployed	53 (19.2%)	93 (22.8%)	16 (19.8%)	6 (50.0%)
Запослење оца*** Employment of father***	Запослен Employed	249 (91.9%)	349 (87.2%)	66 (84.6%)	8 (66.6%)
	Незапослен Unemployed	22 (8.1%)	51 (12.8%)	12 (15.4%)	4 (33.4%)
Конфликти у породици**** Family conflicts****	Никад Never	92 (32.9%)	105 (25.3%)	6 (7.3%)	0 (0%)
	Ретко Rarely	169 (60.4%)	257 (62.0%)	60 (73.1%)	9 (75%)
	Често Often	19 (6.8%)	52 (12.7%)	16 (19.6%)	3 (25%)
Довољно љубави# Enough love#	Да Yes	269 (96.1%)	376 (90.8%)	68 (82.9%)	8 (66.6%)
	Не No	11 (3.9%)	38 (9.2%)	14 (17.1%)	4 (33.4%)
Пушење у породици## Smoking in the family##	Да Yes	180 (64.3%)	300 (72.5%)	65 (79.2%)	9 (75.0%)
	Не No	100 (35.7%)	114 (27.5%)	17 (20.8%)	3 (25.0%)
Алкохолизам у породици### Alcoholism in the family###	Да Yes	9 (3.2%)	21 (5.0%)	9 (11.0%)	0 (0%)
	Не No	271 (96.8%)	393 (95.0%)	73 (89.0%)	12 (100%)

* $\chi^2=31.34$; $df=12$; p NS; ** $\chi^2=7.13$; $df=3$; p NS; *** $\chi^2=10.26$; $df=3$; $p<0.05$; **** $\chi^2=33.78$; $df=6$; $p<0.01$
$\chi^2=25.03$; $df=3$; $p<0.01$; ## $\chi^2=9.07$; $df=3$; $p<0.05$; ### $\chi^2=8.76$; $df=3$; $p<0.05$

пуши 4% младића и девојака, док већина младића постаје редован пушач у узрасту од 14 година, а већина девојака у узрасту од петнаест година.

Алкохол је најчешће коришћена психоактивна супстанција међу адолесцентима, јер је јефтин и лако доступан. Под утицајем алкохола дешавају се саобраћајни удеси, утапања, самоубиства и убиства. Алкохол конзумира 24,7% од укупног броја адолесцената, и то 27,2% младића и 25,3% девојака. У свим узрастима младићи чешће конзумирају алкохол него девојке. С конзумирањем алкохола адолесценти почињу с 11 година, а у узрасту од 18 година 72,7% младића и 50,8% девојака конзумира алкохол.

Експериментисање дрогом често је у адолесценцији. Адолесценти користе дрогу из различитих разлога: због тога што је користе њихови пријатељи или чланови породице, да би истраживали, били социјално прихваћени, поправили расположење, боље функционисали у друштву, умањили стрес, супротставили се ауторитету одраслих, због досаде и слично. Дрогу је пробало 8,4% адолесцената, и то 10,8% младића и 8% девојака. Младићи почињу да експериментишу, односно пробају дрогу са 13 година, мада их највише проба у узрасту од 16 година. Девојке почињу да експериментишу с употребом психоактивних супстанција са 14 година, али највећи број девојака ове супстанције проба са 18 година.

Међу свим узрастним категоријама становништва код адолесцената је забележена највећа преваленција неадекватне исхране. У овом периоду повећање тежине и висине је врло интензиван, те су и нутриционе потребе веће. У адолесценцији долази и до промене навика у исхрани; адолесценти почињу да „прескачу“ оброке, нередовно једу код куће, почињу да конзумирају брзу, некавалитетну храну. Према резултатима нашег истраживања, 33,7% адолесцената не додиркује, а 7,5% адолесцената има један или ниједан оброк код куће у току дана. Адолесценти су склони и држању различитих дијета. Дијету држи 17,4% адолесцената, и то 10,1% младића и 21,7% девојака. Адолесценти држе дијету скоро искључиво ради мршављења, а са држањем дијете почињу већ са 11 година.

