



UNIVERZITET U NOVOM SADU  
MEDICINSKI FAKULTET  
JAVNO ZDRAVLJE



**EFEKTIVNOST PROGRAMA ZDRAVSTVENOG  
VASPITANJA O REPRODUKTIVNOM ZDRAVLJU  
MLADIH UZRASTA 16 GODINA U VOJVODINI**

DOKTORSKA DISERTACIJA

Mentor:  
Doc. dr Snežana Ukropina

Kandidat:  
dr Tanja Tomašević

Novi Sad, 2022. godina

КЉУЧНА ДОКУМЕНТАЦИЈСКА ИНФОРМАЦИЈА<sup>1</sup>

Врста рада:	Докторска дисертација
Име и презиме аутора:	Тања Томашевић
Ментор (титула, име, презиме, звање, институција)	др сци. мед. Снежана Укропина, доцент Катедра за социјалну медицину и здравствену статистику са информатиком Универзитет у Новом Саду, Медицински факултет
Наслов рада:	Ефективност програма здравственог васпитања о репродуктивном здрављу младих узраста 16 година у Војводини
Језик публикације (писмо):	Српски (латиница)
Физички опис рада:	Унети број: Страница 164 Поглавља 8 Референци 261 Табела 46 Слика 2 Графикона 4 Прилога 7
Научна област:	Медицина
Ужа научна област (научна дисциплина):	Социјална медицина
Кључне речи / предметна одредница:	Здравствено васпитање; репродуктивно здравље; сексуално здравље; знање о здрављу, ставови, пракса; адолесценти; демографија; евалуација програма; анкете и упитници
Резиме на језику рада:	<b>Увод:</b> У Србији нема адекватне едукације младих о репродуктивном здрављу, а оно је угрожено у значајном степену. У Војводини је током три циклуса примењен Ваннаставни Програм едукације о репродуктивном здрављу. Да би се интервенција прилагодила утицајима демографских, социјално-економских и контекстуалних фактора који утичу на понашања адолесцената и на ефективност примењене интервенције, потребно је ове факторе идентификовати. Циљ ове дисертације је био да се евалуира примењени ваннаставни програм здравственог васпитања о репродуктивном здрављу, у узрасту 16 година у АП Војводини, кроз исходе (знање, ставове и понашања) и проценом ефективности путем евалуационог <i>SERAT</i> инструмента ( <i>UNESCO</i> ), као и да се утврди повезаност демографских, социјално-економских и контекстуалних фактора са знањем, ставовима и понашањем у вези са сексуалним и репродуктивним здрављем. <b>Метод:</b> Спроведена је анализа ефективности наведеног програма на основу пре- и пост- интервентног анонимног

<sup>1</sup> Аутор докторске дисертације потписао је и приложио следеће Обрасце:

5б – Изјава о ауторству;

5в – Изјава о истоветности штапане и електронске верзије и о личним подацима;

5г – Изјава о коришћењу.

Ове Изјаве се чувају на факултету у штапаном и електронском облику и не кориче се са тезом.

анкетирања ученика других разреда средњих школа и гимназија у Војводини који учествују у програму током 3 циклуса (2013-2016. година). У првом циклусу истраживања обухваћен је 991 ученик пре и 950 ученика после едукације. У другом циклусу обухваћено је 4.114 ученика пре и 4.790 ученика након едукације. У трећем циклусу, обухваћено је 5.026 ученика пре, а након едукације 5.230 ученика. У четвртој години, у делу истраживања који се односи на евалуацију циљева, принципа, садржаја и имплементације програма применом *SERAT* упитника (2016-2017. година), узорак је чинило 57 едукатора, доносилаца одлука и аутора програма. **Резултати:** Постоји значајна разлика у просечном скору на скали знања о репродуктивном здрављу пре и после едукативне интервенције, тако да је оно више након интервенције: први циклус ( $t=-22,881$ ;  $p=0,000$ ); други циклус ( $t=-41,851$ ;  $p=0,000$ ); трећи циклус ( $t=-37,437$ ;  $p=0,000$ ). Знање је било значајно веће код ученика: женског пола; из урбаних средина; са одличним или врло dobrim школским успехом у односу на оне са лошијим успехом; који похађају гимназију у односу на ученике из средњих стручних школа; који имају оца или мајку са вишим нивоом образовања; који процењују своје материјално стање као просечно у односу на оне који га процењују као добро, осим у 2. циклусу где нису уочене разлике у знању у односу на материјално стање. У 2. циклусу је утврђена и позитивна корелација између вишег знања и већег броја часова едукације. Након интервенције, у првом циклусу истраживања значајно већи број ученика је имао пожељан став да момак отворено каже девојци да не жели да има сексуалне односе уколико се тако осећа ( $\chi^2=9,487$ ;  $p=0,002$ ) и тражити од сексуалног партнера/партнерке да испита да ли има неку сексуално преносиву инфекцију ( $\chi^2=7,054$ ;  $p=0,008$ ). У другом циклусу истраживања значајно већи број ученика је имао пожељан став да се девојка ( $\chi^2=14,343$ ;  $p=0,000$ ) или момак ( $\chi^2=8,563$ ;  $p=0,003$ ), отворено изјасни да не жели да има сексуалне односе ако се тако осећа; тражити од партнера да испита да ли има неку сексуално преносиву инфекцију ако сумња у то ( $\chi^2=14,454$ ;  $p=0,000$ ), да се при сексуалном односу захтева да партнер користи заштиту ( $\chi^2=27,014$ ;  $p=0,000$ ) и да се девојка ( $\chi^2=101,132$ ;  $p=0,000$ ) или момак ( $\chi^2=68,203$ ;  $p=0,000$ ) отворено изјасни да жели да има сексуални однос. У трећем циклусу значајно мање ученика је навело пожељан став да девојка отворено каже момку да не жели да има сексуални однос уколико се тако осећа ( $\chi^2=13,568$ ;  $p=0,000$ ), значајно више ученика је навело: да је у реду да момак отворено каже девојци да не жели да има сексуални однос ( $\chi^2=35,203$ ;  $p=0,000$ ), да је у реду да девојка ( $\chi^2=71,626$ ;  $p=0,000$ ) или момак ( $\chi^2=34,323$ ;  $p=0,000$ ) отворено кажу да желе да имају сексуални однос. Предиктори пожељних ставова у мултиваријантном моделу у већини случајева били су: женски пол, бољи успех у школи, похађање гимназије и виши ниво самопроцењеног социоекономског статуса. У другом циклусу похађање већег броја радионица било је значајно повезано са присуством пожељних ставова (3 од 6 испитиваних ставова). У односу на ризична понашања утврђено је да након интервенције није дошло до значајне промене у сексуалним понашањима, изузев у 3. циклусу када је значајно мањи број ученика ступио у сексуалне односе са непознатим партнером или у вези краћој од три месеца ( $\chi^2=18,913$ ;  $p=0,000$ ). Предиктори протективних понашања (касније ступање у сексуалне односе, мањи број сексуалних партнера, дуже трајање везе пре ступање у сексуалне односе, чешће коришћење контрацепције, ређе искуство принудног сексуалног односа) у мултиваријантном моделу били су: женски пол, порекло ученика из урбаних средина, похађање гимназије и виши ниво самопроцењеног социоекономског статуса. Евалуацијом ваннаставног

	<p>Програма „Здравствено васпитање о репродуктивном здрављу међу средњошколцима узраста 16 година у АП Војводини“ применом евалуационог инструмента – <i>SERAT</i>, доказали смо ефективност програмских циљева, садржаја и имплементације.</p> <p><b>Закључак:</b> Истраживањем су обезбеђени неопходни подаци и приказана је одговарајућа ефективност програма који би се могао применити као здравствено-васпитни програм образовања о сексуалном и репродуктивном здрављу, уз уважавање минималних промена имајући у виду ове резултате.</p>
Датум прихватања теме од стране надлежног већа:	21.12.2017. године
Датум одбране: (Попуњава одговарајућа служба)	
Чланови комисије: (титула, име, презиме, звање, институција)	Председник: Члан: Члан: Члан:
Напомена:	

**UNIVERSITY OF NOVI SAD  
FACULTY OR CENTER**

**KEY WORD DOCUMENTATION<sup>2</sup>**

Document type:	Doctoral dissertation
Author:	Tanja Tomašević
Supervisor (title, first name, last name, position, institution)	dr. sci. med. Snežana Ukropina, assistant professor Department of Social Medicine and Health Statistics with Informatics University of Novi Sad, Faculty of Medicine
Thesis title:	Effectiveness of the Health Education Program on reproductive health of young people aged 16 in Vojvodina
Language of text (script):	Serbian language (latin)
Physical description:	Number of: Pages 164 Chapters 8 References 261 Tables 46 Illustrations 2 Graphs 4 Appendices 7
Scientific field:	Medicine
Scientific subfield (scientific discipline):	Social medicine
Subject, Key words:	Health Education; Reproductive Health; Sexual Health; Health Knowledge, Attitudes, Practice; Adolescent; Demography; Program Evaluation; Surveys and Questionnaires
Abstract in English language:	<b>Introduction:</b> There is no adequate education of young people in Serbia on reproductive health, and it is significantly endangered. In Vojvodina, the extracurricular Health Education Program about reproductive health was implemented during three cycles. In order to adapt the intervention to the influences of demographic, socio-economic and contextual factors that affect adolescent behavior, it is necessary to identify these factors. The aim of this dissertation was to evaluate extracurricular health education Program: "Health Education on Reproductive Health, at the age of 16 in AP Vojvodina" through outcomes (knowledge, attitudes, and behaviors) and assessment effectiveness through the <i>SERAT</i> instrument ( <i>UNESCO</i> ), as well as to determine the association of demographic, socio-economic and contextual factors with knowledge, attitudes, and behavior related to sexual and reproductive health. <b>Methods:</b> An analysis of the effectiveness of this program was conducted based on pre- and post-intervention anonymous surveys of students of the high schools in Vojvodina who participated in the program during 3 cycles (2013-2016). The first research cycle included 991 students before and 950

<sup>2</sup> The author of doctoral dissertation has signed the following Statements:

56 – Statement on the authority,

5b – Statement that the printed and e-version of doctoral dissertation are identical and about personal data,

5r – Statement on copyright licenses.

The paper and e-versions of Statements are held at the faculty and are not included into the printed thesis.

students after education. The second cycle included 4.114 students before and 4.790 students after education. In the third cycle, 5.026 students were included before and 5.230 students after education. In the fourth year, in the part of the research related to the evaluation of goals, principles, content, and implementation of the program using the *SERAT* questionnaire (2016-2017), the sample consisted of 57 educators, decision-makers, and authors of the program. **Results:** Results showed that there was a significant difference in the average score on the scale of knowledge before and after the educational intervention, so it was higher after the intervention: first cycle ( $t=-22.881$ ;  $p=0.000$ ); second cycle ( $t=-41.851$ ;  $p=0.000$ ); third cycle ( $t=-37.437$ ;  $p=0.000$ ). Knowledge was significantly higher among students: females; from urban areas; with excellent or very good school performance compared to those with poorer performance; who attend grammar school in relation to students from secondary vocational schools; who have a father or mother with a higher level of education; who assess their material status as average in relation to those who assess it as well, except in the second cycle where differences did not observe in knowledge with regard to material status. In the second cycle, a positive correlation was established between higher knowledge and a larger number of education classes. After the intervention, in the first cycle of research, significantly more students had a desirable attitude - a guy openly tells a girl that he does not want to have sex if he feels that way ( $\chi^2=9.487$ ;  $p=0.002$ ) and asks a partner to examine whether he/she has a sexually transmitted infection ( $\chi^2=7.054$ ;  $p=0.008$ ). In the second cycle of research, a significantly higher number of students had a desirable attitude - a girl ( $\chi^2=14.343$ ;  $p=0.000$ ) or a boy ( $\chi^2=8.563$ ;  $p=0.003$ ) openly declare that he/she does not want to have sex if they feel so; ask their partner to check if he or she has a sexually transmitted infection if he or she suspects it ( $\chi^2=14.454$ ;  $p=0.000$ ), ask the partner to use protection during sexual intercourse ( $\chi^2=27.014$ ;  $p=0.000$ ), and that a girl ( $\chi^2=101.132$ ;  $p=0.000$ ) or a boy ( $\chi^2=68.203$ ;  $p=0.000$ ) openly say that they don't want to have sex. In the third cycle, significantly fewer students stated a desirable attitude - a girl openly telling a guy that she doesn't want to have sex if she feels that way ( $\chi^2=13.568$ ;  $p=0.000$ ), significantly more students stated a desirable attitude - a guy openly telling a girl that he does not want to have sex ( $\chi^2=35.203$ ;  $p=0.000$ ), a girl ( $\chi^2=71.626$ ;  $p=0.000$ ) or a guy ( $\chi^2=34.323$ ;  $p=0.000$ ) openly say they want to have sex. Predictors of desirable attitudes in the multivariate model in most case were: female, better school performance, grammar school and a higher level of self-assessed socioeconomic status. In the second cycle, attending a larger number of workshops was significantly associated with the presence of desirable attitudes (3 out of 6 examined attitudes). In relation to risky behaviors, it was determined that there was no significant change in sexual behavior after the intervention, except in the 3rd cycle when a significantly smaller number of students entered into sexual relations with an unknown partner or in a relationship shorter than three months ( $\chi^2=18.913$ ;  $p=0.000$ ). Predictors of protective behaviors (later sexual intercourse, fewer sexual partners, the longer relationship before sexual intercourse, more frequent use of contraception and less frequent experience of unwanted sexual intercourse) in the multivariate model were: female, urban residence, high school attendance and a higher level of self-assessed socioeconomic status. By evaluating the extracurricular program "Health education on reproductive health among high school students aged 16 in AP Vojvodina" using the evaluation instrument - *SERAT*, the effectiveness of program goals, content, and implementation was determined. **Conclusion:** The research provided the valuable data and showed the effectiveness of the program that could be applied as a health-educational program on sexual and reproductive health,

	with respect to minimal changes given these results.
Accepted on Scientific Board on:	December 21 <sup>st</sup> , 2017
Defended: (Filled by the faculty service)	
Thesis Defend Board: (title, first name, last name, position, institution)	President: Member: Member: Member:
Note:	

*Neizmernu zahvalnost dugujem svojoj dragoj mentorki, doc. dr Snežani Ukropini na posvećenosti, znanju koje je nesebično delila i velikoj pomoći koju mi je pružila prilikom pisanja ove doktorske disertacije, kao i na svemu što me je naučila tokom prethodnih godina.*

*Zahvaljujem se i dragoj prof. dr Vesni Mijatović Jovanović, svom učitelju, na dragocnim savetima i na svemu što me je naučila.*

*Želela bih i da se zahvalim svojoj dragoj kolegici doc. dr Sonji Čanković na savetima i rečima ohrabrenja kada god je trebalo.*

*Svim ostalim dragim članovima Katedre za socijalnu medicinu i zdravstvenu statistiku sa informatikom hvala na pomoći i razumevanju.*

*Veliku zahvalnost dugujem Institutu za javno zdravlje Vojvodine koji je uz podršku Pokrajinskog sekretarijata za sport i omladinu APV, četiri godine sproveo Program na kome se zasniva ova disertacija. Posebno se zahvaljujem direktoru Instituta za javno zdravlje Vojvodine, prof. dr Vladimiru Petroviću.*

*Zahvaljujem se učenicima koji su učestvovali u istraživanju, autorima Programa i edukatorima koji su sprovodili Program.*

*Svim dragim kolegicama iz Centra za analizu, planiranje i organizaciju zdravstvene zaštite hvala na prijateljstvu i podršci.*

*Takođe se zahvaljujem kolegicama i kolegama iz Centra za promociju zdravlja i Centra za informatiku i biostatistiku Instituta za javno zdravlje Vojvodine, za podršku i kolegijalnost.*

*Doc. dr Nini Brkić Jovanović sa Katedre za psihologiju, Medicinskog fakulteta u Novom Sadu, hvala na svesrdnoj podršci i sugestijama.*

*Dragim kolegama, Zoranu Topalovu, Dušanu Krstiću i Josipu Mihajloviću iz Službe za tehničke poslove Instituta za javno zdravlje Vojvodine, hvala na tehničkoj podršci prilikom izrade rada.*

*Zahvalila bih se mojoj porodici i prijateljima koji su bili uz mene i svesrdno me podržavali.*

*Posebno hvala, mom ocu Ratomiru koji nažalost nije dočekaao da vidi krunu moga profesionalnog usavršavanja, a tome bi se najviše radovao, majci Branki kao i braći Aleksandru i Nenadu što su verovali u mene i bili moja podrška i oslonac tokom celog života.*

*Poslednja i najvažnija zahvalnost, na strpljenju, razumevanju i ljubavi koja mi je davala snagu da istrajem, pripada mom suprugu Vladimiru i našoj deci, Maksimu i Nikši i njima posvećujem ovaj rad.*

***Nikši, Maksimu i Vladimiru***



## **LISTA SKRAĆENICA**

SZO – Svetska zdravstvena organizacija

EU – Evropska unija

UN – United Nation, Ujedinjene nacije

DALYs – Disability Adjusted Life Years, godine života korigovane u odnosu na nesposobnost

YLLs – Years of life lost, izgubljene godine života

CAH – Department of Child and Adolescent Health and Development, Odeljenje za zdravlje i razvoj dece i adolescenata

SRH – Sexual and Reproductive Health, seksualno i reproduktivno zdravlje

COR – Ciljevi održivog razvoja

CDC – Centers for Disease Control and Prevention, Centar za kontrolu i prevenciju bolesti

CSE – Comprehensive Sexual Education, sveobuhvatno seksualno obrazovanje

UNESCO - United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation, Organizacija Ujedinjenih nacija za obrazovanje, nauku i kulturu

HIV– Human immunodeficiency virus, Virus humane imunodeficijencije

ESPAD – The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, Evropsko školsko istraživanje o upotrebi psihoaktivnih supstanci, alkohola i duvana

NHSC – Novosadski humanitarni centar

UNICEF – United Nations Children’s Fund, Dečiji fond Ujedinjenih nacija

IPPF– International Planned Parenthood Federation, Međunarodna federacija planiranog roditeljstva

SERAT- Sexuality Education Review and Assessment Tool, Alat za pregled i procenu programa seksualnog obrazovanja

UMPFA – United Nation Population Fund, Populacioni fond Ujedinjenih nacija

RKI – Randomizovana kontrolisana istraživanja

IMB – Informaciono-motivaciono-bihejvioralni model

TSU – Teorija socijalnog učenja

TPP – Teorija planiranog ponašanja

SAD – Sjedinjene Američke Države

SES – Socijalno ekonomski status

# SADRŽAJ

<b>1. UVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 Odlike adolescentnog perioda</b> .....	<b>1</b>
1.1.1 Definicija adolescenata i mladih.....	1
1.1.2 Razvojne faze adolescenata.....	2
<b>1.2 Rizična ponašanja adolescenata i mladih</b> .....	<b>4</b>
<b>1.3 Determinante zdravlja adolescenata</b> .....	<b>5</b>
1.3.1 Socijalno - ekološki model determinanti zdravlja adolescenata.....	5
1.3.2 Determinante seksualnog i reproduktivnog zdravlja.....	6
1.3.3 Uticaj determinanti na efektivnost programa za unapređenje seksualnog i reproduktivnog zdravlja.....	9
<b>1.4 Seksualno i reproduktivno zdravlje tokom adolescencije</b> .....	<b>10</b>
1.4.1 Definicija seksualnog i reproduktivnog zdravlja.....	10
1.4.2 Seksualnost i društvena konstrukcija seksualnosti – rodne uloge.....	12
<b>1.5 Rizično seksualno ponašanje adolescenata</b> .....	<b>14</b>
<b>1.6 Seksualno vaspitanje u sistemu opšteg vaspitanja i obrazovanja u svetu, modeli i efektivnost modela edukacije o seksualnom i reproduktivnom zdravlju</b> .....	<b>16</b>
<b>1.7 Sagledavanje potrebe za seksualnim obrazovanjem u Srbiji</b> .....	<b>18</b>
1.7.1 Ponašanja mladih u vezi sa reproduktivnim zdravljem u Republici Srbiji.....	18
1.7.2 Seksualno vaspitanje u sistemu opšteg vaspitanja i obrazovanja u Republici Srbiji.....	20
1.7.3 Strateški okvir za unapređenje seksualnog i reproduktivnog zdravlja u Republici Srbiji.....	21
<b>1.8 Zdravstveno vaspitanje</b> .....	<b>21</b>
1.8.1 Zdravstveno - vaspitni programi u oblasti reproduktivnog zdravlja.....	23
1.8.2 Primenjeni program vannastavne edukacije “Zdravstveno vaspitanje o reproduktivnom zdravlju” među srednjoškolcima u Vojvodini.....	24
<b>1.9 Evaluacija zdravstveno vaspitnog programa</b> .....	<b>26</b>
<b>2. CILJEVI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA</b> .....	<b>29</b>
2.1 Ciljevi istraživanja.....	29
2.2 Hipoteze istraživanja.....	29
<b>3. METOD ISTRAŽIVANJA</b> .....	<b>30</b>
<b>3.1 Postupak sprovođenja istraživanja</b> .....	<b>31</b>
3.1.1 Dizajn studije.....	31
3.1.2 Ciljevi Projekta i odabir uzorka.....	31
3.1.3 Instrument istraživanja i metod anketiranja.....	33
3.1.4 Karakteristike uzorka.....	34
3.1.5 Edukatori angažovani za sprovođenje edukacije.....	35
<b>3.2 Karakteristike primenjenog Programa</b> .....	<b>35</b>
<b>3.3 Varijable iz upitnika korišćene u istraživanju</b> .....	<b>38</b>
3.3.1 Demografske i socijalno-ekonomske odrednice.....	38
3.3.2 Kontekstualni faktori istraživani u uzorcima.....	39

3.3.3	Skala znanja o seksualnom i reproduktivnom zdravlju.....	40
3.3.4	Stavovi o autonomnosti odluka u partnerskim odnosima (stavovi o seksualnosti) ..	40
3.3.5	Rizična i protektivna ponašanja u vezi sa seksualnim i reproduktivnim zdravljem	41
<b>3.4</b>	<b>Evaluacija primenom SERAT instrumenta .....</b>	<b>43</b>
<b>3.5</b>	<b>Statističke metode obrade podataka.....</b>	<b>45</b>
<b>4.</b>	<b>REZULTATI ISTRAŽIVANJA.....</b>	<b>47</b>
<b>4.1</b>	<b>Karakteristike uzoraka srednjoškolaca uzrasta 16 godina u Vojvodini, 2013-2016. godina .....</b>	<b>47</b>
4.1.1	Demografske i socio-ekonomske karakteristike uzoraka .....	47
4.1.2	Kontekstualni faktori istraživani u uzorcima .....	50
<b>4.2</b>	<b>Znanja učenika o seksualnom i reproduktivnom zdravlju .....</b>	<b>56</b>
4.2.1	Deskriptivne karakteristike skalâ za procenu znanja o seksualnom i reproduktivnom zdravlju u različitim godinama primene programa.....	56
4.2.2	Ocena značajnosti promena znanja o seksualnom zdravlju, pre i posle intervencije, u različitim godinama primene programa .....	56
4.2.3	Razlike u znanju o seksualnom zdravlju nakon intervencije u odnosu na demografske i socioekonomske faktore .....	57
4.2.4	Uticaj kontekstualnih faktora (broj pohađanih radionica, ocena radionica i ocena edukatora) na unapređenje nivoa znanja o seksualnom zdravlju (kontekstualni faktori i znanje nakon intervencije) .....	62
<b>4.3</b>	<b>Stavovi učenika o autonomnosti pri donošenju odluka u vezi sa seksualnošću .....</b>	<b>62</b>
4.3.1	Deskriptivne karakteristike najvažnijih indikatora stavova o autonomnosti pri donošenju odluka u vezi sa seksualnošću u različitim godinama primene programa .....	62
4.3.2	Ocena značajnosti promena najvažnijih indikatora stavova o autonomnosti pri donošenju odluka u vezi sa seksualnošću u različitim godinama primene programa .....	64
4.3.3	Povezanost demografskih i socioekonomskih faktora sa stavovima u vezi sa seksualnošću u uzoračkom pulu .....	66
4.3.4	Povezanost kontekstualnih faktora sa unapređenjem stavova u vezi sa seksualnošću .....	75
<b>4.4</b>	<b>Ponašanja učenika u vezi sa seksualnim zdravljem .....</b>	<b>76</b>
4.4.1	Deskriptivne karakteristike varijabli - rizičnih seksualnih ponašanja .....	76
4.4.2	Rizična ponašanja povezana sa seksualnim i reproduktivnim zdravljem - deskriptivne karakteristike uzorka .....	79
4.4.3	Ocena značajnosti promena rizičnih ponašanja kod seksualno aktivnih učenika, pre i posle intervencije, u različitim godinama primene programa.....	81
4.4.4	Povezanost demografskih i socioekonomskih faktora sa protektivnim ponašanjem u vezi sa seksualnim zdravljem.....	83
4.4.5	Povezanost upotrebe alkohola i rizičnih seksualnih ponašanja.....	93
4.4.6	Povezanost kontekstualnih faktora sa protektivnim seksualnim ponašanjem.....	94
<b>4.5</b>	<b>Moderatorska uloga Programa edukacije u odnosu na promenu u nivou znanja o seksualnom i reproduktivnom zdravlju.....</b>	<b>95</b>
4.5.1.	Moderaciona uloga godine/tipa edukacije u relaciji između znanja koje su učenici imali pre i znanja koje imaju nakon edukacije.....	95
4.5.2	Medijaciona uloga broja radionica u relaciji rezultata ostvarenih na sklali znanja pre i posle intervencije (drugi i treći ciklus).....	96

---

<b>4.6 Evaluacija vannastavnog programa zdravstvenog vaspitanja o reproduktivnom zdravlju primenom instrumenta za procenu efektivnosti SERAT .....</b>	<b>98</b>
4.6.1 <i>SERAT evaluacija ciljeva i principa programa .....</i>	98
4.6.2 <i>Analiza sadržaja programa .....</i>	100
4.6.3 <i>Implementacija .....</i>	103
<b>5. DISKUSIJA.....</b>	<b>109</b>
<b>5.1 Preinterventno istraživanje.....</b>	<b>113</b>
<b>5.2 Efekti intervencije.....</b>	<b>116</b>
5.2.1 <i>Razlike u kontekstualnim faktorima pre i nakon intervencije .....</i>	116
5.2.2 <i>Znanje o seksualnom i reproduktivnom zdravlju pre i nakon intervencije .....</i>	117
5.2.3 <i>Najvažniji indikatori stavova u vezi sa autonomnošću odluka u partnerkim odnosima pre i nakon edukacije.....</i>	121
5.2.4 <i>Ponašanja učenika pre i nakon intervencije .....</i>	125
5.2.5 <i>Razlike u edukaciji između vršnjačkih i profesionalnih edukatora.....</i>	137
<b>5.3 Evaluacija efektivnosti primenom SERAT instrumenta .....</b>	<b>138</b>
<b>5.4 Prednosti i ograničenja istraživanja.....</b>	<b>140</b>
<b>6. ZAKLJUČAK.....</b>	<b>146</b>
<b>7. LITERATURA .....</b>	<b>148</b>
<b>8.PRILOG .....</b>	<b>165</b>

# 1. UVOD

## 1.1 *Odlike adolescentnog perioda*

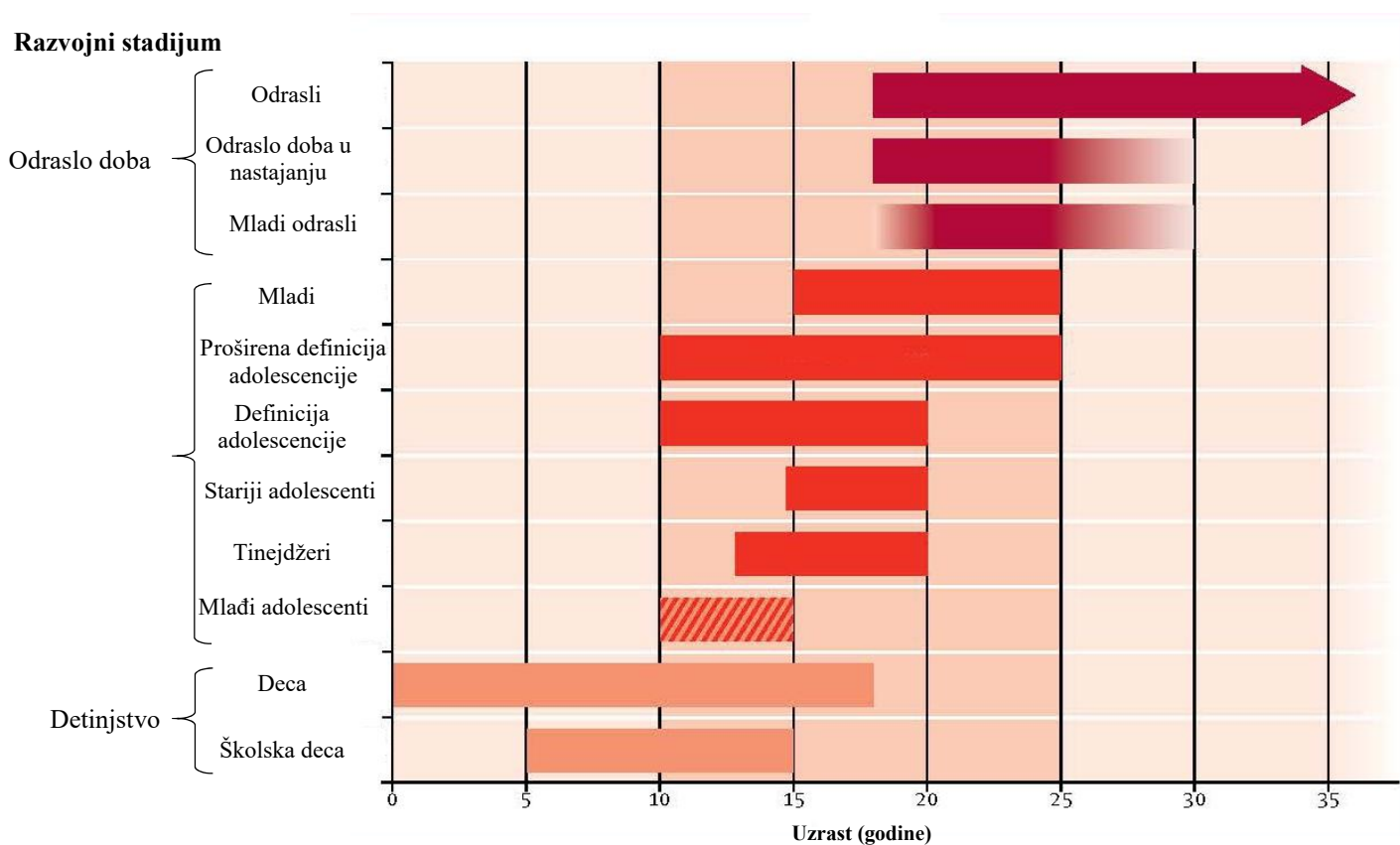
Adolescencija je period prelaska iz detinjstva u zrelost, obeležen intenzivnim promenama koje podrazumevaju biološki rast i razvoj, psihološko i socijalno sazrevanje (1,2). Promene koje se dešavaju tokom ovog perioda mogu doneti i rizike i prilike koji su osnova za kasnije zdravlje i blagostanje (3,4). Temelji koji su postavljeni tokom ovog razvojnog perioda imaju duboke implikacije na socijalni i ekonomski razvoj svakog društva, jer adolescenti su populaciona grupa koja se posmatra i kao sredstvo i kao resurs, sa velikim potencijalom da doprinesu svojim porodicama, zajednicama i zemljama. Odgovorna društva, stoga, kao imperativ postavljaju cilj da mladi moraju biti naučeni i obučeni kako da očuvaju svoje zdravlje (1,3).

### 1.1.1 *Definicija adolescenata i mladih*

Ujedinjene nacije i Svetska zdravstvena organizacija (SZO) definišu adolescente u uzrastu između 10 i 19 godina (5, 6, 7). Ujedinjene nacije definišu mlade (*youth*) u uzrastu od 15 do 24 godine (1, 6). Ove dve uzrasne grupe se delimično preklapaju čineći grupu mladih osoba (*young people*) uzasta od 10 do 24 godine (3, 5, 7). Iako se ova teza odnosi na adolescente, korektnije je obuhvatiti definicije mladih uzimajući u obzir preklapanje ovih termina kroz politike i strategije koje fokusirajući se na mlade obuhvataju i period adolescencije. Strategija Evropske unije za mlade (EU strategija) ne koristi zvaničnu definiciju za period u životu kada se osoba smatra mladom, već kriterijum varira od države do države, u zavisnosti od stepena društveno ekonomskog razvoja, a prema statističkom portretu Evropske unije (EU), u ovoj kategoriji stanovništva su osobe starosti od 15 do 29 godina (8). U Republici Srbiji, Zakon o mladima definisao je da se mladima smatraju lica od 15 do 30 godina (9), dok su prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, među grupacijama stanovništva koje su izložene povećanom riziku obolevanja istaknuti mladi do navršениh 26 godina života (10). Prema procenama Republičkog zavoda za statistiku u Srbiji je na dan 1.7. 2020. godine živelo 692.314 adolescenta uzrasta od 10 do 19 godina (10,1% ukupnog stanovništva), odnosno 1.132.902 mladih uzrasta od 15 do 29 godina koji su činili 16,4% ukupnog stanovništva (11).

### 1.1.2 Razvojne faze adolescenata

Razvojnu fazu adolescencije karakteriše dinamičan razvoj mozga i predstavlja fazu u kojoj interakcija sa socijalnim okruženjem oblikuje karakteristike pojedinaca (1). Lekari uključeni u zdravstvenu zaštitu adolescenata često moraju da arbitrarno koriste hronološki prag između adolescencije i odraslog doba (12). Kanadsko pedijatrijsko društvo smatra da je definicija adolescencije koja je zasnovana isključivo na hronološkom uzrastu neopravdana i nepraktična i zalaže se za funkcionalniju definiciju, zasnovanu na biopsihosocijalnoj spremnosti mladih ljudi da uđu u odraslo doba (12, 13). Savier i kolege (*Sawyer et al.*) su prikazali preklapanje razvojnih perioda detinjstva, adolescencije i odraslog doba (Šema 1) (14).



Šema 1: Uobičajene uzrasne definicije specifičnih termina relevantnih za adolescenciju koje obuhvataju ili se preklapaju sa razvojnim periodima detinjstva, adolescencije i odraslog doba. Prilagođeno iz: Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremaratne D, Patton GC. The age of adolescence. *Lancet Child Adolesc Health*. 2018;2(3):223-228.

Da bi se prilagodila fazama razvoja, adolescencija se uglavnom deli na ranu (od 10 do 13 godina), srednju (od 14 do 16 godina) i kasnu (od 17 do 19 godina) (15). Takva podela je u skladu sa udžbenikom iz pedijatrije koji koriste studenti Medicinskog fakulteta u Novom Sadu, prema kome ranu adolescenciju karakteriše fizički razvoj i pubertetsko sazrevanje, nastavlja se razvoj kognitivnih sposobnosti, ali je mišljenje uglavnom konkretno. U ovom periodu javlja se nesposobnost da se sagledaju dugoročne posledice trenutnih odluka, mada se poštuju pravila da bi se izbegla kazna. U seksualnom smislu, povećana je zainteresovanost za seksualne odnose ali adolescenti imaju ograničenu sposobnost za zbližavanje. U srednjoj adolescenciji nastavlja se pubertetsko sazrevanje, pojavljuje se apstraktno mišljenje, javlja se sve veća sposobnost razumevanja stavova drugih osoba, borba za nezavisnost, prisutno je udaljavanje od roditelja i prisutan je veliki uticaj vršnjaka. U seksualnom smislu ispituju se sposobnosti da se privuče partner, istražuje se seksualni identitet, započinju se seksualne aktivnosti i istražuje seksualni identitet. Kasnu adolescenciju odlikuje usporavanje telesnog sazrevanja, poboljšana percepcija rizika i razvijene sposobnosti da se razlikuju zakon i moral. Javlja se povećana autonomija, sa roditeljima se uspostavlja odnos odraslih, smanjuje se uticaj vršnjaka. U seksualnom smislu ustaljuje se seksualni identitet, pri čemu je težište na uspostavljanju bliskosti i izgradnji stabilnih partnerskih odnosa (2). Drugi autori grupišu period adolescencije u tri kategorije koje se preklapaju: od 10 do 15 godina, od 14 do 17 godina i od 16 do 19 godina, pri čemu objašnjavaju preklapanje uzrasta kao veoma važno, jer promene koje se dešavaju u ovom periodu nisu isključive za uzrasnu grupu (16) a ni za pol (17). Postoji i podela na ranu (uzrast od 10 do 14 godina) i kasnu adolescenciju (od 15 do 19 godina) i u skladu sa tim kategorijama je definisan fizički, kognitivni, emotivni i socijalni razvoj. U okviru rane adolescencije, biološki dominira pubertet i efekti pubertetskih hormona na telesnu morfologiju, razvoj mozga i seksualnost. Tokom ovog perioda prvi put se doživljava seksualnost koja je blisko povezana sa fizičkim i mentalnim zdravljem i utiče na misli, osećanja, radnje i interakcije povezane sa polom, rodnim identitetom, seksualnom orijentacijom, erotikom, zadovoljstvom, intimnošću i reprodukcijom (1, 3, 18). U kognitivnom smislu, povećavaju se kapaciteti za apstraktno mišljenje, produbljuje se moralno mišljenje, adolescenti ne razmišljaju o budućnosti i uglavnom su zainteresovani za sadašnjost. U socijalnom i emotivnom razvoju dominira borba sa osećajem identiteta, javlja se sve veća potreba za nezavisnošću. U ovom periodu veliki je uticaj vršnjaka, adolescenti su skloni promenama raspoloženja i imaju sve veći interes za seksualne odnose. Kasnu adolescenciju (uzrast od 15 do 19 godina) takođe karakteriše pubertetsko sazrevanje, naročito kod dečaka, ali na manje vidljive načine. Mozak se i dalje aktivno nastavlja razvijati i razvijaju se samoregulatorne veštine, što dovodi do razvijanja sposobnosti procenjivanja rizika

i apstraktnog mišljenja. Povećavaju se kapaciteti za postavljanje ciljeva. U ovom periodu adolescenti imaju sve veću potrebu za nezavisnošću, imaju povećan kapacitet za emocionalnu regulaciju, sve veće interesovanje za seksualne odnose i više se oslanjaju na prijatelje (1, 18).

Školsko i porodično okruženje su važni društveni konteksti u ovom periodu (1, 3). Adolescenti imaju nisku percepciju rizika, što često dovodi do rizičnog ponašanja, pored toga nemaju dovoljno kognitivnih i emocionalnih veština koje su potrebne za donošenje odgovornih odluka, kao što su odluke vezane za upotrebu kondoma. Da bi sačuvali zdravlje tokom ovog perioda, potrebno ih je kroz proces zdravstvenog vaspitanja, shodno razvojnim karakteristikama, naučiti i obučiti kako da zaštite svoje zdravlje, a druga decenija života prepoznata je kao prilika za ulaganje u zdravlje i primenu intervencija za očuvanje i unapređenje zdravlja (15).