Насиље је веома присутно у животу адолесцената, јер су они врло често сведоци, жртве, али и починиоци насиља. Адолесценти су чешће од других узрастних група изложени насиљу, јер имају велику потребу за идентификацијом (чак и са негативним узорима), имају доживљај неповредивости, често преузимају ризике и веома су импулсивни. Млађи адолесценти, с обзиром на то да још немају развијено апстрактно мишљење, не могу да предвиде последице својих поступака. Према резултатима наше студије, 31% адолесцената је било сведок, 13,9% жртва, а 8,8% починилац насиља.

Велики број адолесцената је сексуално активан иако ту чињеницу родитељи, лекари и просветни радници не прихватају лако и без извесног осећаја нелагодности. Ступање у сексуалне односе се бележи и пре петнаесте године. Сексуално је активно 13,6% адолесцената, и то 14,2% младића и 13,3% девојака. Само једна девојка је изјавила да је имала полнопреносиву инфекцију. Међутим, познато је да су полнопреносиве инфекције веома заступљене међу

сексуално активним адолесцентима и да од 15 до 20 сексуално активних адолесцената бар један болује од полнопреносиве болести. Стога резултати овог истраживања пре говоре о томе да се адолесценти не обраћају лекару због полнопреносивих инфекција и да неадекватно користе здравствену заштиту, него о адекватној превенцији полнопреносивих болести међу адолесцентима. Забележено је да је 56% сексуално активних адолесцената користило кондом приликом првог сексуалног односа, а 50% редовно употребљава кондом. Овај проценат није задовољавајући и указује на потребу да се веома интезивно ради с адолесцентима на промоцији репродуктивног здравља.

Међу испитаним адолесцентима 1,82% је изјавило да их привлаче особе истог пола, а 0,8% да су били у партнерском односу с особом истог пола. У нашој средини здравствени радници, а поготово родитељи, ову чињеницу занемарују, не прихватају је, а то је нешто што постоји и што се сматра нормалном варијацијом људске сексуалности. Сексуално је узнемиравано и зостављано 1,9% адолесцената, и то 0,4% младића и 2,9% девојака. Ова група адолесцената је посебно вулнерабилна и код ње постоји висок ризик за настајање бројних емоционалних и психосоцијалних проблема.

Имајући у виду изузетан значај физичке активности за правилан раст и развој адолесцента, забрањивање чињеница да се 4,2% младића и 10,8% девојака не ангажује ни у каквој спортској активности и да 41,8% младића и 54,6% девојака похађа наставу физичког васпитања као једини вид физичке активности.

Познато је да се ризична понашања много чешће јављају код адолесцената с лошим постигнућем у школи. Анализирајући успех у школи, уочава се да велики број и адолесцената без ризичних понашања и адолесцената са већим бројем ризичних понашања има одличан или врло добар успех, што је у супротности са подацима из литературе [6, 7]. Мали је број адолесцената који су понављали разред, али адолесценти који имају велики број ризичних понашања статистички значајно чешће понављају разред.

Адолесценти са већим бројем ризичних понашања статистички значајно чешће потичу из породица с лошим материјалним стањем. У породицама адолесцената са већим бројем ризичних понашања статистички значајно чешће су незапослени или мајка или отац, што је у складу са подацима из литературе [5]. Насупрот подацима из литературе, није уочено да образовање родитеља утиче на то да се адолесценти ризично понашају [7, 8].

Према добијеним резултатима, адолесценти са већим бројем ризичних понашања статистички значајно чешће имају доживљај да у породици не добијају довољно љубави. У породицама адолесцената са већим бројем ризичних понашања статистички значајно чешће се јављају конфликти него у породицама адолесцената без ризичних понашања.