## **1.2 Rizična ponašanja adolescenata i mladih**

Adolescenti, u poređenju sa drugim starosnim grupama, imaju dobro zdravlje (3), Međutim, izloženi su rizicima od oštećenja zdravlja zbog rizičnih ponašanja. Prema podacima SZO, na svetskom nivou, više od 1,5 miliona adolescenata i mladih je umrlo u 2019. godini, preko 5000 dnevno, uglavnom usled uzroka koji su mogli biti lečeni ili sprečeni putem nespecifičnih mera primarne prevencije (6). Među glavnim rizicima za zdravlje adolescenta koji su povezani sa ponašanjem su pušenje, upotreba alkohola, prekomerna telesna masa, rano stupanje u seksualne odnose i nekorišćenje kontracepcije (1, 15). Za definisanje opštih prioriteta javnog zdravlja tokom adolescencije posebno koristan je kompozitni indikator *DALYs* (*Disability - Adjusted Life Years*), odnosno, izgubljene godine zdravog života zbog lošeg zdravlja, invaliditeta ili prerane smrti. *DALYs* procenjuje jaz između trenutnog zdravstvenog stanja i idealnog zdravstvenog stanja u kome bi se doživela duboka starost bez nesposobnosti i bolesti i za specifičnu ocenu zdravstvenog stanja se izračunava kao zbir izgubljenih godina života (*YLLs*) zbog prerane smrti i izgubljene godine života zbog invalidnosti (*YLDs*) (15, 19). Jedan DALY predstavlja ekvivalent jednoj izgubljenoj godini života u punom zdravlju. Uzroci *DALYs* se razlikuju od zemlje do zemlje, ali prema procenama SZO prvih pet uzroka *DALYs* u 2019. godini u Srbiji za uzrast od 15 do 19 godina su saobraćajne povrede, bolovi u leđima i vrata, anksioznost, migrene i depresija (19). Globalno, među prvih 5 vodećih faktora rizika za *DALYs* u uzrastu od 15 do 19 godina, u 2013. godini, su bili upotreba alkohola, nebezbedan



seksualni odnos i upotreba droga, pri čemu je nebezbedan seksualni odnos prešao sa rangiranog 13. mesta u 1993. godini na 2. mesto u 2013. godini (20).

Definicija rizičnog ponašanja varira u zavisnosti od kulturološkog konteksta, starosti, pola i drugih faktora, zbog toga ga nije lako definisati (21), a prema jednoj definiciji (*Ljubičić, 2012*) “rizično ponašanje predstavlja svaku aktivnost koja može da ugrozi sopstveno zdravlje i društvene vrednosti“ (22). Drugi autor (*Irwin, 1990*) navodi da se rizično ponašanje definiše kao “dobrovoljno ponašanje koje prati postojanje određenog objektivnog i/ili subjektivnog stepena rizika i da bi ove oblike ponašanja trebalo nazvati ponašanjem preuzimanja rizika, jer u slučaju adolescenata oni svesno i voljno učestvuju u situacijama u kojima je rizik siguran, a ishod nepoznat, ali sa velikom verovatnoćom da bude negativan po zdravlje” (23, 24). Koja god da je definicija rizičnog ponašanja, učestvovanje u jednom rizičnom ponašanju povećava sklonost ka učestvovanju i u drugim oblicima rizičnog ponašanja, što potvrđuju istraživanja (4, 15, 21, 25-31).

### ***1.3 Determinante zdravlja adolescenata***

Odrednice (determinante) zdravlja jesu lični, socijalni, ekonomski i sredinski faktori koji određuju zdravstveno stanje pojedinaca ili populacijâ (32).

#### ***1.3.1 Socijalno - ekološki model determinanti zdravlja adolescenata***

Uticaj determinanti zdravlja na zdravstvene ishode tokom adolescencije najbolje objašnjava ekološki model zdravlja. Razvijen je od strane Brofenbrenera (*Urie Bronfenbrenner*) 70-ih godina XX veka, koji je imao uticaj na istraživanja za razumevanje ponašanja iz socijalno-ekološke perspektive. U Bronfenbrennerovom modelu, ponašanje se nalazi unutar više nivoa uticaja i prvobitno je razvijen u kontekstu objašnjenja faza razvoja deteta, pri čemu je klasifikovao okruženje deteta u četiri sistema, koji sukcesivno predstavljaju nadsisteme: mikrosistem - uloge i karakteristike pojedinca u razvoju; mezosistem - elementi sa kojima osoba u razvoju stupa u interakciju; egzosistem - sistemi sa kojima pojedinac nema interakciju, ali ipak utiču na razvoj ličnosti; i makrosistem - kulturne vrednosti i društveni faktori koji utiču na razvoj pojedinca (33-35).

Mekleroj (*Kenneth McLeroy*) je 1988. godine prilagodio socioekološki model promociji zdravlja i uticaju na ponašanje relevantnom za zdravlje i dodelio mu pet nivoa koji su izvedeni

iz navedena četiri sistema Brofenbrenerovog originalnog modela. Prema njegovoj modifikaciji, nivoi u prilagođenom socioekološkom modelu su: intrapersonalni, interpersonalni, institucionalni, nivo zajednice i društveni nivo (nivo politika). Determinante koje sadrže ovi nivoi utiču na ponašanje relevantno za zdravlje (35, 36).

Na individualnom (intrapersonalnom) nivou, determinante promocije zdravlja su: godine, pol, obrazovanje, materijalno stanje, stavovi, uverenja, samoeфикаsnost i određena ponašanja (35). Na interpersonalnom nivou, determinante promocije zdravlja su odnosi sa porodicom, prijateljima, vršnjacima i partnerima (15, 36-38). Institucionalne determinante uključuju propise i karakteristike zajednice koje mogu podstaći ili obeshrabriti ponašanje u vezi sa zdravljem. Faktori zajednice podrazumevaju odnose koji postoje između društvenih mreža, institucija i organizacija koje mogu uticati na ponašanje relevantno za zdravlje. Faktori politike uključuju državne, regionalne, lokalne ili organizacione politike koje mogu da unaprede ili ograniče zdravstveno relevantno ponašanje pojedinca (35).

Socio-ekološki model nam omogućava da sagledamo različite nivoe uticaja na zdravstveno relevantno ponašanje za razliku od isključivog posmatranja postupaka pojedinaca (35, 37-39) i pomaže nam da razumemo na koji način adolescenti komuniciraju sa svojim okruženjem, na osnovu čega se planiraju intervencije za očuvanje i unapređenje zdravlja (34, 35, 40, 41).

U ovoj tezi, socio-ekološki model predstavljao je teorijski okvir za izradu zdravstveno-vaspitnog programa o reproduktivnom zdravlju srednjoškolaca uzrasta 16 godina, u kojem su nepromenljive prediktorske determinante iz 4 i 5. nivoa (nivo zajednice i nivo politikâ) i one nisu istraživane, dok ispitivani prediktori pripadaju intrapersonalnom, interpersonalnom i institucionalnom nivou.

### *1.3.2 Determinante seksualnog i reproduktivnog zdravlja*

Kada sagledamo seksualno ponašanje u kontekstu ekološkog modela, uviđamo da ono ne proizilazi samo iz individualnog izbora, već ga oblikuju socijalni i širi društveni uticaji (34, 35). Razumevanje faktora iz svih elemenata ekološkog modela koji utiču na ponašanje i ishode seksualnog i reproduktivnog zdravlja adolescenata je važan korak ka poboljšanju njihovog zdravlja, kao i saznanja o tome koji to faktori, omogućavaju razvoj efikasnih intervencija, iako se u istraživanjima seksualnog ponašanja adolescenata uglavnom naglašava prediktivna uloga individualnih karakteristika na ponašanje (36). Vojsin i saradnici (*Voisin et al.*) koristili su

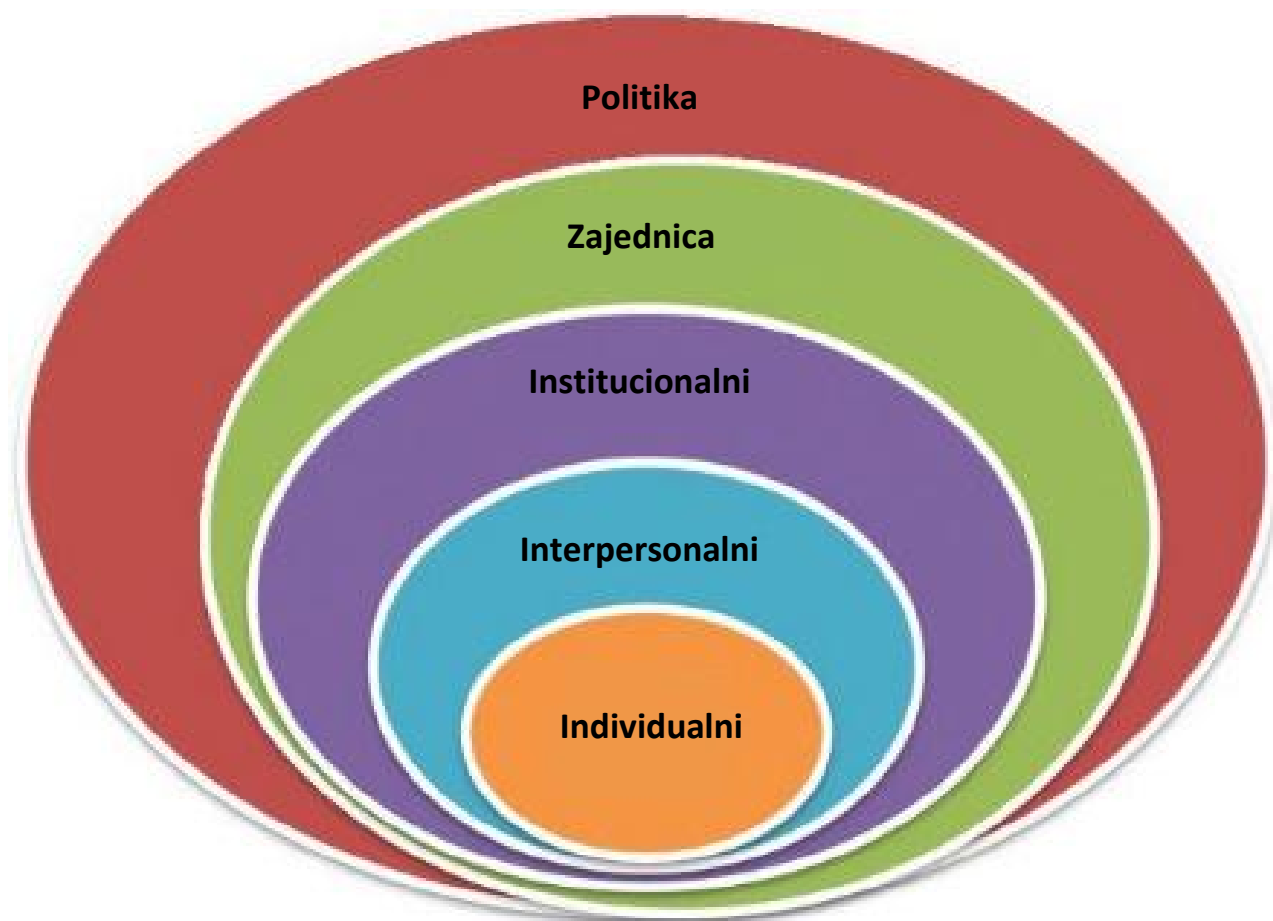
ekološki pristup da istraže mikro-, mezo- i makro- prediktore rizičnog seksualnog ponašanja, i utvrđeno je da najveći doprinos u predikciji rizičnog seksualnog ponašanja ima varijabla iz mikrosistema - upotreba psihoaktivnih supstanci, ali značajan doprinos su imale i određene varijable mezosistema i makrosistema. Fokusiranjem samo na mikrosistem, odnosno faktore individualnog nivoa, propustio bi se značaj mezosistemskih i makrosistemskih varijabli u objašnjavanju seksualnog rizičnog ponašanja adolescenata (42). U vezi sa tim, ova disertacija se oslanja na faktore iz individualnog, interpersonalnog i institucionalnog nivoa a u cilju analize njihove povezanosti sa znanjem, stavovima i protektivnim ponašanjem u vezi sa reproduktivnim zdravljem, kao što je to prikazano u Šemi 2.

Odeljenje za zdravlje i razvoj dece i adolescenata (*Department of Child and Adolescent Health and Development - CAH*) je izradila detaljan pregled literature rizičnih i protektivnih faktora seksualnog i reproduktivnog zdravlja. Muški pol predstavlja faktor rizika za ranije stupanje u seksualne odnose i veći broj seksualnih partnera (43). Znanje, stavovi i samoefikasnost su povezani sa većom upotrebom kondoma kod adolescenata (43). Upotreba psihoaktivnih supstanci predstavlja faktor rizika za učestvovanje u seksualnim odnosima (pristajanje na nebezbedan i neželjen seksualni odnos) i za veći broj seksualnih partnera (39, 43). Zloupotreba psihoaktivnih supstanci ima najveću prediktivnu moć među ostalim faktorima koji utiču na rizično seksualno ponašanje među adolescentima (44). Brijant i saradnici (*Brieant et al.*) su utvrdili da lošiji socioekonomski status (meren kao kompozitni indikator sačinjen od prihoda i obrazovanja roditelja) utiče na kognitivni razvoj adolescenata, uzrokujući smanjenu kognitivnu kontrolu koja je povezana sa većim učešćem adolescenata u rizičnim ponašanjima. Prema tome, socioekonomski status je istraživani kao prediktor znanja, poželjnih stavova i protektivnih ponašanja u ovom istraživanju (45). I druga istraživanja koja su procenjivala uticaj socijalnih determinanti na zdravlje adolescenata otkrile su veze između socioekonomskih faktora (niži nivo socioekonomskog statusa, niži nivo obrazovanja majke) i rizičnih seksualnih ponašanja (27, 46-51). Viši nivo obrazovanja roditelja je prediktor seksualnih odnosa tokom kojih se koristi kontracepcija (52), a viši socioekonomski status je protektivni faktor za upotrebu kontracepcije (43). Urbana sredina je rizični faktor za raniji početak seksualnih odnosa, ali je protektivni faktor za upotrebu kontracepcije (43). Bolji uspeh u školi je protektivni faktor ne samo za smanjenje rizika od ranog seksualnog odnosa i trudnoće, već i za upotrebu kontracepcije (43, 50).

Intrapersonalni faktori uključuju odnose sa partnerima, komunikaciju sa roditeljima i pritisak vršnjaka. Seksualni rizik i protektivna ponašanja uključuju dve osobe, prema tome,

dinamika odnosa između adolescenata i njihovih seksualnih partnera može biti važna tačka za intervenciju. Partner/ka sa negativnim stavom za upotrebu kondoma je faktor rizika za neupotrebu kondoma, dok je bolja komunikacija sa partnerom u vezi sa upotrebom kondoma protektivni faktor (43). Dobra komunikacija sa nastavnikom je protektivni faktor za upotrebu kontracepcije (43). Identifikacija izvora informacija i traženja podrške, utiće na aktivnosti zdravstveno - vaspitnog programa, sa ciljem unapređenja komunikacije. Komunikacija sa roditeljima se smatra protektivnim faktorom, povezana je sa povećanom upotrebom kontracepcije među mladima i doprinosi boljem razumevanju rizičnog seksualnog ponašanja (53, 54), dok je komunikacija sa prijateljima kod devojaka, faktor rizika za veći broj seksualnih partnera (43).

Institucionalni nivo socio-ekoloških determinanti istraživanih karakteristika programa u ovoj disertaciji odnosi se na prediktorske faktore koje su uspostavili Pokrajinski sekretarijat za sport i omladinu Autonomne pokrajine Vojvodine (veličina uzorka; angažovanje različitih edukatora – vršnjačkih i profesionalnih i njihov broj) i Institut za javno zdravlje Vojvodine (odabir evaluacione metodologije za procenu efektivnosti programa).



Šema 2: Nivoi uticaja u socio-ekološkom modelu. Prilagođeno iz: McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. *Health Educ Q*1988; 15: 351–377.

### 1.3.3 Uticaj determinanti na efektivnost programa za unapređenje seksualnog i reproduktivnog zdravlja

Ponašanja adolescenata zavise od demografskih, socioekonomskih i drugih kontekstualnih faktora (34, 35), prema tome različiti su i efekti primenjenih edukativnih intervencija na unapređenje seksualnog i reproduktivnog zdravlja, što iziskuje potrebu prilagođivanja intervencije tim uticajima. Socio-ekološki model je pogodan za ispitivanje seksualnog ponašanja kod mladih (36, 55). Manjani i saradnici (*Magnani et al.*) su potvrdili da za dizajniranje efektivnih zdravstvenih programa za adolescente nije dovoljno ispitivati samo znanja i stavove, već je važno ispitivati i kontekstualne faktore koji utiču na seksualno ponašanje (56), kao i kulturološke uslove i norme u kojima adolescenti žive, zbog uticaja ovih determinanti na uspešnost intervencije (36, 57). Kaufman i saradnici (*Kaufman et al.*) su utvrdili sveobuhvatnu listu relevantnih faktora na svim nivoima socijalno-ekološkog modela koji utiču na promenu ponašanja u vezi sa HIV-om. Neki od faktora na individualnom nivou su: znanje, sposobnost percepcije rizika, veštine, emocije, upotreba psihoaktivnih supstanci,

socioekonomski status i samoeфикаsnost. Na interpersonalnom nivou: socijalna podrška i zdravi interpersonalni odnosi. Na nivou zajednice: predrasude, kulturološke norme, socijalne norme i religija. Na instutucionalnom nivou: dostupnost zdravstvene zaštite, adekvatno obučeni pružaoci usluga i zdravo okruženje. Na strukturalnom nivou: siromaštvo, politike i zakoni, dostupnost servisa podrške, postojanje obrazovnih kurikuluma i rodna ravnopravnost (58).

Sagledavanjem faktora koji utiču na efektivnost intervencije ova teza nam omogućava precizniju evaluaciju primenjenog zdravstveno-vaspitnog programa. Teorijski i empirijski utemeljeni faktori na intrapersonalnom nivou (demografski, socio-ekonomski), iz nekoliko životnih konteksta za koje je u literaturi prikazano da su povezani sa seksualnim i reproduktivnim zdravljem, analizirani su u ovom radu, kao što su: pol, mesto prebivališta, obrazovanje roditelja, materijalno stanje, uspeh u školi i vrsta škole koju učenici pohađaju (43, 47-50, 58-60) i analizirana je njihova predikcija i povezanost sa efektivnošću sprovedene intervencije. Na sledećem nivou mogu se definisati kontekstualni faktori koji uključuju podršku okoline, odnosno obraćanje u vezi sa problemima mladih u ljubavnim vezama i u vezi sa reproduktivnim zdravljem. Na ostalim nivoima mogu se sagledati faktori - postojanje seksualne edukacije, definisan broj radionica i vrsta edukatora u okviru primenjenog Programa. Među definisanim kontekstualnim faktorima, čiji se uticaj na efektivnost intervencije analizira u ovom radu, je broj primenjenih radionica, ocena radionica i ocena edukatora od strane učenika, jer su način sprovođenja edukacije, vrednovanje edukacije i edukatora od strane učenika (61), kao i broj časova edukacije („efekat doze“), značajani faktori efektivnosti svakog primenjenog programa (62).

## ***1.4 Seksualno i reproduktivno zdravlje tokom adolescencije***

Seksualno i reproduktivno zdravlje (*Sexual and Reproductive Health - SRH*) je oblast od posebne važnosti tokom adolescencije, kako zbog fizičkih promena, tako i zbog socijalnih i rodnih normi koje igraju značajnu ulogu tokom ovog perioda (3).

### ***1.4.1 Definicija seksualnog i reproduktivnog zdravlja***

„Reproduktivno zdravlje je stanje fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja u svim oblastima u vezi sa reproduktivnim sistemom, u svim fazama života. Reproductivno zdravlje podrazumeva da su ljudi u mogućnosti da imaju zadovoljavajući i bezbedan seksualni život i

sposobnost da imaju potomstvo, kao i slobodu da odluče da li će ga imati, kada i koliko često. Sastavni deo je i pravo muškaraca i žena da budu informisani, da imaju pristup bezbednim, efektivnim, dostupnim i prihvatljivim metodama planiranja porodice po svom izboru, i pravo na adekvatne usluge zdravstvene zaštite koje ženi omogućavaju bezbednu trudnoću i porođaj“ (63).

“Seksualno zdravlje je stanje fizičkog, emocionalnog, mentalnog i socijalnog blagostanja u odnosu na seksualnost; nije samo odsustvo bolesti, disfunkcije ili nemoći. Seksualno zdravlje zahteva pozitivan i s poštovanjem pristup seksualnosti i seksualnim odnosima, kao i mogućnost uživanja ugodnih i sigurnih seksualnih iskustava, bez prinude, diskriminacije i nasilja. Da bi se postiglo i održalo seksualno zdravlje, seksualna prava svih osoba moraju se poštovati, štititi i ispunjavati (63) a primena postojećih ljudskih prava na seksualnost i seksualno zdravlje konstituiše seksualna prava. Seksualna prava štite prava svih ljudi da ispunjavaju i izražavaju svoju seksualnost, uz poštovanje prava drugih i bez diskriminacije” (64).

Seksualno i reproduktivno zdravlje imaju svoje jedinstvene aspekte, ali su i strukturalno isprepletani i konceptualno i na mestu sprovođenja i implementacije programa (64, 65). Seksualna i reproduktivna prava su uspostavljena i priznata na Međunarodnoj konferenciji o stanovništvu i razvoju, u Kairu, 1994. godine (*International Conference on Population and Development, 1994*). Konferencija je usvojila akcioni plan koji je stvorio osnovu za programe koji se bave globalnim potrebama seksualnog i reproduktivnog zdravlja adolescenata (66). Ključne tačke su pravo mladih na sveobuhvatno seksualno obrazovanje, pravo na odlučivanje o svim pitanjima u vezi sa svojom seksualnošću, pristup uslugama seksualnog i reproduktivnog zdravlja i zaštita i promocija prava mladih da izraze svoju seksualnost bez nasilja, diskriminacije i prinude (62). Jedno od osnovnih ljudskih prava je pravo na informaciju i edukaciju, međutim, u pristupu informacijama o reproduktivnom zdravlju postoje prepreke kao što su nepostojanje edukacije o reproduktivnom zdravlju, loš pristup informacijama, nedostupnost usluga, nedostatak jasnih uputstava, nedostatak privatnosti, zbog čega adolescenti traže pomoć tek ukoliko nastane problem nakon seksualnog odnosa. Ova konferencija je bila podstrek za nastanak drugih javnozdravstvenih politika i dokumenata (4, 66).

Ciljevi održivog razvoja Ujedinjenih nacija (*COR UN*) ukazuju na važnost seksualnog obrazovanja kao strategiju za promovisanje rodne ravnopravnosti i očuvanja seksualnog i reproduktivnog zdravlja. Na seksualno i reproduktivno zdravlje i seksualno obrazovanje

neposredno se odnose 3 od 17 prihvaćenih globalnih ciljeva (Cilj 3: Dobro zdravlje i blagostanje; Cilj 4: Kvalitetno obrazovanje; Cilj 5: Rodna ravnopravnost). Preciznije, neki od podciljeva su:

- COR 3.7: „Do 2030. godine obezbediti univerzalni pristup uslugama koje se odnose na polnu i reproduktivnu zdravstvenu zaštitu uključujući planiranje porodice, informisanje i obrazovanje, kao i integraciju reproduktivnog zdravlja u nacionalne strategije i programe“.
- COR 4.1: „Do kraja 2030. godine osigurati da sve devojčice i dečaci završe besplatno, jednako i kvalitetno osnovno i srednje obrazovanje koje vodi ka relevantnim i delotvornim ishodima učenja“.
- COR 4.7: „Do 2030. godine obezbediti da svi učenici steknu znanja i veštine potrebne za promovisanje održivog razvoja, između ostalog i putem edukacije o održivom razvoju i održivim stilovima života, ljudskim pravima, rodnoj ravnopravnosti, kao i o promovisanju kulture mira i nenasilja, pripadnosti globalnoj zajednici i poštovanja kulturne raznolikosti i doprinosa kulture održivom razvoju“.
- COR 5.2: „Eliminisati sve oblike nasilja nad ženama i djevojčicama u javnoj i privatnoj sferi, uključujući trgovinu ljudima, odnosno seksualnu eksploataciju i druge oblike eksploatacije“.
- COR 5.6: „Obezbediti univerzalan pristup uslugama seksualnog i reproduktivnog zdravlja i reproduktivnih prava“ (67).

Grupa eksperata iz ove oblasti, nakon 25 godina od konferencije u Kairu, uradila je opsežnu evaluaciju programskih ciljeva koji su postavljeni prilikom usvajanja akcionog plana i utvrdili da je napredak postignut, zahvaljujući ulaganju u ovaj segment zdravlja, kroz multisektorsku saradnju i stavljanje ovog pitanja u agende brojnih dokumenata, kao i razvojem i implementiranjem programa seksualnog obrazovanja. Napredak je da adolescentkinje kasnije stupaju u brak, odlažu prvo seksualno iskustvo i rođenje prvog deteta, da je veća upotreba kontraceptivnih sredstava, dok je nažalost, seksualno prenosive infekcije, HIV infekcije i seksualno nasilje u porastu (4).

#### *1.4.2 Seksualnost i društvena konstrukcija seksualnosti – rodne uloge*

Seksualno zdravlje se ne može definisati i razumeti bez širokog razmatranja seksualnosti. Seksualnost je centralni aspekt ljudskog bića tokom života i obuhvata seks, rodne identitete i uloge, seksualnu orijentaciju, erotiku, zadovoljstvo, intimnost i reprodukciju (64, 65). Na seksualnost, takođe, utiče interakcija različitih elemenata iz Ekološkog modela zdravlja.



Rodne norme, u današnjem vremenu prepoznate kao veoma važne, imaju uticaj na seksualnost i seksualno zdravlje. One deluju na više nivoa. Na nivou šireg okruženja dejstvo se odnosi na nejednakost i ograničenje u zaposlenju i obrazovanju; na nivou neposrednog okruženja - u smislu porodičnih odluka o raspodeli resursa i važnosti obrazovanja za dečake i devojčice i na individualnom nivou, tako što utiče na očekivanja adolescenata, odnosno, šta smatraju da treba ili ne treba da rade (15). Uticaj rodni normi na zdravlje i blagostanje je posebno izražen u adolescenciji kada se pojavljuju izraženije razlike između muškog i ženskog pola (3, 68). Rodne uloge se uče. One nisu urođene. Široko je društveno danas prihvaćeno da sve što muškarci mogu da urade, mogu i žene i obrnuto (69). Veoma važno je podizanje svesti adolescenata o rodnim ulogama, jer ta vrsta intervencije tokom ovog perioda može preduprediti kasnije životne posledice. Stereotipne rodne uloge izlažu adolescente (posebno devojke) rizičnim seksualnim ponašanjima (70), devojke imaju manju kontrolu nad seksualnim odnosom i najčešće prepuštaju mladiću da definiše rizičnost njihovog seksualnog odnosa, zatim, preovladavajuće rodne norme zahtevaju od devojaka da budu neinformisane i da ne traže otvoreno informacije o seksualnosti, čime dovode u opasnost reproduktivno zdravlje, rizikujući neželjenu trudnoću i obolevanje od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.

Rodna ravnopravnost zahteva jednake uslove u kojima i muškarci i žene imaju jednake mogućnosti da ostvare svoja ljudska prava i utiče na socijalni i ekonomski razvoj jedne zemlje, što je prepoznato u Agendi Ciljeva Održivog Razvoja Ujedinjenih nacija (COR), gde je jedan od ciljeva, “integrisanje rodne ravnopravnosti i jednakosti u proces socijalno-ekonomskog razvoja do 2030. godine” (67), pri čemu adolescentkinje moraju imati pravo na pristup svim uslugama reproduktivnog zdravlja, bez ikakve diskriminacije u društvu (67, 70). Neravnopravnost se ogleda i u različitim motivima za stupanje u seksualne odnose. Na osnovu podatka iz literature, devojke najčešće navode da žele da ostvare emocionalnu bliskost sa svojim partnerom, dok mladići češće navode potrebu za avanturom nego potrebu za emocionalnom bliskošću (71).

Jedna od posledica rodne neravnopravnosti je nasilje (3, 70). Prema tome, ove teme moraju se razmatrati u seksualnom obrazovanju imajući u vidu da „seksualno obrazovanje ima potencijal da smanji rodno zasnovano nasilje i diskriminaciju zasnovanu na polu“ (70). Prema definiciji SZO, seksualno nasilje „predstavlja bilo koji seksualni čin, pokušaj ostvarivanja seksualnog čina, neželjeni seksualni komentar ili predlog usmeren protiv osobe i njene seksualnosti, a koji može počinuti druga osoba bez obzira na prethodni odnos sa žrtvom ili

situacijom u kojoj se nalaze“. Predstavlja akt kroz koji je žena bila fizički prisiljena na seksualni odnos kada nije htela, ili se plašila šta bi njen partner mogao da uradi, ili je bila primorana da uradi nešto seksualno što je smatrala ponižavajućim. Globalno, skoro 1/3 žena uzrasta od 15 do 49 godina je bila izložena fizičkom i seksualnom nasilju u partnerskim vezama (72-74). Na osnovu podataka iz istraživanja sprovedenih u 55 zemalja, utvrđeno je da je 20% adolescenata uzrasta od 15 do 19 godina u poslednjih 12 meseci iskusilo nasilje u partnerskim vezama (4). Učestvovanje u neželjenom seksualnom odnosu bez obzira na razloge za učestvovanje se može definisati kao deo seksualnog nasilja. Odsustvo odbijanja seksualnog odnosa nije dovoljan pokazatelj seksualne saglasnosti, potrebno je uključiti veštine afirmativnog pristanka na seksualni odnos (npr. „da znači da“ za započinjanje seksualnog odnosa) koje su postale standard za mnoge nastavne planove i programe seksualnog obrazovanja (75). U radu će se prikazati stavovi u vezi sa pristankom za učestvovanje u seksualnom odnosu, faktori koji utiču na pristanak na neželjeni seksualni odnos i efektivnost primenjene intervencije u odnosu na ovu temu.

### ***1.5 Rizično seksualno ponašanje adolescenata***

Prema jednom autoru, u rizično seksualno i reproduktivno ponašanje svrstava se: rano stupanje u seksualne odnose, nepoznavanje i nekorišćenje kontracepcije a naročito kondoma kada ne postoji stalni seksualni partner sa kojim se planira rađanje dece, nepoznavanje upotrebe kondoma, pretežno korišćenje neefikasnih metoda kontracepcije (kao što je metoda plodnih i neplodnih dana ili prekinutog seksualnog odnosa), korišćenje abortusa i tableta za „jutro posle“ (hitne kontracepcije) kao metoda kontrole neželjene trudnoće, često menjanje seksualnih partnera, istovremeno postojanje više seksualnih partnera, nekorišćenje preventivnih pregleda kod ginekologa (jedanput godišnje i po savetu) a za muškarce kod urologa, stupanje u seksualne odnose pod dejstvom alkohola ili droga, pristajanje na neželjen ili nebezbedan (nezaštićen) seks, odlaganje ili odbijanje testiranja na seksualno prenosive infekcije, HIV i hepatitis, nepravilna intimna higijena, trudnoća i porođaj pre 18 godine, razmaci između porođaja kraći od dve godine (69). Prema definiciji Centra za kontrolu i prevenciju bolesti (CDC), rizično seksualno ponašanje podrazumeva seksualni odnos sa više partnera, neupotrebu kondoma, seksualne odnose pod uticajem psihoaktivnih supstanci ili usled seksualne prisile (76). Rizično seksualno ponašanje se definiše i kao rano započinjanje seksualnih odnosa, nezaštićen seksualni odnos, seksualni odnosi sa više partnera i seksualni odnos pod uticajem psihoaktivnih supstanci

(21). Direktne posledice takvog ponašanja su seksualno prenosive infekcije, HIV i neželjene trudnoće (21, 76).

Najčešći oblici rizičnog seksualnog ponašanja koji se pretražuju i proučavaju u literaturi su neupotreba kondoma i rano stupanje u seksualne odnose koje se različito definiše u istraživanjima, pri čemu se najčešće uzima kriterijum pre 16 ili pre 15 godine života (77-80). SZO među preporučenim indikatorima za praćenje zdravlja adolescenata upotrebljava kriterijum stupanje u seksualne odnose pre 15 godine (81). Ranim započinjanjem seksualne aktivnosti mladi su pod visokim rizikom za seksualno prenosive infekcije, ali i za druge rizike, odnosno adolescenti imaju veće šanse da imaju veći broj seksualnih partnera, da imaju kratkotrajne veze i imaju veće šanse za udružena rizična ponašanja (78, 80, 82).

Prema podacima istraživanja iz različitih zemalja u Evropi, od 1994. godine u 29 od 35 zemalja, stupanje u seksualne odnose sa 15 i manje godina pokazuje trend opadanja što je jedan od pozitivnih rezultata napora različitih intervencija koje su sprovedenje unazad 25 godina (4, 83). Seksualno prenosive infekcije su i dalje u porastu. Procenjuje se da se u svetu svake godine javlja 333 miliona novih slučajeva seksualno prenosivih infekcija, sa najvećom stopom među mladima od 20 do 24 godine, zatim među mladima od 15 do 19 godina (4). Mali procenat adolescenata ima pristup prihvatljivim i pristupačnim uslugama za lečenje seksualno prenosivih infekcija, pri čemu su podaci nepotpuni, posebno u odnosu na pol i starost, što iskrivljuje stvarnu sliku (4, 70). Neželjena trudnoća se javlja kao posledica nezaštićenog seksualnog odnosa, a posredno se javlja i zbog neznanja o metodama kontracepcije i svake godine se zabeleži kod oko 21 milion devojka uzrasta od 15 do 19 godina, od kojih se kod 12 miliona devojaka završi porođajem. Adolescentkinje koje zadrže trudnoću češće odustaju od škole, prekidaju obrazovanje, što im ograničava zapošljavanje i druge životne mogućnosti (83, 84). Što se tiče kontraceptivnih metoda, poslednjih godina javlja se trend povećane upotrebe, na čega ukazuju sumarna analiza eksperata koji su sprovedli evaluaciju nakon 25 godina od Kairo konferencije (4).

## ***1.6 Seksualno vaspitanje u sistemu opšteg vaspitanja i obrazovanja u svetu, modeli i efektivnost modela edukacije o seksualnom i reproduktivnom zdravlju***

Modeli programa za unapređenje seksualnog i reproduktivnog zdravlja koji se primenjuju su:

(A) *Model apstinencije pre braka* - u mnogim društvima izražavanje seksualnih osećanja i seksualna aktivnost nisu dozvoljeni ili su čak zabranjeni pre braka, zbog verskih i kulturnih razloga, pa su programi usmereni na izbegavanje seksualnih odnosa pre braka. Ovaj model ne uključuje ni informacije o kontracepciji i sigurnoj seksualno praksi (85, 86)

(B) *Konvencionalni programi* - glavni cilj konvencionalnog modela je prevencija seksualno prenosivih infekcija, HIV infekcije i neplanirane trudnoće. Pored apstinencije, usmeren je na bezbedan seksualni odnos, promociju upotrebe kondoma i/ili drugih oblika kontracepcije. Sličan je modelu apstinencije, ali za razliku od njega on promovise apstinenciju i upotrebu kondoma. Ovaj pristup koristi negativan pristup seksualnosti, ističući samo rizike (85).

(C) *Sveobuhvatno seksualno obrazovanje (Comprehensive Sexual Education - CSE)* odražava holistički pristup seksualnosti (86-88). Nova definicija sveobuhvatnog seksualnog obrazovanja je razvijena prilikom sačinjavanja drugog izdanja Međunarodnog tehničkog uputstva za seksualno obrazovanje koje su 2018. godine publikovali *UNESCO* i druge agencije *UN* prema kojim definicija glasi: „Sveobuhvatno seksualno obrazovanje (*CSE*) je proces podučavanja i učenja o kognitivnim, emocionalnim, fizičkim i društvenim aspektima seksualnosti, sa ciljem da obuču decu i mlade sa znanjem, veštinama, stavovima i vrednostima koje će ih osnažiti da: ostvare svoje zdravlje, dobrobit i dostojanstvo; da razvijaju poštovanje u društvenim i seksualnim odnosima; da razmotre kako njihovi izbori utiču na sopstvenu dobrobit i dobrobit drugih i da razumeju i obezbede zaštitu svojih prava tokom celog života“ (87, 70). Ranija definicija seksualnog obrazovanja koja je korišćena prilikom sačinjavanja Standarda za seksualno obrazovanje je glasila: “Seksualno obrazovanje podrazumeva učenje o kognitivnim, emocionalnim, društvenim, interaktivnim i fizičkim aspektima seksualnosti. Počinje rano u detinjstvu i napreduje kroz adolescenciju i odraslo doba. Ima za cilj podršku i zaštitu seksualnog razvoja. Postepeno obučava i osnažuje decu i mlade sa informacijama, veštinama i pozitivnim vrednostima da razumeju i uživaju u svojoj seksualnosti, da imaju sigurne i ispunjene odnose i da preuzmu odgovornost za sopstveno seksualno zdravlje i za dobrobit drugih" (89, 90).

*CILJEVI SEKSUALNOG OBRAZOVANJA* prema holističkom/sveobuhvatnom pristupu seksualnom obrazovanju podrazumevaju:

1. Stvoriti toleranciju, otvorenost i poštovanje prema seksualnosti, različitim stilovima života, stavovima i vrednostima.
  2. Osnažiti mlade da mogu da ostvare informisane izbore, zasnovane na razumevanju i da se ponašaju odgovorno prema sebi i svom partneru.
  3. Dobiti saznanja o ljudskom telu, njegovom razvoju i funkcionisanju, naročito u pogledu seksualnosti.
  4. Omogućiti mladima da se razvijaju kao seksualna bića, da izraze svoja osećanja i potrebe, da iskuse seksualnost na prijatan način i da ostvare sopstvenu polnu ulogu i seksualni identitet.
  5. Omogućiti dobijanje pravih informacija o fizičkim, sazajnim, socijalnim, emotivnim i kulturalnim aspektima seksualnosti, kontracepcije i prevencije seksualno prenosivih infekcija.
  6. Dobiti potrebne životne veštine koje se odnose na seksualnost i partnerske odnose.
  7. Dobiti informacije o mogućnostima korišćenja savetovališta i medicinske pomoći u vezi sa pitanjima seksualnosti.
  8. Biti sposoban za izgradnju seksualnih partnerskih odnosa u kojima postoji uzajamno razumevanje i poštovanje prema uzajamnim potrebama. Ovo je i prevencija seksualnog zlostavljanja.
  9. Biti sposoban da se komunicira o seksualnosti, emocijama i odnosima i imati adekvatan rečnik.
  10. Poštovati seksualne i polne različitosti i biti svestan seksualnog identiteta i rodnih uloga.
- (89).