Резултати овог истраживања показују да адолесценти у нашој средини рано почињу да се ризично понашају и да се ангажују у неколико ризичних понашања. Резултати такође показују да адолесценти који имају већи број ризичних понашања чешће потичу из породица лошег материјалног стања, из по-

родица у којима су родитељи незапослени, у којима су чести конфликти или постоје неадекватни емоционални односи и чији се чланови и сами ризично понашају. Међутим, уочава се да значајан број адолесцената који има неколико ризичних понашања потиче из породица доброг материјалног стања, из породица где су оба родитеља запослена, из породица где нема конфликта, из породица с адекватним емоционалним односима и породица чији се чланови не понашају ризично. Осим тога, адолесценти који имају неколико ризичних понашања најчешће имају врло добар или одличан успех у школи. Стога је неопходно да се спроведу програми за превенцију ризичних понашања који ће бити свеобухватни по свом садржају и начинима спровођења, али пре свега по томе што ће обухватити све адолесценте, укључујући и оне у чијем окружењу се не уочавају фактори ризика, као и адолесценте са специјалним потребама [9]. Свеобухватни програми за превенцију ризичних понашања треба да се спроведу на више нивоа и да обухвате законске прописе, програме у оквиру локалне заједнице, програме у школи, кампање које се спроведу преко електронских и штампаних медија, превентивни рад у оквиру здравствене заштите и у породици [10-15].

Законским актима треба забранити рекламирање цигарета и алкохолних пића, продају цигарета и алкохола малолетним лицима, а на нивоу државе треба прописати високе порезе на цигарете и дуван, чиме ће се повећати њихова цена, те ће бити мање доступни адолесцентима. Кампање у електронским и штампаним медијима ради спречавања адолесцената да се ризично понашају могу бити веома ефикасне. Кампање треба да буду дуготрајне, поруке које се упућују младим људима кратке, јасне, честе, да едукују и мотивишу младе да се не понашају ризично. Поруче су посебно ефикасне уколико их упућују узорни младих људи, односно познате личности из области спорта, музике, филма и слично.

У оквиру локалне заједнице могуће је спровести читав низ различитих програма за превенцију ризичних понашања: за превенцију употребе цигарета, алкохола и дроге, програми за заштиту репродуктивног здравља адолесцената, програми чији би циљ било развијање здравог стила живота (одговарајуће исхране и физичке активности). Овакви програми могу се спроводити у оквиру школа, спортских клубова и других организација у којима се млади људи окупљају. Програми на нивоу локалне заједнице су посебно значајни јер пружају могућност да њима буду обухваћени и адолесценти са специјалним потребама (тј. они који не похађају школу, хендикепирани адолесценти и сл.). Циљ ових програма је да промовишу позитиван развој младих људи, да појачају протективне факторе, а да умање или, по могућству, уклоне факторе ризика који доприносе да се адолесценти ризично понашају. Програми за превенцију ризичних понашања најефикаснији су када их осмисле сами адолесценти или када учествују у њиховом спровођењу.

Школе треба учинити безбедним местима у којима нема пушења, конзумирања алкохола и употребе других супстанција. Треба спречити продају цигаре-

та и алкохола у близини школе. Неопходно је прописати санкције против ученика који се ризично понашају у оквиру школе (нпр. пушење цигарета и сл.), обавестити ученике о њима и конзистентно их примењивати. Кампања против различитих ризичних понашања међу адолесцентима може се уврстити у наставно градиво различитих предмета. Потребно је едуковати наставнике за превенцију ризичних понашања.

Породица има веома значајну улогу у превенцији ризичних понашања адолесцената. Близак емоционални однос између родитеља и деце и подршка родитеља представљају значајне протективне факторе у превенцији ризичних понашања. Кроз различите семинаре родитељи могу научити одређене вештине које ће им помоћи да боље успоставе комуникацију са својим дететом адолесцентом и да ефикасно спроведу превенцију ризичних понашања. Родитељи могу да укажу адолесценту на ризике која одређена понашања носе. Вербалне поруке које родитељи упућују адолесцентима далеко су снажније уколико се и сами родитељи не понашају ризично и имају здрав стил живота. Изузетно је важно да родитељи обезбеде добар надзор над децом и да у кући успоставе јасна, чврста правила која важе за све чланове породице.