Danas, većina zemalja prihvata koncept holističkog/sveobuhvatnog seksualnog obrazovanja i angažovana je na jačanju njegove primene na nacionalnom nivou. Međutim, ostaje ogroman jaz između zakonskih okvira i implementacije (88, 91). Prepreke za implementaciju seksualnog obrazovanja su i predrasude da ono podstiče seksualnu aktivnost među mladima, iako literatura ukazuje na brojne pozitivne uticaje, kao što su odlaganje prvog seksualnog odnosa, smanjenje broja seksualnih partnera, smanjenje rizičnog ponašanja i povećanje upotrebe kontraceptivnih metoda (86, 92-94).

UNESCO pregled o seksualnom obrazovanju navodi da seksualno obrazovanje povećava znanja o različitim aspektima seksualnosti, utiče pozitivno i na stavove povezane sa seksualnim i reproduktivnim zdravljem i pomaže mladima da grade jače i zdravije veze i da unapređuje samoefikasnost i samopouzdanje (70, 94). U poslednjih nekoliko decenija došlo je do uključivanja seksualnog obrazovanja kao obavezanog predmeta u školama, pa je tako od 2019. godine obavezno u većini zemalja Evropske unije. U nekim zemljama je usmereno na biološke elemente seksualnosti i prevenciju rizičnih ponašanja, dok u većini ima holistički pristup u kojem se seksualno obrazovanje pruža integrisano sa drugim predmetima, što je u skladu sa preporukama standarda (89, 95).

Dosadašnji pregledi o efikasnosti pristupa apstinencije otkrili su minimalne ili neuverljive efekte (85, 88) a zaključke o uticaju seksualnog obrazovanja na biološke ishode, kao što su seksualno prenosive infekcije ili stope HIV-a, je zbog nedostataka longitudinalnih studija teško izvesti (92).

## ***1.7 Sagledavanje potrebe za seksualnim obrazovanjem u Srbiji***

### *1.7.1 Ponašanja mladih u vezi sa reproduktivnim zdravljem u Republici Srbiji*

Ponašanje mladih u Republici Srbiji se ne razlikuje puno u odnosu na druge zemlje ali ima neke specifičnosti. Prema istraživanju koje je sprovedeno 2019. godine, skoro trećina mladih u Srbiji uzrasta od 15 do 19 godina je stupilo u seksualne odnose, i to više dečaka nego devojčica (29,5% prema 24,5%). U odnosu na 2013. godinu zabeleženo je smanjenje procenta mladih uzrasta od 15 do 19 godina koji su stupili u seksualne odnose. Medijana uzrasta stupanja u prvi seksualni odnos među mladima od 15 do 24 godine iznosila je 18 godina, dok je u istraživanju iz 2013. godine iznosila 17 godina. Devojke stupaju u seksualne odnose nešto kasnije u odnosu na mladiće. Pre 15. godine života u seksualne odnose je stupilo 2,9% mladih. Nešto preko 50% mladih uzrasta od 15 do 19 godina je koristilo kondom kao kontracepciju prilikom poslednjeg seksualnog odnosa i to češće dečaci nego devojčice (96). Istraživanje sprovedeno u Beogradu 2008. godine ukazuje da je u proseku prvi odnos realizovan sa 16,5 godina kod devojaka i sa 15,7 godina kod mladića (97), dok podaci iz "onlajn" istraživanja sprovedenog tokom 2011 i 2012. godine pokazuju da 29% adolescentkinja ima prvo seksualno iskustvo sa 16 ili manje godina (98). Da se mladi ponašaju rizično i da ugrožavaju svoje zdravlje ukazuje i istraživanje „Ponašanje u vezi sa zdravljem dece školskog uzrasta u Republici Srbiji,

2018. godine“, u okviru kojeg je utvrđeno da je seksualni odnos imala skoro četvrtina adolescenata starosti 15 godina (9,4% devojčica naspram 38,3% dečaka). Upotreba kontracepcije, iako je porasla tokom vremena, i dalje nije zadovoljavajuća. Među učenicima, u pomenutom istraživanju 26% nije koristilo kondom prilikom poslednjeg seksualnog odnosa (99). U uzrastu od 15 do 19 godina, tek nešto više od polovine učenika je koristilo kondom prilikom poslednjeg seksualnog odnosa sa povremenim partnerom (96). Na osnovu podataka vitalne statistike o nivou rađanja i procene o rasprostranjenosti prekida trudnoće među adolescentkinjama, ukupan broj adolescentskih trudnoća u jednoj kalendarskoj godini može se proceniti na najmanje od 40 na 1.000 adolescentkinja uzrasta do 19 godina. Polovina adolescentskih trudnoća realizuje se rađanjem, a polovina se namerno prekine (100). Pokrajinski zaštitnik građana-ombudsman je 2020. godine sproveo istraživanje u kome je utvrđeno da je prema podacima porodilišta u Vojvodini, tokom 2019. godine zabeleženo ukupno 247 maloletničkih trudnoća i 243 porođaja. Prema istim podacima, evidentirano je 38 namernih prekida trudnoće među adolescentkinjama uzrasta do 18 godina (101). Od 2002. godine registrovan je porast broja mladih uzrasta od 20 do 29 godina među novodijagnostikovanim HIV pozitivnim osobama (20% tokom 2002. godine prema 32% u 2016. godini) (102). Znanje o HIV-u nije dovoljno. Svega 31,2% mladih uzrasta od 15 do 24 godine mogu pravilno da identifikuju načine prevencije i prepoznaju zablude u vezi sa transmisijom HIV-a, i to značajno manje mladi u vangradskim sredinama i mladi nižeg nivoa obrazovanja (96). U Srbiji je svaka sedma devojka već do kraja adolescencije doživela neki oblik zlostavljanja u partnerskom odnosu (98) a prema jednom drugom istraživanju, i pre 20 godina kod 3,4% devojčica prvi odnos nije bio željen (103), a seksualno nasilje od tada je u porastu (4). Prema rezultatima “Prve nacionalne studije o društvenom problemu seksualnog zlostavljanja dece u Republici Srbiji” iz 2015. godine, kod dece i mladih uzrasta od 10 do 18 godina, u svakom školskom odeljenju u Srbiji postoje četiri deteta koja su preživela određeni vid seksualnog nasilja i još četiri deteta koja poznaju nekoga kome se to dogodilo (104).

Upotreba psihoaktivnih supstanci negativno utiče na sve dimenzije zdravlja mladih (fizičko, mentalno i socijalno zdravlje - u kontekstu definicije zdravlja SZO). U Republici Srbiji skoro svaki deseti učenik puši (9,5%), najveći procenat je među devojka uzrasta 15 godina (22,9%). Jedna trećina (29,3%) petnaestogodišnjaka pušila je vodenu lulu tokom života. Skoro svaki drugi student u Srbiji probao je alkohol (45,4%), dok je 31,3% učenika starosti 15 godina pilo alkohol u poslednjih 30 dana, češće stariji studenti i dečaci. Gotovo četvrtina učenika uzrasta 15 godina u Srbiji (22,4%) bila je pijana bar jednom u životu. Prema njihovim izjavama,

12,2% bilo je pijano najmanje jednom tokom poslednjih 30 dana, dečaci češće nego devojke (99). Prema Evropskom školskom istraživanju o upotrebi psihoaktivnih supstanci, alkohola i duvana, među učenicima u Srbiji u 2019. godini (*ESPAD – The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*) cigarete je ikada tokom života konzumiralo 38,5% učenika, dok procenat pušača iznosi 16,8%. Više od polovine (55,8%) učenika prvih razreda srednjih škola koristilo je alkoholna pića u prethodnih mesec dana a bilo koju drogu tokom života je probalo 8,6% učenika (105).

Usled nedostatka edukacije o reproduktivnom i seksualnom zdravlju, adolescenti informacije dobijaju iz nerecenziranih izvora a kao najčešći izvor informacija o seksualnom zdravlju navode sredstva javnog informisanja i vršnjake (97, 106-108).

### *1.7.2 Seksualno vaspitanje u sistemu opšteg vaspitanja i obrazovanja u Republici Srbiji*

Trenutno u Republici Srbiji nema nijedne forme seksualnog obrazovanja niti se zdravstveno - vaspitni programi primenjuju kao samostalni. Važno je obezbediti edukativne sadržaje pre započinjanja seksualne aktivnosti. Određeni sadržaji zdravstvenog vaspitanja su dostupni u sistemu obrazovanja: Program predmeta Fizičko i zdravstveno vaspitanje za 7. razred OŠ, obuhvata neke od ovih tema, takođe i programi predmeta Priroda i društvo za 4. razred i predmeta Biologija za 7. razred obrađuju teme: pubertet i i anatomske fiziološke karakteristike reproduktivnih organa (109). Prema kvalitativnom istraživanju koje je sproveo Novosadski humanitarni centar (NHSC), istaknuto je da se o ovim temama u školama skoro i ne govori (108). Povremene edukacije se organizuju od strane različitih organizacija, ali to nije dovoljno, jer na taj način ne dobijaju svi potrebna znanja i veštine o seksualnom i reproduktivnom zdravlju. Važan način podrške mladima su savetovališta za reproduktivno zdravlje. U savetovalištim mladima mogu da se edukuju o zaštiti reproduktivnog zdravlja, da dobiju odgovarajuću stručnu pomoć i savete o kontracepciji i prevenciji seksualno prenosivih infekcija. Prema publikaciji "Situaciona analiza dece i adolescenata u Srbiji u 2019. godini" koji je objavio *UNICEF*, svega 38 (24%) domova zdravlja u Srbiji ima usluge savetovanja za mlade koje obrađuju teme reproduktivnog zdravlja i druge teme u vezi sa zdravljem adolescenata (110). Tokom 2021. godine Dom zdravlja „Novi Sad”, je pod pokroviteljstvom Grada Novog Sada, osnovao Centar za unapređenje reproduktivnog zdravlja u okviru kojeg se funkcionalno nalaze pojedine aktivnosti Savetovališta za mlade (111).



### 1.7.3 Strateški okvir za unapređenje seksualnog i reproduktivnog zdravlja u Republici Srbiji

Republika Srbija nema strategiju za unapređenje reproduktivnog zdravlja ali su ove teme obuhvaćene drugim dokumentima kao što su Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Uredba o Nacionalnom programu zdravstvene zaštite žena, dece i omladine, Strategija razvoja zdravlja mladih, Nacionalna strategija za mlade za period 2015-2025. godina, Uredba o nacionalnom programu za očuvanje reproduktivnog zdravlja i planiranje porodice i Strategija za rodnu ravnopravnost za period od 2021. do 2030. godine. Zakonski osnov za planiranje porodice i zaštitu seksualnog i reproduktivnog zdravlja i prava definisan je u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti (10, 112-114).

U sadašnjem vremenu, imajući u vidu rano stupanje u seksualne odnose u relaciji sa povećanjem prosečne starosti žene kada rađa prvo dete, veća je verovatnoća oštećenja reproduktivnog i ukupnog zdravlja usled seksualno prenosivih infekcija i neplanirane trudnoće, što može produbiti trenutno aktuelnu nepovoljnu demografsku situaciju. Analiza vitalno-demografskih indikatora ukazuje da je opšta stopa nataliteta u 2020. godini iznosila 8,9 na 1.000 stanovnika, dok je opšta stopa mortaliteta bila 16,9 na 1.000 stanovnika, te je stopa prirodnog priraštaja imala negativan predznak od -8 na 1.000 stanovnika (značajno smanjena u odnosu na 2019. godinu kada je iznosila -5,3) (115).

## 1.8 Zdravstveno vaspitanje

Razvijanje odgovornosti za zdravlje, kako sopstveno, tako i društva u celini, jeste zadatak zdravstvenog vaspitanja, kao dela opšteg vaspitanja. Prema definiciji SZO „zdravstveno vaspitanje predstavlja ne samo prenošenje informacija, nego i podsticanje motivacije, veština i samopouzdanja, neophodnih da bi se preduzela akcija za poboljšanje zdravlja. Ono uključuje prenošenje informacija koje se odnose na socijalne, ekonomske i uslove sredine koji su u osnovi uticaja na zdravlje, i na individualne faktore rizika i rizična ponašanja, kao i na korišćenje sistema zdravstvene zaštite“ (32, 116). Prema Grinu i Krojteru (*Green i Kreuter*), najvažnija karakteristika zdravstvenog vaspitanja je dobrovoljno učešće učesnika u određivanju sopstvene zdravstvene prakse i naglašavanje dobrovoljne prirode zdravstvenog vaspitanja pomaže da se izbegne reakcija javnosti na programe koji se mogu shvatiti kao manipulativni, prisilni ili preteći (117). Usmerenje zdravstvenog vaspitanja je ponašanje u skladu sa zdravljem, koje je ključna zavisna varijabla u većini istraživanja o uticaju sprovedenih

zdravstveno vaspitnih - intervencija, a usmereno je na izgradnju kapaciteta pojedinaca kroz obrazovanje, motivaciju, izgradnju veština i podizanja nivoa svesnosti. Pozitivne promene u ponašanju su obično krajnji ciljevi zdravstveno - vaspitnih programa a cilj zdravstvenog vaspitanja je da utiče na procese koje prethode ponašanju, odnosno na svesnost, informacije, znanje, veštine, uverenja, stavove i vrednosti (118).

Kao opšti ciljevi zdravstvenog vaspitanja, prema Komitetu eksperata SZO, definišu se sledeći:

- “učiniti zdravlje cenjenom društvenom vrednošću;
- pomoći pojedincima da postanu odgovorni za svoje zdravlje i da sprovode one mere koje su potrebne da bi kao pojedinci ili grupa ostvarili puno zdravlje, u smislu definicije koja je data Ustavom SZO; i
- unapređivati razvoj i pravilno korišćenje zdravstvene službe”.

Specifični ciljevi zdravstvenog vaspitanja su određeni problematikom koju treba rešiti u određenoj zajednici (kao što je npr. unapređenje seksualnog zdravlja mladih), grupi ljudi ili kod pojedinaca, i definišu se na sledećim nivoima:

- “Kognitivni zdravstveno-vaspitni ciljevi: usmereni su na povećanje osetljivosti za određene probleme („senzibilizacija“), informisanje i povećanje nivoa znanja koja doprinose zdravlju;
- Afektivni (sa osećanjima i raspoloženjem povezani) zdravstveno-vaspitni ciljevi: teže da formiraju adekvatne stavove u vezi sa zdravljem ili da dovedu do promene neadekvatnog stava, kao i da motivišu za očuvanje adekvatnog ponašanja u odnosu na zdravlje, odnosno, promenu neadekvatnog ponašanja;
- Bihevioralni (sa ponašanjem povezani) zdravstveno-vaspitni ciljevi: počivaju na pripremi i donošenju odluke za promenu ponašanja u vezi sa zdravljem, učenju veština potrebnih za sprovođenje odluke, kao i održavanje promenjenog ponašanja;
- Socijalni zdravstveno-vaspitni ciljevi: teže da podstaknu učešće grupa koje su dostigle odgovarajući nivo zdravstveno-vaspitnog cilja, kao partnera u zdravstveno-vaspitnom procesu (edukacija vršnjačkih edukatora, vršnjačka edukacija)” (119).

„Savremeni pristupi (metode) u zdravstvenom vaspitanju se više oslanjaju na osnaživanje pojedinaca, porodice i zajednice nego na paternalistički (pokroviteljski) pristup onog ko učestvuje u prenošenju znanja (profesionalac, obučeni laik/vršnjački edukator). Zato se više

govori o razmeni a ne samo prenošenju znanja o zdravlju. Ovakav, participativni pristup, usmeren je ka tome da ljudima pomogne da prepoznaju sopstvene brige u vezi sa zdravljem, i da steknu veštine i samopouzdanje kojima bi se rešili tih briga. Ovaj pristup uzima u obzir uslove u kojima ljudi žive, kao važne odrednice zdravlja“ (116, 120).

### 1.8.1 Zdravstveno - vaspitni programi u oblasti reproduktivnog zdravlja

Ključne kompetencije za razvoj seksualnog i reproduktivnog zdravlja su znanje, adekvatni stavovi i veštine. Ove kompetencije imaju potencijal da ojačaju ili ometaju razvoj seksualnosti adolescenata. Da li će mladi ljudi moći da pretoče kompetencije u željene radnje zavisi od ličnih, društvenih i ekonomskih resursa koji su im dostupni, od primenjenih zdravstveno-vaspitnih intervencija, od uticaja politika, zakona i normi koje su sastavni deo socio-ekološkog modela zdravlja. Znanje predstavlja polaznu tačku za adolescente, stavovi im pomažu da oblikuju razumevanje sebe i svoje seksualnosti, dok ih veštine komunikacije, aktivnog slušanja, odbijanja, donošenja odluka, pregovaranja, kritičkog mišljenja osnažuju da preduzmu akciju u vezi sa svojim zdravljem (70, 118).

U skladu sa Ciljevima održivog razvoja UN, 2018. godine izdato je novo Međunarodno tehničko uputstvo za edukaciju o seksualnosti putem pristupa zasnovanom na dokazima, za škole, učitelje i zdravstvene vaspitače „*International Technical Guidance on Sexuality education*“ (70). U odnosu na uputstvo iz 2009. godine (121), dodate su dve nove teme koje se odnose na povećano prepoznavanje rodnih perspektiva i društvenog konteksta u promociji zdravlja, kao i rodno zasnovano nasilje. Uputstvo navodi osam koncepata koje smatraju ključnim za nastavne planove i programe: odnosi; vrednosti; prava; kultura i seksualnost; razumevanje roda; nasilje i sigurnost; veštine za zdravlje i blagostanje; ljudsko telo i razvoj; seksualnost i seksualno ponašanje; seksualno i reproduktivno zdravlje (70). Koncepti su razgraničeni u teme a svakoj temi su dodeljeni specifični ciljevi učenja u odnosu na znanje, stavove i veštine.

Prema ovom uputstvu, karakteristike efektivnih programa u oblasti seksualnog i reproduktivnog zdravlja podrazumevaju:

- “U razvoju programa uključiti stručnjake za seksualnost i promenu ponašanja;
- U program uključiti mlade ljude, roditelje/članove porodice i druge članove zajednice;
- Proceniti socijalne, seksualne i reproduktivne potrebe dece i mladih;

- Proceniti resurse (humane, vremenske i finansijske) koji su na raspolaganju za razvoj i implementiranje zdravstveno - vaspitnih programa;
- Usmeriti program na jasne ciljeve i ishode kako bi se odredio adekvatan sadržaj, pristup i aktivnosti;
- Obrađivanje teme logičnim redosledom;
- Primeniti aktivnosti koje unapređuju kritičko mišljenje;
- Usmeriti se na životne veštine i pristanak za uključivanje u seksualne odnose (procena rizika i veštine pregovaranja);
- Osigurati naučno tačne informacije o HIV-u i drugim seksualno-prenosivim infekcijama, prevenciji trudnoće i dostupnosti različitih kontraceptivnih metoda;
- Analizirati kako biološki razvoj, rodne i kulturne norme utiču na doživljaj seksualnosti i seksualno i reproduktivno zdravlje;
- Usmeriti se na rizike i zaštitne faktore kod rizičnog seksualnog ponašanja;
- Analizirati specifične situacije koje mogu dovesti do infekcije HIV-om, drugim seksualno-prenosivim infekcijama, neželjenog ili nezaštićenog seksualnog odnosa ili nasilja;
- Usmeriti se na individualne stavove vršnjaka u vezi s kondomima i drugim kontraceptivnim metodama;
- Osigurati informacije o tome koje su usluge dostupne za rešavanje zdravstvenih potreba u okviru seksualnog i reproduktivnog zdravlja” (70).

Na osnovu detaljnog pregleda literature (*Goldfarb & Lieberman, 2021*) utvrđeno je da je seksualno obrazovanje najefikasnije kada se započne pre seksualne aktivnosti, jer može poboljšati seksualno, socijalno, emocionalno zdravlje i akademska postignuća kod mladih ljudi (122).

### *1.8.2 Primenjeni program vannastavne edukacije “Zdravstveno vaspitanje o reproduktivnom zdravlju” među srednjoškolcima u Vojvodini*

Na osnovu analize situacije, procenjena je potreba za edukacijom u oblasti seksualnog i reproduktivnog zdravlja, definisani su ciljevi u skladu sa ciljevima seksualnog obrazovanja (90) implementirana je intervencija pod nazivom: „Vannastavna edukacija - Zdravstveno vaspitanje o reproduktivnom zdravlju među srednjoškolcima u AP Vojvodini“ tokom tri školske godine (2013-2016. godina), sa eksternom evaluacijom programa u četvrtoj godini.

Program delimično zadovoljava elemente sveobuhvatnosti, odnosno pripremljen je u skladu sa Standardima SZO o edukaciji u oblasti seksualnosti u Evropi - okvir za donosiocice politike, obrazovne i zdravstvene organe uprave i stručnjake (*Standards for sexuality Education in Europe. A Framework for policy makers, educational and health authorities and specialist.WHO. Regional Office for Europe and BzGA Standards Federal centre for Health education, BzGA Cologne 2010*) (89, 90) samo za uzrast 15 i više godina. Ključni koncepti u nastavnom planu i programu su: telo i razvoj; fertilitet i reprodukcija; seksualnost; emocije; veze i životni stilovi; seksualnost; zdravlje i blagostanje; seksualnost i prava; socijalne i kulturne determinante seksualnosti. U okviru svake teme definisani su specifični ciljevi učenja koji, kroz zdravstveno vaspitni proces, obezbeđuju adolescentima informacije, osposobljavaju ih životnim veštinama i pomažu im da razviju adekvatne stavove u vezi sa seksualnim i reproduktivnim zdravljem (Prilog br. 1) (89).

Drugi dokument koji je razmatran prilikom razvoja ovog Programa je Međunarodno tehničko uputstvo za edukaciju o seksualnosti putem pristupa zasnovanom na dokazima, za škole, učitelje i zdravstvene vaspitače „*International Technical Guidance on Sexuality education*“, koji je 2009. godine izdao UNESCO (121) koji takođe podrazumeva princip sveobuhvatnog seksualnog obrazovanja. Ključni koncepti koji se obrađuju u vodiču su: odnosi i veze; vrednosti, stavovi i veštine; kultura, društvo i ljudska prava; ljudski razvoj; seksualno ponašanje; seksualno i reproduktivno zdravlje). Teme i specifični ciljevi u vezi sa temama se nalaze u Prilogu br. 1.

Ova dva dokumenta se delimično preklapaju, ali UNESCO-ov dokument predstavlja globalne preporuke, dok je standard SZO o edukaciji u oblasti seksualnosti u Evropi - okvir za donosiocice politike, obrazovne i zdravstvene organe uprave i stručnjake, regionalno specifičan (89).

Međunarodna federacija za planiranje porodice (*IPPF-International Planned Parenthood Federation*) je 2009. godine objavila Vodič i aktivnosti za objedinjeni pristup edukaciji o seksualnosti, rodnim pitanjima, HIV-u i ljudskim pravima, „*Sve je jedan kurikulum – It's all one curriculum*“, smernice i aktivnosti za jedinstveni pristup obrazovanju o seksualnosti, rodu, HIV-u i ljudskim pravima” koji je takođe korišćen u pripremi ovog Programa. Ciljevi vodiča su povećanje sposobnosti mladih da donose odgovorne odluke o svom zdravlju, da učestvuju u društvu i ostvaruju svoja prava, da razviju kritičko mišljenje i samoeфикаsnost. Kao ciljevi navedeni su i smanjenje stope neželjene trudnoće, seksualno

prenosivih infekcija, neželjenog seksualnog odnosa i rodno zasnovanog nasilja. Plan i program ovog vodiča kroz teme: seksualno zdravlje i blagostanje; rod; seksualnost; intrapersonalni odnosi; komunikacija i donošenje odluka; telo, pubertet i reprodukcija; seksualno i reproduktivno zdravlje; zagovaranje za seksualno zdravlje, prava i rodnu ravnopravnost - obučava adolescente za kognitivne, afektivne (ka emocijama orijentisane) i bihevioralne (ka veštinama orijentisane) ciljeve (123, 124).

U sprovođenju Programa su u skladu sa navedenim vodičima primenjivane participativne (ka učesniku orijentisane), edukativne metode za podučavanje o seksualnosti, koje su se u poređenju sa drugim edukativnim metodama pokazale kao najefektivnije u zdravstveno-vaspitnim programima koji kao temu imaju reproduktivno i seksualno zdravlje (70, 123).

Programe seksualnog obrazovanja najčešće izvode nastavnici, vršnjaci ili zdravstveni radnici, ili kombinacija sve tri vrste edukatora (3, 92). U ovom radu će se utvrditi da li postoji razlika u efektivnosti programa u kome su učestvovali vršnjački edukatori u odnosu program u kome su učestvovali profesionalni edukatori. Vršnjačka edukacija, u kontekstu edukacije o seksualnom zdravlju mladih, uključuje podučavanje ili razmenu znanja o zdravstvenim informacijama, vrednostima i ponašanjima od strane osoba slične uzrasne ili socijalne grupe (125). Ove grupe mogu biti određene društvenim ili demografskim karakteristikama (npr. godine, obrazovanje, vrsta posla) ili rizičnim ponašanjem (npr. upotreba droga, komercijalni seksualni rad). Utvrđen je pozitivan efekat vrsnjačke edukacije na seksualno i reproduktivno zdravlje (126).

### ***1.9 Evaluacija zdravstveno vaspitnog programa***

Evaluacija je poslednja komponenta u razvoju i sprovođenju programa za unapređenje seksualnog i reproduktivnog zdravlja (90).

Evaluacija u promociji zdravlja ima za cilj da utvrdi u kojoj meri je intervencija postigla željene ishode i doprinela procesu postizanja ishoda, kao i da osigura da se primene efikasne intervencije, spreči dalju primenu neefikasnih intervencija, da se maksimizira isplativost intervencija i da se prepoznaju kontekstualni faktori koji utiču na efikasnost (94, 127). Evaluacija zdravstveno-vaspitnih intervencija se deli na formativnu, procesnu i procenu

uticaja/ishoda (128). Formativna evaluacija se primenjuje tokom razvoja intervencije, pre njene implementacije (128) i uključuje zainteresovane strane i učesnike u intervenciji. Svrha formativne evaluacije je da se razvije i poboljša intervencija kako bi se povećale njene šanse za uspeh. Iako to često nije moguće izvesti zbog vremenskih ograničenja i nedostatka resursa, formativna evaluacija može imati značajan uticaj na uspeh ili neuspeh intervencije (128). Metode koje se obično koriste tokom formativne evaluacije uključuju procenu potreba i pilot testiranje. Evaluacija procesa odnosi se na to kako je implementirana intervencija i da se utvrdi koje su komponente intervencije efikasne (129) kroz: 1) Izvršenje - informacije o tome kako je intervencija sprovedena; 2) Obuhvat - stepen u kojem ciljna grupa učestvuje u intervenciji i meri se kao udeo ciljne populacije koja prisustvuje ukupnom ili određenom delu intervencija; 3) Izloženost - stepen do kojeg se oni do kojih se došlo intervencijom uključuju u intervenciju („primljena doza“); 4) Kontekst - veće fizičko, društveno i političko okruženje koje je uticalo na pružanje intervencije, obuhvat i/ili izloženost. Kontekst takođe može uključivati zadovoljstvo učesnika, jer ono može uticati na obuhvat i izloženost intervenciji (128, 129).

Prema sporazumu Evropske ekspertske grupe, preporučuju se 3 tipa evaluacije programa seksualnog obrazovanja a to su evaluacija ishoda/uticaja, implementacije programa (proces) i evaluacija samog programa (86). Evaluacija ishoda procenjuje uspeh programa u smislu znanja, stavova i veština koje su učenici razvili kao rezultat programa, i predstavlja neposredni efekat intervencije, dok se evaluacija uticaja odnosi na dugoročniji efekat programa (86). Evaluacije zdravstveno-vaspitnih interventnih programa sa najvišim nivoom dokaza, koje najbolje mogu uzročno-posledično da povežu intervenciju i ishod (sa merenjem pre i posle intervencije), ali često ne mogu da pruže razumevanje mnogih aspekata efektivnosti – su randomizovana kontrolisana istraživanja (RKI). Kao njihova alternativa, koristi se kvaziekperimentalni dizajn istraživanja (94, 130, 131) i prema sporazumu Evropske ekspertske grupe ovaj metod evaluacije se preporučuje za utvrđivanje promena u znanju (86). Evaluacija implementacije koja se odnosi na to kako se program razvija i u kojoj meri je sproveden, dok se evaluacija samog programa odnosi na sadržaj programa, na proces razvoja programa i na način isporuke programa, i ovaj vid evaluacije se u literaturi najređe opisuje (86). Istraživači koji se bave evaluacijom zdravstveno-vaspitnih programa u oblasti reproduktivnog zdravlja zaključuju da bi se utvrdile ključne karakteristike efikasnih programa i istakli višestruki kontekstualni faktori i mehanizmi koji utiču na seksualno ponašanje i zdravlje adolescenata, potrebna je i evaluacija procesa ili procena mešovutih metoda (86, 132, 133).

UNESCO je 2013. godine razvio alat koji se odnosi na evaluaciju samog programa - Alat za pregled i procenu programa seksualnog obrazovanja (*SERAT- Sexuality Education Review and Assessment Tool*) (86, 134).



## 2. CILJEVI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA

### 2.1 Ciljevi istraživanja

1. Evaluirati vannastavni program zdravstvenog vaspitanja o reproduktivnom zdravlju u uzrastu 16 godina u AP Vojvodini primenom instrumenata za procenu efektivnosti (*SERAT* upitnik).
2. Proceniti nivo znanja, stavova i ponašanja o reproduktivnom zdravlju mladih uzrasta 16 godina nakon primene 3 modela vannastavnog programa zdravstvenog vaspitanja o reproduktivnom zdravlju u uzrastu 16 godina u AP Vojvodini.
3. Utvrditi povezanost demografskih (pol, urbano-ruralna stratifikacija), socioekonomskih (školski uspeh, vrsta škole, nivo obrazovanja roditelja, samoprocena socioekonomskog stanja) i kontekstualnih faktora (vrsta edukacije, broj časova i raspored tema edukacije i efikasnost edukatora) sa unapređenjem nivoa znanja, stavova i ponašanja nakon primene programa zdravstvenog vaspitanja o reproduktivnom zdravlju u uzrastu 16 godina u AP Vojvodini.

### 2.2 Hipoteze istraživanja

1. Primenom eksplicitnog, *SERAT* metoda evaluacije, Program zdravstvenog vaspitanja o reproduktivnom zdravlju u uzrastu 16 godina u AP Vojvodini pokazuje dobre karakteristike ciljeva, principa, sadržaja i implementacije.
2. Program zdravstvenog vaspitanja o reproduktivnom zdravlju u uzrastu 16 godina u AP Vojvodini pokazuje efektivnost u unapređenju znanja, stavova i ponašanja učesnika, dovodeći do njihovog signifikantnog unapređenja.
3. Prediktori višeg nivoa znanja o seksualnom zdravlju, adekvatnih stavova i protektivnih ponašanja (manji broj seksualnih partnera, duže trajanje veze pre stupanja u seksualne odnose, češće korišćenje kontracepcije, ređe iskustvo prinudnog seksualnog odnosa) su: ženski pol, bolji uspeh u školi, viši nivo samoprocenjenog socioekonomskog stanja, viši nivo obrazovanja majke i pohađanje većeg broja časova edukacije.

### 3. METOD ISTRAŽIVANJA

Za potrebe ovog istraživanja korišćene su baze podataka koje su prikupljene tokom tri školske godine u okviru Projekta "Vannastavna edukacija - Zdravstveno vaspitanje o reproduktivnom zdravlju srednjoškolaca u Vojvodini", 2013-2016. godina. Sastavni deo projekta je primena zdravstveno - vaspitnog programa o reproduktivnom zdravlju - Program vanastavne edukacije „Zdravstveno vaspitanje o reproduktivnom zdravlju među srednjoškolicima u Vojvodini“. Program je sveobuhvatan i njegova metodika zasnovana je na standardima *SZO* i *UNESCO* pri čemu je korišćen recenzirani Priručnik i i Rečnik reproduktivnog zdravlja za učesnike i priručnik za vođenje radionica, sa detaljnim opisom ciljeva radionica, metoda rada, potrebnih didaktičkih sredstava i radnim listovima. Sve tri godine istraživanje je sprovodio Institut za javno zdravlje Vojvodine uz podršku Pokrajinskog sekretarijata za sport i omladinu AP Vojvodine. Tokom trajanja projekta rađen je monitoring programa - unutrašnji i spoljni.

U ovoj disertaciji procenjivana je efektivnost navedenog programa kroz evaluaciju ishoda programa (unapređenje znanja, stavova i ponašanja učenika u relevantnim domenima) na osnovu pre- i post- interventnog anketiranje učenika koji su učestvovali u programu i kroz evaluaciju samog programa, evaluacijom ciljeva, principa, sadržaja i implementacije Programa primenom *SERAT* instrumenta.

Prvi ciklus projekta sproveden je 2013/14. godine, pod nazivom „Zdravstveno vaspitanje o reproduktivnom zdravlju“, pri čemu je u istraživanju, anketiranjem pre primene programa, obuhvaćen 991 učenik drugih razreda 10 srednjih škola i gimnazija u Vojvodini. Nakon primene Programa u istraživanju je učestvovalo 950 učenika drugih razreda 10 srednjih škola i gimnazija u Vojvodini.

Drugi ciklus je sproveden 2014/2015. godine, pod nazivom „Zdravstveno vaspitanje o reproduktivnom zdravlju srednjoškolaca u Vojvodini“ gde je anketiranjem pre primene Programa bilo obuhvaćeno 4.114 učenika drugih razreda 64 srednje škole. Nakon intervencije u istraživanju je bilo anketirano 4.790 učenika drugih razreda 63 srednje škole i gimnazije u Vojvodini.

U trećem ciklusu, 2015/2016. godine, naziv projekta je bio „Vannastavna edukacija: Zdravstveno vaspitanje o reproduktivnom zdravlju srednjoškolaca u Vojvodini u školskoj

2015/2016. godini“ pri čemu je pre primene Programa anketiranjem bilo obuhvaćeno 5.026 učenika drugih razreda 70 srednjih škola i gimnazija u AP Vojvodini. Nakon intervencije, anketirano je 5.230 učenika.

U četvrtoj godini, u delu istraživanja koji se odnosi na evaluaciju ciljeva i principa programa vannastavne edukacije “Zdravstveno vaspitanje o reproduktivnom zdravlju”, sadržaja samog Programa i njegove implementacije primenom *SERAT* upitnika (septembar 2016. godina – decembar 2017. godina), uzorak je činilo 57 edukatora koji su sprovodili program tokom tri školske godine, donosioci odluka i autori programa.

Sledi detaljan opis istraživačkog postupka u svakoj od četiri godine sa opisom varijabli ubotrebljenih u istraživanju i korišćenih statističkih metoda za dokazivanje postavljenih hipoteza istraživanja.

### **3.1 Postupak sprovođenja istraživanja**

#### *3.1.1 Dizajn studije*

Metodski, ovo istraživanje ima karakteristike kvaziekperimentalne studije praćenja ishoda zdravstveno - vaspitne intervencije na uzorku adolescenata uzrasta 16 godina sa pred-testom i post-testom (*eng. one-group pretest-posttest design*), koja je sprovedena tokom trajanja projekta u 3 školske godine.

#### *3.1.2 Ciljevi Projekta i odabir uzorka*

U sva tri ciklusa primene Programa, odabir srednjih škola i gimnazija je sproveo, po javnom konkursu, Pokrajinski sekretarijat za sport i omladinu Autonomne pokrajine Vojvodine, koji je bio pokrovitelj 4 jednogodišnja projekta Instituta za javno zdravlje Vojvodine, u okviru kojih su sprovedena 3 ciklusa edukacija i 1 ciklus spoljne evaluacije efektivnosti Programa. Odabir odeljenja drugih razreda u srednjim školama i gimnazijama u AP Vojvodini je sačinjen u saradnji svake škole sa savetom roditelja, jedanput godišnje, u periodu 2013-2016. godina.

U prvom ciklusu Program je sproveden 2013/2014. godine u okviru projekta „Zdravstveno vaspitanje o reproductivnom zdravlju“ čiji je opšti cilj bio „objašnjenje i stručno dokumentovanje potrebe za edukacijom o reproductivnom i seksualnom zdravlju srednjoškolske omladine“.

Specifični ciljevi projekta su bili:

- izrada plana interventnog zdravstveno-vaspitnog programa o reproduktivnom zdravlju za primenu na uzorku srednjoškolske omladine u AP Vojvodini od strane ekspertske radne grupe, kao i instrumenata za njegovu primenu (priručnika za vršnjačke edukatore i učenike; programa vršnjačke edukacije), monitoring i evaluaciju efektivnosti (pre- i post- interventno anketno istraživanje svih učenika u programu i poduzorka neizloženih učenika u istim vremenskim serijama);
- Sprovođenje edukacije u uzorku srednjoškolske omladine u AP Vojvodini;
- Izrada Izveštaja o efektivnosti interventnog zdravstveno-vaspitnog programa o reproduktivnom zdravlju uzorka srednjoškolske omladine u AP Vojvodini.

U januaru i februaru 2013. godine pribavljena je saglasnost direktora 10 srednjih škola i tokom jednog školskog časa sprovedena je anonimna anketa samopopunjavanjem. Svaki učenik je potpisao informisani pristanak za učestvovanje u istraživanju. Anketa je bila potpuno anonimna i upitnici su se predavali odvojeno od informisanog pristanka. Intervencija je sprovedena primenom vršnjačke (vannastavne) edukacije od strane 20 studenata završnih godina i master studija psihologije i medicine. Ukupno je sprovedeno 16 radionica u trajanju od 90 minuta.

U drugom ciklusu (2014/2015. godina) cilj Projekta je bio unapređenje znanja, stavova i ponašanja primenom ovog Programa i socijalno marketinškom intervencijom u zajednici.

Kao specifični ciljevi definisani su:

- Primena prethodno evaluiranog, vannastavnog, zdravstveno-vaspitnog programa o reproduktivnom zdravlju među opredeljenim učenicima uzrasta 16-17 godina u srednjim školama/gimnazijama u AP Vojvodini;
- Praćenje i dokumentovanje efektivnosti vannastavnog, zdravstveno-vaspitnog programa o reproduktivnom zdravlju među opredeljenim učenicima uzrasta 16-17 godina u srednjim školama/gimnazijama u AP Vojvodini i
- Povećanje osetljivosti stanovništva AP Vojvodine na potrebu za unapređenjem znanja, stavova i ponašanja u vezi sa reproduktivnim i seksualnim zdravljem kod mladih, putem socijalno-marketinške intervencije u zajednici.

Tokom trećeg ciklusa (2015/2016. godine) naziv projekta je bio „Vannastavna edukacija: 'Zdravstveno vaspitanje o reproduktivnom zdravlju' srednjoškolaca u Vojvodini u školskoj 2015/2016. godini“.