Посебно место у превенцији ризичних понашања адолесцената имају лекари и остали здравствени радници који обезбеђују здравствену заштиту адолесцената [15, 16]. Нажалост, лекари у нашој средини нису адекватно едуковани за спровођење здравствене заштите адолесцената, као ни за превенцију ризичних понашања. Потребно је да се едукација почне у оквиру додипломске наставе и настави касније у оквиру специјализације. За спровођење превенције ризичних понашања треба да буду едуковани сви лекари који пружају здравствену заштиту адолесцентима. Лекар треба да користи сваку посету адолесцента и да ради на превенцији ризичних понашања. Превенцију треба почети довољно рано, односно пре него што адолесценти почну да се ризично понашају. Лекар треба да едукује адолесцента и да га мотивише да не почне да се понаша ризично, или, ако открије да се адолесцент већ ризично понаша, утиче на њега и помогне му да од тог ризичног понашања одустане. Едукацију и мотивисање адолесцента лекар може спроводити у личним контактима с адолесцентом, кроз штампане материјале, видео-записе или у групном раду с адолесцентима кроз различите радионице или предавања. Ангажовање лекара у превенцији ризичних понашања не треба да се ограничи само на здравствене установе. Лекари треба да учествују у превенцији ризичних понашања на свим нивоима, предлажући и утичући на законске прописе, учествујући у различитим акцијама на нивоу локалне заједнице, у организацијама у којима се окупљају млади људи, у школама, у кампањама које се спроведу преко медија, учествујући у различитим превентивним програмима у школама, као и помажући и усмеравајући родитеље за што ефикаснију превенцију ризичних понашања. Неопходно је да се ради на превенцији свих ризичних понашања јер она имају заједничке коре-

не и ретко се јављају изоловано. Једино дуготрајни, свеобухватни програми превенције ризичних понашања адолесцената могу донети значајне резултате, тј. довести до смањења морбидитета и морталитета адолесцената.

ЗАКЉУЧАК

У нашој средини код великог броја адолесцената заступљен је велики број ризичних понашања. С ризичним понашањем почиње се већ у раној адолесценцији. Код девојака је забележен статистички значајно чешћи већи број ризичних понашања, као и код адолесцената из сиромашних породица, породица где су родитељи незапослени и породица са честим конфликтима и неадекватним емоционалним односима. Имајући у виду да ризична понашања знатно утичу на морбидитет и морталитет адолесцената, а да се при том могу спречити, неопходно је радити на њиховој превенцији. Програми превенције треба да обухвате све адолесценте и сва ризична понашања, јер она имају заједничке корене и ретко се јављају изоловано. Најбоље је да се превенција започне пре него што адолесценти почну да се понашају ризично. У превентивни рад треба да се укључе читава заједница, школе, а, пре свега, породица и здравствени радници. У сачињавању програма за спречавање ризичних понашања треба да учествују и сами адолесценти, јер они најчешће нису проблем, како се углавном доживљавају, већ – захваљујући креативности, ентузијазму, енергији и заинтересованости за своје здравље и живот – управо нуде решење проблема.