Kao specifični ciljevi projekta navedeni su:

- Primena prethodno-evaluiranog, vannastavnog, zdravstveno-vaspitanog programa o reproduktivnom zdravlju među opredeljenim učenicima uzrasta 16-17 godina u srednjim školama/gimnazijama u AP Vojvodini, tokom školske 2015/16. godine;
- Praćenje i dokumentovanje efektivnosti vannastavnog, zdravstveno-vaspitanog programa o reproduktivnom zdravlju među opredeljenim učenicima uzrasta 16-17 godina u srednjim školama/gimnazijama u AP Vojvodini tokom školske 2015/16. godine;
- Upoznavanje relevantnih institucija i pojedinaca sa standardima seksualnog obrazovanja u svetu, rezultatima projekta: „Vannastavna edukacija Zdravstveno vaspitanje o reproduktivnom zdravlju srednjoškolaca u Vojvodini u šk. 2014/15. g“ i njihovo motivisanje za pružanje javne podrške programima u sferi seksualnog obrazovanja putem organizacije stručnog simpozijuma;
- Povećanje osetljivosti stanovništva AP Vojvodine na potrebu za unapređenjem znanja, stavova i ponašanja u vezi sa reproduktivnim i seksualnim zdravljem kod mladih, putem socijalno-marketinške intervencije u zajednici.

### 3.1.3 Instrument istraživanja i metod anketiranja

Za procenu efektivnosti programa u sva tri ciklusa korišćen je anketni upitnik koji je sadržao pitanja o sociodemografskim karakteristikama ispitanika, znanju, stavovima i ponašanjima učenika u relevantnim domenima.

U prvom ciklusu kao instrument istraživanja korišćen je upitnik sa 56 pitanja (Prilog 2). Sadržaj upitnika i opis metodologije njegove primene je pozitivno ocenio Etički odbor Instituta za javno zdravlje Vojvodine (Prilog 5). U januaru i februaru 2013. godine pribavljena je saglasnost direktora 10 srednjih škola u AP Vojvodini i potpisan Memorandum o saradnji sa Sekretarijatom za sport i omladinu APV, u okviru kojeg je predviđeno anketno istraživanje pre i posle primene programa. Anonimna anketa je sprovedena tokom jednog školskog časa,

samopopunjavanjem, u februaru 2013. godine. Svaki učenik je pročitao i potpisao Informisani pristanak za učešće u istraživanju (Prilog 6). Na upitniku se nije beležio broj razreda, niti su se ikako registrovala imena učenika koji nisu bili prisutni na času. Upitnici su se predavali odvojeno od informacije sa pristankom na istraživanje, kako bi se obezbedila anonimnost i odvojeno dostavljeni Institutu za javno zdravlje Vojvodine. Tokom perioda 20. maj – 6. jun 2014. godine sprovedeno je postinterventno anketiranje učenika koji učestvuju u programu.

U drugom ciklusu projekta kao instrument istraživanja korišćen je upitnik sa 46 pitanja pre edukacije i upitnik sa 48 pitanja nakon edukacije (ukupno 47 pitanja, jer je pitanje 35 usled tehničke greške izostavljeno u upitniku) (Prilog 3). Sadržaj upitnika i opis metodologije njegove primene je pozitivno ocenio Etički odbor Instituta za javno zdravlje Vojvodine (Prilog 5). Anketni upitnici su dostavljeni poštom i na isti način prikupljeni u septembru 2014. godine i u maju 2015. godine. Izabrano je 5 odeljenja u 5 škola koje ne učestvuju u programu kao kontrolna grupa (ukupno 415 učenika).

U trećem ciklusu projekta kao instrument istraživanja korišćen je upitnik sa 57 pitanja pre edukacije i upitnik sa 59 pitanja nakon edukacije (Prilog 4) koji je konstruisan na osnovu prethodnih istraživanja, rezultata evaluacionih istraživanja iz 2013/14. godine i 2014/15. godine i pregledom stručne literature. Sadržaj upitnika i opis metodologije njegove primene je pozitivno ocenio Etički odbor Instituta za javno zdravlje Vojvodine (Prilog 5). Anketni upitnici su poštom dostavljani školama i na isti način prikupljeni i to krajem septembra 2015. godine (preinterventno istraživanje) i početkom maja 2016. godine (postinterventno istraživanje). Svaka škola je dobila upitnike za svako odeljenje drugog razreda koje je prijavljeno da učestvuje u programu, u posebnoj koverti. Koverta za pojedinačno odeljenje je sadržala: 1) uputstvo za edukatora 2) pojedinačne koverta sa upitnicima za svakog učenika; 3) obrasce za Informisani pristanak za učešće u istraživanju i 4) evidencioni obrazac za odeljenje koji popunjava odeljenski starešina.

#### *3.1.4 Karakteristike uzorka*

Tokom prvog ciklusa anketiranjem je pre primene programa obuhvaćen 991 učenik a nakon primene programa 950 učenika. Tokom drugog ciklusa anketirano je 4.114 učenika dok je nakon primene programa anketirano 4.790 učenika od kojih 415 nije pohađalo program i predstavljali su kontrolnu grupu i isključeni su iz analize. Tokom trećeg ciklusa anketirano je 5.026 učenika pre primene programa i 5.230 učenika nakon primene programa. Upitnike su popunjavali i učenici koji nisu učestvovali u Programu, ako su pripadali istom razredu i

potpisali informaciju sa pristankom na istraživanje. Razlika u broju anketiranih učenika pre i posle intervencije u sve tri godine je nastala iz nekoliko razloga: 1) učenici koji su učestvovali u programu mogli su da odbiju anketiranje (bilo pre-intervencije ili posle intervencije); 2) učenici koji su učestvovali u programu mogli su da budu opravdano odsutni iz škole na dane anketiranja; 3) učenici su se mogli predomisli između preinterventnog anketiranja i početka programa.

### *3.1.5. Edukatori angažovani za sprovođenje edukacije*

U prvom ciklusu učestvovalo je 20 vršnjačkih edukatora sa završnih godina integriranih studija Medicinskog fakulteta i master studija psihologije Filozofskog fakulteta. U drugom ciklusu, Program je sprovodilo ukupno 80 edukatora zaposlenih u školi i angažovanih prosvetnih radnika (pedagozi, psiholozi, profesori sociologije, biologije, fizičkog vaspitanja i medicinskih predmeta u stručnim školama). U trećem ciklusu učestvovalo je 112 edukatora. U svakom ciklusu su obuku edukatora sprovodili autori programa, univerzitetski nastavnici iz oblasti ginekologije (prof. dr Aleksandra Kapamadžija), urologije (prof. dr Dušanka Dobanovački), razvojne psihologije (prof. dr Marija Zotović Kostić) i socijalne medicine (doc. dr Snežana Ukropina), kao i lekar spec. epidemiologije iz Zavoda za zdravstvenu zaštitu studenata Novi Sad (dr Lidija Turo), omladinska radnica iz Omladinskog centra Novi Sad (Danijela Radić) i diplomirani psiholog iz Savetovaništa za mlade Doma zdravlja „Novi Sad“ (Ankica Gostović), koji su i autori dela metodologije, tokom osmočasovne teoretske obuke.

Program se sprovodio uz pomoć Priručnika za mlade koji učestvuju u Programu “Zdravstveno vaspitanje o reproductivnom zdravlju“ (69) i Priručnika za edukatore, sa detaljnim opisom svake radionice, metodologije rada i rasporeda.

## **3.2 Karakteristike primenjenog Programa**

Sadržaj primenjenog Programa edukacije je u skladu sa internacionalnim standarima i vodičima: Standardima svetske zdravstvene organizacije (SZO) o edukaciji u oblasti seksualnosti u Evropi - okvir za donosiocce politike, obrazovne i zdravstvene organe uprave i stručnjake (*Standards for Sexuality Education in Europe. A Framework for policy makers, educational and health authorities and specialist. WHO. Regional Office for Europe and Bzga Standards Federal centre for Health education, Bzga Cologne 2010*); Međunarodnim tehničkim uputstvom za edukaciju o seksualnosti putem pristupa zasnovanom na dokazima, za

škole, učitelje i zdravstvene vaspitače „*International Technical Guidance on Sexuality education*“ i sa Vodičem i aktivnostima za objedinjeni pristup edukaciji o seksualnosti, rodnim pitanjima, HIV-u i ljudskim pravima „*Sve je jedan kurikulum – It’s all one curriculum*” (89, 121, 123, 124).

Tokom primene Programa u skladu sa standardima i vodičima korišćen je participatorni pristup u edukaciji, koji podrazumeva aktivno uključivanje učesnika u proces učenja, odnosno razmenu znanja između učesnika i edukatora.

Edukatori su održali 14 radionica (drugi i treći ciklus) i 16 radionica (prvi ciklus), koje su trajale 90 minuta. Radionice su bile sprovedene logičnim redosledom kako bi se uskladile sa ciljevima intervencije. Razlike u redosledu i sadržaju radionica su prikazane u tabeli (tabela 1 i 2). Redosled radionica se menjao tokom ova tri ciklusa na osnovu predloga edukatora i osoba zaduženih za monitoring za unapređenje programa.

**Tabela 1. Sadržaj teorijskog dela Programa „Zdravstveno vaspitanje o reproduktivnom zdravlju među srednjoškolicima u Vojvodini“**

OBLAST	SADRŽAJ TEORIJSKOG DELA PROGRAMA
GINEKOLOGIJA	Anatomija ženskih polnih organa, Ženski pubertet, Reprodukција, trudnoća i porođaj, Sterilitet infertilitet i asistirana reprodukcija, Seksualnost čoveka, Planiranje porodice.
UROLOGIJA	Anatomija muških polnih organa Muški pubertet Urolog (koja stanja zahtevaju pregled urologa)
EPIDEMIOLOGIJA	Seksualno prenosive infekcije
RAZVOJNA PSIHOLOGIJA	Međuljudski odnosi (uvod, formiranje ljubavnih veza, seksualna aktivnost, veštine komunikacije i donošenje odluka
SOCIJALNA MEDICINA	Seksualno obrazovanje u Evropi i Srbiji Zdravlje i zdravstveno vaspitanje, pokazatelji zdravlja stanovništva Rizična ponašanja i zdravlje Internet kao izvor informacija o zdravlju Rodna pitanja i reproduktivno zdravlje



**Tabela 2. Sadržaj praktičnog dela Programa „Zdravstveno vaspitanje o reproduktivnom zdravlju među srednjoškolicima u Vojvodini“**

Redni broj radionice	REDOSLED TEMA U PRAKTIČNOM DELU		
	1. ciklus	2. ciklus	3. ciklus
1.	Upoznavanje Principi interaktivnog radioničarskog rada; O seksualnom obrazovanju u Evropi i kod nas	Uvod; šta je zdravlje? Principi interaktivnog radioničarskog rada; O seksualnom obrazovanju u Evropi i kod nas	Uvod; šta je zdravlje?
2.	Međuljudski odnosi; moji odnosi, da li je to ljubav?	Komunikacija, međuljudski odnosi, moji odnosi; da li je to ljubav? aktivno slušanje	Anatomija ženskih polnih organa; anatomija muških polnih organa
3.	Asertivnost u komunikaciji i aktivno slušanje	Komunikacija II, asertivnost u komunikaciji; komunikacija u konfliktnim situacijama	Seksualnost II
4.	Komunikacija u konfliktnim situacijama; odluka o stupanju u seksualne odnose	Anatomija ženskih polnih organa; anatomija muških polnih organa; Nazovimo stvari svojim imenom; Različitost tela	Komunikacija, međuljudski odnosi, moji odnosi; aktivno slušanje
5.	Anatomija polnih organa (seksualnih i reproduktivnih); nazovimo stvari svojim imenom; različitost tela	Pubertet (muški i ženski)	Pubertet, menstruacija, ovulacija, spermatozoidi
6.	Pubertet, menstruacija, ovulacija, spermatozoidi	Seksualnost I	Seksualnost I
7.	Seksualnost I (kada prvi seksualni odnos; šta je normalan seks?; šta se dešava prilikom seksualnog odnosa; odakle su dobili prva znanja; Komunikacija sa roditeljima; informacije sa interneta	Seksualnost II	Komunikacija II; donošenje odluke o stupanju u seksualne odnose; komunikacija u konfliktnim situacijama; odbijanje ponude za stupanje u seksualne odnose
8.	Seksualnost II (šta je to nenormalno u seksu a šta su seksualne disfunkcije?; prisilan seks, homoseksualnost, transeksualnost, interseksualnost	Trudnoća; maloletnička trudnoća; porođaj; abortus; donošenje odluke o stupanju u seksualne odnose i odbijanje seksualne prinude	Trudnoća; maloletnička trudnoća; porođaj; abortus; donošenje odluke o stupanju u seksualne odnose i

			odbijanje seksualne prinude
9.	Uloga ginekologa, urologa, pedijatra; kada ići kod ginekologa	Seksualno prenosive infekcije i HIV	Seksualno prenosive infekcije i HIV
10.	Seksualno prenosive infekcije i HIV	Kontracepcija I-vrste, delovanje, pouzdanost, prednosti i nedostaci, diskusija o preprekama	Kontracepcija, vrste, delovanje, pouzdanost, diskusija o preprekama
11.	Rizična ponašanja	Kontracepcija; demonstracija pravilne upotrebe kondoma; koraci pravilne primene	Kontracepcija; demonstracija pravilne upotrebe kondoma
12.	Kontracepcija, Planiranje porodice	Uloga ginekologa, urologa, pedijatra	Uloga ginekologa, urologa, pedijatra
13.	Trudnoća, porođaj, abortus; Asistirana reprodukcija	Rizična ponašanja;-debata o zabludama (pušenje, alkohol, droge) i asertivno odbijanje rizičnog ponašanja	Rizična ponašanja;-debata o zabludama (pušenje, alkohol, droge) i asertivno odbijanje rizičnog ponašanja
14.	Zdravlje i zdravstveno vaspitanje	Rodna pitanja i ljudska prava	Rodna pitanja i ljudska prava
15.	Ljudska prava; Seksualna i reproduktivna prava	-	-
16.	Rodna pitanja (norma, uloge i stereotipi)	-	-

### 3.3 Varijable iz upitnika korišćene u istraživanju

U prvom delu istraživanja su procenjivani znanje, stavovi i ponašanja mladih u vezi sa reproduktivnim zdravljem, njihova promena nakon intervencije kao i uticaj nezavisnih činilaca (demografskih, socioekonomskih i kontekstualnih) na znanje, poželjne stavove u vezi sa seksualnošću i na protektivna ponašanja.

#### 3.3.1 Demografske i socijalno-ekonomske odrednice

Kao obeležja demografskog statusa analizirani su:

- pol (muško/žensko)
- mesto stanovanja (urbano/ruralno).

Kao obeležja socioekonomskog statusa:

- obrazovanje majke sa modalitetima odgovora – osnovno, srednje i visoko;
- obrazovanje oca sa modalitetima odgovora – osnovno, srednje i visoko;
- samoprocena materijalnog stanja porodice sa modalitetima odgovora - dobro, prosečno, loše;
- uspeh u školi (odličan/vrlodobar i dobar/lošiji);
- vrsta škole koji je pohađana - gimnazija i srednja stručna škola.

### 3.3.2 Kontekstualni faktori istraživani u uzorcima

Kao obeležja kontekstualnih faktora analizirani su:

- broj pohađanih radionica (nijedna/manje od 5/5-10/više od 10/sve);
- ocena radionica od strane učesnika programa edukacije: od 1 (najniža ocena) do 5 (najviša ocena);
- ocena edukatora od strane učesnika programa edukacije od 1 (najniža ocena) do 5 (najviša ocena).

Odgovori na pitanja o broju pohađanih radionica, oceni edukatora i oceni radionica su korišćeni da se proceni njihova povezanost sa ishodima seksualnog i reproduktivnog zdravlja (znanje, stavovi i ponašanja).

U radu je analiziran i efekat intervencije na unapređenje traženja podrške u relaciji sa izvorima informacija, obraćanjem zbog problema u ljubavnoj vezi i problema reproduktivnog zdravlja, pri čemu su analizirana pitanja povezana sa:

- izvorom informacija o seksualnom i reproduktivnom zdravlju,
- obraćanjem učenika zbog problema u ljubavnoj vezi,
- obraćanjem učenika zbog problema reproduktivnog zdravlja.

Pitanja su glasila: 1) “Navedi izvore informacija o seksualnom i reproduktivnom zdravlju”, sa ponuđenim odgovorima: sredstva javnog informisanja, vršnjaci, roditelji, partner/partnerka, škola, zdravstveni radnici, nešto drugo; 2) “Ukoliko bi imao/la problema u ljubavnoj vezi kome bi se mogao/la obratiti za pomoć” - sa ponuđenim odgovorima: roditelju, bratu/sestri, nekome od članova šire porodice, prijatelju, nastavniku, školskom psihologu, psihologu u domu zdravlja, lekaru, nekom drugom; 3) “Ukoliko bi imao/la problema u vezi

sa reproduktivnim zdravljem kome bi se mogao/la obratiti za pomoć” – sa ponuđenim odgovorima: roditelju, bratu/sestri, nekome od članova šire porodice, prijatelju, nastavniku, školskom psihologu, psihologu u domu zdravlja, lekaru, nekom drugom.

### 3.3.3 Skala znanja o seksualnom i reproduktivnom zdravlju

Znanje o seksualnom i reproduktivnom zdravlju je analizirano na osnovu skale znanja koja je formirana na osnovu pitanja iz upitnika. Pitanja iz upitnika su se odnosila na znanje o menstrualnom ciklusu, kontraceptivnim metodama, seksualno prenosivim infekcijama i drugim aspektima od važnosti za seksualno i reproduktivno zdravlje. Na svako pitanje učenici su imali nekoliko ponuđenih odgovora od kojih je samo jedan bio tačan. Da bi se podaci mogli uporediti analiziran je uprosečen skor znanja pri čemu je formiran skor za svakog anketiranog učenika koji je kompletno popunio deo upitnika za procenu znanja. U prvom ciklusu (2013/14. godina) skala znanja se sastojala od 27 pitanja, a skor znanja predstavljen je kao uprosečen zbir tačnih odgovora na ta pitanja (pitanja iz upitnika od 30-56) (Prilog 2), pri čemu je formiran skor za svakog anketiranog učenika. U drugom ciklusu (2014/15. godina), u pre-testu skala znanja se sastojala od 23 pitanja, a skor znanja predstavljen je kao uprosečen zbir tačnih odgovora na ta pitanja (pitanja iz upitnika od 23-46, pri čemu je pitanje 35 izostavljeno jer se ne ponavlja u post testu), dok se u post-testu skala znanja sastojala takođe od 23 pitanja jer je pitanje pod brojem 35 usled tehničke greške izostavljeno (pitanja u upitniku od 23-46) za svakog učenika koji je pohađao program (Prilog 3). U trećem ciklusu (2015/16. godina), skala znanja se sastojala od 23 pitanja, a skor znanja predstavljen je kao uprosečen zbir tačnih odgovora na ta pitanja (pitanja iz upitnika od 32-54) za svakog anketiranog učenika koji je pohađao program (Prilog 4). Rezultat na skali je prosečna vrednost ostvarena na odgovarajućim ajtemima koji pripadaju toj skali pri čemu viši skor ukazuje na bolje znanje. Pouzdanost ukupne skale znanja u sva tri ciklusa je visoka sa vrednostima  $\alpha$  koeficijenta od 0,70 i više.