ЛИТЕРАТУРА

1. Rončević N. Adolescencija. In: Zbornik radova. Jugoslovenski pedijatrijski dani sa međunarodnim učešćem. Niš; 1996. p.425-9.
2. Rončević N. Adolescencija. In: Zbornik radova Jugoslovenske pedijatrijske škole. Beograd: Sky pass travel group; 1998. p.61-4.
3. Rončević N, Stojadinović A, Radovanov D. Adolescencija – zdravstvena zaštita. Novi Sad; 2001. p.138.
4. Rončević N, Stojadinović A, Radovanov D, Marinković L. Zdravlje adolescenata. In: Jugoslovenska pedijatrijska škola. IV kurs. Novi Sad: Udruženje pedijatarata Jugoslavije; 2001. p.1-7.
5. Blum RW, Beuhring T, Shew ML, Bearinger LH, Sieving RE, Resnick MD. The effects of race/ethnicity income and family structure on adolescent risk behaviors. *American Journal of Public Health* 2000; 90(12):1879-84.
6. Neinstein LS. *Adolescent Health Care*. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996.
7. Wills TA, Filer M. Stress-coping model of adolescent substance use. *Advances in Clinical Child Psychology* 1996; 18:91-133.
8. Wills T, McNamara G, Vaccaro D. Parental education related to adolescent stress-coping and substance use: development of a mediational model. *Health Psychology* 1995; 14(5):464-78.
9. UNICEF. Youth Health for a Change. A UNICEF Notebook on Programming for Young People's Health and Development. Working draft I, June 1996.
10. Beales JH. Current anti-smoking measures aimed at teens are sufficient. In: Wekesser C. *Smoking (current controversies series)*. San Diego: Greenhaven Press; 1997.
11. Cranford MA. Public health reports. *Univeristy of Alabama at Birmingham* 2001; 166(suppl):203-15.
12. Hawkins JD, Catalano RF, Kosterman R, Abbott R, Hill KG. Preventing adolescent health risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999; 153:226-34.
13. Munro J, Coleman J, Nichol J, Harper R, Kent G, Wild D. Can we prevent accidental injury to adolescents? A systemic review of evidence. *Inj Prev* 1995; 1(4):249-55.
14. Perry CL. *Creating health behavior change: how to develop community-wide programs for youth*. Developmental Clinical Psychology and Psychiatry, Vol. 43. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1999.
15. Grossman D. Adolescent injury prevention and clinicians: time for instant messaging. *West J Med* 2000; 172:151-2.
16. Klein DJ, Wilsona MK. Delivering quality care: adolescents, discussion of the health risks with their providers. *Journal Adolesc Health* 2002; 30(3):190-5.

ADOLESCENT HEALTH

Nevenka RONČEVIĆ

Institute for Child and Adolescent Health Care, Novi Sad

INTRODUCTION Growth, development, and adaptation to numerous internal changes, as well as the changing roles of adolescents within the family and the community often take place within an environment of drug abuse, increased sexual freedom, weakened family structure, and under the strong influence of the media. Confronted with these pressures, adolescents often develop risky behaviours, which are also important health risks. Up to 75% of deaths and serious morbidity in adolescence is associated with risky behaviours.

OBJECTIVE The aim of this study is to establish the frequency and types of risky behaviours in adolescents, as well as the characteristics of adolescents and families that engage in risky behaviours.

METHOD We performed this research with the help of 789 adolescents, aged 10 to 19, from elementary and secondary schools in Novi Sad. The questionnaire included items on risky behaviours in adolescents, based on: age, sex, school achievement, and family characteristics: family composition, socio-economic status, emotional support, family conflicts, and risky behaviours of other family members.

RESULTS The results demonstrated that a high percentage of adolescents in Novi Sad engage in risky behaviours. Significantly more girls than boys engage in numerous risky behav-

iours. In comparison to their peers, adolescents from poor families, from families with either one or both parents unemployed, from families with inadequate emotional support, from families with frequent conflicts, or from families whose members themselves engage in different risky behaviours, engage in numerous risky behaviours significantly more often.

CONCLUSION Considering the fact that adolescent engagement in risky behaviours significantly affects adolescent morbidity and mortality, it is essential to implement comprehensive preventative programmes, which should include all adolescents before they start to engage in risky behaviours. In this process, the most important role belongs to the family. However, the entire community, schools, and health workers, should also play an active part.

Key words: health; adolescents; risk behaviour; morbidity; mortality

Nevenka RONČEVIĆ

Institut za zdravstvenu zaštitu dece i omladine

Hajduk Veljkova 10, 21000 Novi Sad

Tel.: 021 425 200

E-mail: babinm@eunet.yu

* Приступно предавање је одржано 4. априла 2005. године.