### 3.3.4 Stavovi o autonomnosti odluka u partnerskim odnosima (stavovi o seksualnosti)

U prvoj godini ispitivani su najvažniji indikatori stavova o autonomnosti učenika u partnerskim odnosima. Analizirana su pitanja – „Da li je u redu“... da se devojka otvoreno izjasni da ne želi da ima seks; ...Mladić otvoreno izjasni da ne želi seks; ...Zahtevati od partnera da koristi zaštitu; ...Tražiti od partnera da ispita da li ima neku seksualno prenosivu infekciju. U drugom i trećem ciklusu ispitivani su i stavovi: ...“Da li je u redu“... da devojka otvoreno kaže momku da želi da ima seks i ...Da li je u redu da momak kaže otvoreno devojci da želi da ima seks. Potvrdni oblik odgovora je smatran poželjnim. Analizirana je promena poželjnih

stavova nakon intervencije. Radi utvrđivanja prediktora poželjnih stavova u analizi multivarijantne logističke regresije, poželjan stav je posmatran kao kriterijumska varijabla a prediktori poželjnih stavova su nezavisni činioci (demografski i socioekonomski). U analizi povezanosti poželjnih stavova sa kontekstualnim faktorima (broj pohađanih radionica, ocena radionica i ocena edukatora) korišćeni su korelacijski koeficijenti.

### *3.3.5 Rizična i protektivna ponašanja u vezi sa seksualnim i reproduktivnim zdravljem*

Za potrebe analize definisana su rizična ponašanja povezana sa reproduktivnim zdravljem i ona podrazumevaju:

- upotrebu cigareta (ne /da, povremeno/ da svakodnevno);
- upotrebu alkohola (nikad/nekoliko puta godišnje/jednom mesečno/jednom nedeljno/dnevno ili skoro svaki dan);
- upotrebu droga (ne/probao-la sam / da, povremeno/da svakodnevno).

Kategorizacija varijabli je u skladu sa prethodnim istraživanjima i podrazumeva dihotomni oblik varijable (koristi/ne koristi), s obzirom da se svaka upotreba navedenih psihoaktivnih supstanci smatra rizičnom. U skladu sa tim sâm odgovor koji nije podrazumevao „ne“ i „nikada“ je smatran rizičnim ponašanjem.

Procena seksualne aktivnosti je definisana na osnovu pitanja: Da li si nekada stupio/la u seksualne odnose? i podrazumeva dihotomni oblik odgovora (da/ne).

Konstruisano je 5 varijabli o rizičnim seksualnim ponašanjima. Pitanja koja su analizirala rizično seksualno ponašanje su: 1) Koliko godina si imao/la pri prvom seksualnom odnosu? 2) Broj dosadašnjih seksualnih partnera; 3) Koliko je trajala veza pre stupanja u seksualne odnose? 4) Da li pri prvom seksualnom odnosu sa novim partnerom koristiš kondom? 5) Da li si ikada učestvovao u neželjenom seksualnom odnosu?

#### ***Konstrukcija rizičnih seksualnih ponašanja***

Za potrebe analize sva pitanja u vezi sa rizičnim seksualnim ponašanjem su transformisana u dihotomni oblik varijable: „rizično“ i „nije rizično ponašanje“ u skladu sa literaturnim navodima.

Kao rani seksualni odnos definisan je uzrast 15 godina i mlađi.

Varijabla „broj dosadašnjih seksualnih partnera“ je transformisana u dihotomni oblik, kao seksualni odnosi sa 1 i 2 partnera i seksualni odnosi sa 3 i više partnera (što se smatra rizičnim). U literaturi se navode različiti kriterijumi za definisanje ove varijable.

Kao rizično ponašanje koje se odnosi na trajanje veze pre stupanja u seksualne odnose, smatrano je stupanje u seksualne odnose u vezi kraćoj od 3 meseca i nepoznavanje partnera pre stupanja u seksualne odnose.

Kao rizično ponašanje u vezi sa upotrebom kondoma je smatrano ako je dat podatak da je upotreba kondoma tokom seksualnog odnosa ponekad i nikad. Ovaj kriterijum je korišćen jer je svaki odnos bez kondoma rizičan u pogledu infekcije seksualno prenosivim infekcijama ili neželjene trudnoće, a upotreba ovog strogog kriterijuma mogla bi objasniti razliku između podataka dobijenih iz različitih studija.

Učestvovanje u neželjenom seksualnom odnosu, je posmatrano kao rizično seksualno ponašanje bez obzira da li su učenici odgovarali da su imali neželjen odnos jednom ili više puta.

Radi utvrđivanja postojana udruženog rizičnog ponašanja analizirana je povezanost upotrebe alkohola sa definisanim rizičnim seksualnim ponašanjima kod učenika pre sprovođenja intervencije. Korišćena je originalna varijabla u vezi sa upotrebom alkohola, gde su ponuđeni odgovori: “nikad/nekoliko puta godišnje/jednom mesečno/jednom nedeljno/dnevno ili skoro svaki dan”, a rizična seksualna ponašanja su predstavljena u navedenom obliku (rizično/nije rizično ponašanje). Za analizu povezanosti korišćeni su korelacijski koeficijenti.

### ***Konstrukcija protektivnih seksualnih ponašanja***

Za potrebe analize prediktora (demografskih i socioekonomskih faktora) protektivnih ponašanja, protektivna ponašanja su definisana u inverznom odnosu od rizičnih ponašanja: stupanje u seksualne odnose sa 16 i više godina, dva i manje seksualna partnera tokom života, trajanje veze duže od tri meseca pre seksualnog odnosa, upotreba kondoma uvek prilikom seksualnog odnosa i neučestvovanje u neželjenom seksualnom odnosu.

### 3.4 Evaluacija primenom *SERAT* instrumenta

*SERAT* (*Sexuality Education Review and Assessment Tool*) je instrument zasnovan na Programu *Microsoft Excel* i služi za prikupljanje podataka o programima za unapređenje seksualnog i reproduktivnog zdravlja, a u cilju identifikovanja prednosti i slabosti programa. Nakon popunjavanja upitnika, rezultati se predstavljaju na stubičastim grafikonima koji su automatski formirani od strane *SERAT*-a. Zasnovan je na Međunarodnim tehničkim smernicama o seksualnom obrazovanju, koji je razvio UNESCO (*UNESCO - United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*) (Prilog 7) (134).

Osnovna svrha korišćenja *SERAT*-a je:

- Pregled školskih programa prevencije HIV-a i programa edukacije o seksualnosti zasnovanim na međunarodnim dokazima i dobroj praksi;
- Identifikovanje snaga i slabosti programa;
- Utvrđivanje svrhe programa u odnosu na zdravstvene indikatore;
- Senzibilizacija donosilaca odluka putem vizuelnog predstavljanja podataka o efektivnosti programa.

Instrument je organizovan u osam komponenti i to: (1) Ciljevi i principi - koji se bave ciljevima programa i principima; (2) Sadržaj programa za različite uzraste - koji procenjuje da li sadržaj programskog modula za različite uzraste pokriva sve elemente sveobuhvatnog seksualnog obrazovanja; (3) Implementacija - koja razmatra metode koje su upotrebljene u sprovođenju programa; (4) Integracija - koja razmatra obim integracije programa u školski program; (5) Obuka edukatora - koja procenjuje da li obuka uključuje obrazovanje o seksualnosti i posebne veštine za predavanje sadržaja; (6) Nadgledanje i evaluacija - koja se odnosi na mere uspostavljene za praćenje i evaluaciju programa seksualnog obrazovanja; i (7) Javnozdravstveni podaci - koji dokumentuju dostupnost podataka za podršku dizajnu programa. *SERAT* uključuje analizu programa, sadržaj programa, obuku nastavnika i drugih ključnih elemenata koji mogu dovesti do uspeha programa.

U našem istraživanju prikupljeni su odgovori za prve tri komponente *SERAT* programa (Ciljevi i principi programa, Sadržaj programa za uzrast 15-18 godina, Implementacija) i zadovoljen je kriterijum koji se preporučuje za korisnike *SERAT*-a (134), odnosno, da programi koji se primenjuju budu zasnovani na Međunarodnom tehničkom vodiču o seksualnom

obrazovanju (*UNESCO, 2009*) (121) i da budu zasnovani na nastavnom planu i programu „Sve je jedan kurikulum“ (*Populatin Council, 2009*) (123, 124).

### ***Postupak prikupljanja podataka***

Podaci su prikupljeni primenom *SERAT* elektronskog upitnika (verzija iz 2012/13. godine) za čiju upotrebu je dobijena dozvola od strane autora instrumenta (Prilog 7). Elektronski upitnik je tokom 2016/2017. godine prosleđen svim edukatorima koji su učestvovali u Programu u sva tri ciklusa koji su sprovodili program tokom tri školske godine, kao i donosiocima odluka i autorima programa. Ispitanicima koji su učestvovali u programu je putem e-maila dostavljeno uputstvo za popunjavanje upitnika i informacija za ispitanika (Prilog 7). Upitnik je bio potpuno anoniman. Ispitanici su pozvani da učestvuju u istraživanju kroz upitnik koji je bio sačinjen od 4 celine: jedan set pitanja o opštim podacima (godina učešća u programu, pol i uloga u programu) i tri seta pitanja (ukupno 100 pitanja) iz tri komponente *SERAT-a*, koje su korišćene u istraživanju (Ciljevi i principi programa, Sadržaj programa za uzrast 15-18 godina, Implementacija).

Odgovori na *SERAT* elektronske upitnike su se automatski prikupili u periodu septembar 2016. godina – decembar 2017. godina, putem platforme *Google drive*, u softveru *Microsoft Excel*, a potom analizirani kroz *SERAT* algoritam. Deskriptivne karakteristike uzorka su analizirane korišćenjem statističkog paketa *SPSS 21 for Windows (IBM)*.

Program je analiziran kroz sledeće komponente *SERAT-a*: (1) Ciljeve i principe - koji razmatraju ciljeve i principe programa sa 35 pitanja; (2) Sadržaj - koji procenjuje da li sadržaj programskog modula za uzrast od 15-18 godina pokriva sve elemente sveobuhvatnog seksualnog obrazovanja sa 50 pitanja i (3) Implementaciju - koja razmatra metode najčešće korišćene za implementaciju programa sa 15 pitanja. U okviru svake komponente naveden je određeni broj pitanja među kojima postoji pet alternativnih opcija odgovora: da; manje-više; ne; ne znam; nije primenjivo. Kada se odgovori izborom na jednu od opcija odgovora u tkz: “padajućem meniju” - oni se automatski pretvaraju u zapis cifara radi lakšeg tumačenja, koje određuju 19 karakteristika programa u 3 komponente (4 grafikona - po jedan za evaluaciju ciljeva/principa i implementaciju, dok je evaluacija sadržaja prikazana na dva grafikona), po snazi karakteristika (jake karakteristike, umerene karakteristike, slabe karakteristike i nije primenjivo). Instrument, takođe, poziva korisnike da uz svaku stavku napišu kratke komentare (ako ih imaju). *SERAT* i grafički prikazuje sve odgovore.



U prvoj komponenti *SERAT* instrumenta (ciljevi i principi), 35 pitanja generišu 4 karakteristike (ciljevi, efektivno ponašanje, model, analiza zainteresovanih strana).

U drugoj komponenti *SERAT* upitnika (Sadržaj programa za uzrast od 15-18 godina), 50 pitanja se odnose na to “Da li su naredne teme obuhvaćene programom” i pored svakog pitanja je simbolično naznačeno težište učenja na koje se odnosi pitanje (LjP-ljudska prava; P-pol ; Z- znanje; O- osećanja; SN- socijalne norme; ŽV- životne veštine), što u evaluacionom skoru generiše 6 karakteristika sadržaja prema fokusu učenja (znanje, osećanja, životne veštine, ljudska prava, pol, socijalne norme) i 6 karakteristika prema ključnom konceptu učenja (odnosi i veze, seksualnost i seksualno ponašanje, komunikacija, ljudski razvoj, seksualno i reproduktivno zdravlje, osnaživanje mladih).

U delu koji se odnosi na implementaciju: 15 pitanja se odnose na to da li program uključuje jasne i detaljne smernice za njegovu implementaciju, generišući 3 karakteristike (principi, način isporuke, metode).

### **3.5 Statističke metode obrade podataka**

Za statističku obradu podataka korišćen je programski paket *IBM SPSS Statistical Package for Social Sciences 21*. Analize su sprovedene na pojedinačnim grupama ispitanika u svakom ciklusu primene programa kao i na uzoračkom pulu (uzorak svih ispitanika obuhvaćenih ovim istraživanjem predstavljen u zajedničkoj matrici u *SPSS-u*, u kojoj se nalaze odgovori svih ispitanika na pitanja od značaja za sprovođenje analiza iz sva tri ciklusa, pre i posle edukacije). Statistička obrada podataka obuhvatala je sledeće analize u odnosu na ciljeve istraživanja:

- U analizi podataka korišćene su standardne metode deskriptivne i inferencijalne statistike. Numerički podaci su se prikazali putem srednjih vrednosti, opsega i mera varijabiliteta, a atributivna obeležja putem distribucije frekvencija i relativnih brojeva;
- Razlike su proveravane korišćenjem parametrijskih (*Student-ov t-test*, *ANOVA*) i neparametrijskih metoda ( $\chi^2$ -test);
- Razlike u znanju pre i posle intervencije su proveravane *Studentovim t* -testom u uzoračkom pulu u kome se nalaze uprosečene skale znanja pre i nakon intervencije;
- Razlike u stavovima i ponašanju pre i posle intervencije su proveravane  $\chi^2$ -testom u uzoračkom pulu;

- Za povezanost varijabli korišćeni su korelacijski koeficijenti (Pirsonov i Spirmanov);
- Za uvrđivanje demografskih i socioekonomskih prediktora stavova i ponašanja korišćena je binarna logistička regresija. U interpretaciji rezultata korišćen je odnos šansi (*Odds ratio*) zajedno sa 95% intervalom poverenja. Modeli su ispitivani primenom Hozmr i Lemšovog testa (*Hosmer and Lemeshow*), a model je podržan ako je vrednost bila veća od 0,05. Statistički značajnim se smatrala vrednost nivoa značajnosti  $p < 0,05$ . Postupak kreiranja modela obuhvatio je univarijantnu analizu ispitivanih prediktorskih varijabli, a zatim multivarijantnu analizu svih analiziranih prediktorskih varijabli, pri čemu je uzeta u obzir multikolinearnost;
- Analize moderacije i medijacije koristili smo kako bi proverili pretpostavljeni model interakcije varijabli uključenih u istraživanje. Ispitali smo moderacijsku ulogu tipa programa i medijacijsku ulogu broja radionica koje je učenik pohađao u odnosu na promenu u nivou znanja pre i posle intervencije.

## 4. REZULTATI ISTRAŽIVANJA

### **4.1 Karakteristike uzoraka srednjoškolaca uzrasta 16 godina u Vojvodini, 2013-2016. godina**

#### *4.1.1 Demografske i socio-ekonomske karakteristike uzoraka*

U prvom ciklusu istraživanja pre edukacije učestvovao je 991 učenik drugih razreda 10 srednjih škola i gimnazija u Vojvodini a nakon edukacije 950 učenika (u tabeli su nedostajući odgovori isključivani iz analize). Ukupno 42,0% mladića i 58,0% devojaka, prosečne starosti  $15,9 \pm 0,72$  godina pre edukacije i 42,9% mladića i 57,1% devojaka nakon edukacije. U odnosu na mesto stanovanja procenat učenika iz urbanih sredina je 74,9% pre vs 78,5% posle edukacije, dok je procenat učenika iz ruralnih sredina 25,1% pre vs 21,5% posle edukacije. Najveći broj učenika je ocenilo svoje materijalno stanje kao dobro (pre 52,7% vs 46,4% posle edukacije), zatim prosečno (39,0% pre vs 44,5% posle), dok je materijalno stanje kao loše ocenilo 2,1% učenika pre vs 2,5% učenika posle edukacije. Najveći broj učenika pre edukacije navodi odličan (59,0%) i vrlo dobar (30,4%) uspeh u školi, dok nakon edukacije sličan procenat učenika navodi odličan (41,4%) i vrlo dobar (41,6%) uspeh u školi. U odnosu na nivo obrazovanja roditelja, učenici su najčešće navodili da su roditelji/staratelji imali srednje obrazovanje: majka 53,0% pre vs 52,8% posle edukacije i otac 56,2% pre i 56,2% nakon edukacije. Posmatrano po tipu srednje škole gimnaziju je pohađalo 50,4% učenika pre vs 53,2% posle edukacije, a srednju stručnu školu 49,6% pre edukacije vs 46,8% posle edukacije (tabela 3).

U drugom ciklusu istraživanjem je obuhvaćeno 4.114 učenika drugih razreda koji pohađaju 64 srednje škole u Vojvodini pre edukacije, ukupno 46,6% mladića i 53,4% devojaka, prosečne starosti  $15,9 \pm 0,84$  godina i 4.790 učenika nakon edukacije, ukupno 44,9% mladića i 55,1% devojaka, prosečne starosti  $16,3 \pm 2,0$  godina. U odnosu na mesto stanovanja iz urbanih sredina je 53,6% učenika pre vs 53,9% posle edukacije, dok je iz ruralnih sredina 46,4% pre vs 46,1% posle edukacije. Najveći broj učenika je ocenilo svoje materijalno stanje kao prosečno (49,0% pre vs 55,0% posle), zatim dobro (46,6% pre vs 41,6% posle), dok je materijalno stanje kao loše ocenilo 4,4% pre vs 3,4% posle edukacije. Najveći broj učenika navodi odličan (32,2% pre vs 32,5% posle edukacije) i vrlo dobar (39,6% pre vs 40,2% posle edukacije) uspeh u školi. Učenici najčešće navode da roditelji imaju srednje obrazovanje: majka 61,5% pre vs 59,0% posle edukacije i otac 63,7% pre vs 61,9% posle edukacije. Posmatrano po tipu srednje škole,

gimnaziju je pohađalo 34,0% učenika pre vs 31,4% posle edukacije, dok je srednju stručnu školu pohađalo 66,0% učenika pre vs 68,6% učenika posle edukacije (tabela 3).

U trećem cikusu učestvovalo je 5.026 učenika 70 srednjih škola i gimnazija u Vojvodini pre edukacije 49,1% mladića i 50,9% devojaka, prosečne starosti  $15,8 \pm 0,96$  godina i 5.230 učenika posle edukacije, 47,9% mladića i 52,1% devojaka. U odnosu na mesto stanovanja, iz urbanih sredina je 55,5% učenika pre vs 54,6% posle edukacije, dok je iz ruralnih sredina 44,5% učenika pre vs 45,4% posle edukacije. Učenici su procenili svoje materijalno stanje kao dobro (49,4% pre vs 45,0% posle), prosečno (47,5% pre vs 51,3% posle) i loše (3,1% pre vs 3,7% posle). U odnosu na uspeh u školi najveći broj učenika naveo je odličan (30,1% pre vs 30,4% posle edukacije) i vrlo dobar (41,7% pre vs 42,2% posle edukacije) uspeh. U odnosu na nivo obrazovanja roditelja, najveći broj učenika navodi srednje obrazovanje: majka 57,0% pre vs 56,8% posle edukacije i otac 59,2% pre vs 59,8% posle edukacije (tabela 3). U trećem ciklusu učenici nisu razvrstavani po tipu škole.

**Tabela 3. Demografske i socioekonomske karakteristike ispitanika u sva 3 ciklusa istraživanja, pre i posle edukacije**

Varijabla	2013/2014. godina				2014/2015. godina				2015/2016. godina			
	Pre edukacije		Posle edukacije		Pre edukacije		Posle edukacije		Pre edukacije		Posle edukacije	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Pol</b>												
Muško	414	42,0	405	42,9	1898	46,6	1736	44,9	2424	49,1	2375	47,9
Žensko	571	58,0	540	57,1	2179	53,4	2130	55,1	2514	50,9	2580	52,1
<b>Prebivalište</b>												
Ruralno	247	25,1	200	21,5	1872	46,4	1803	46,1	2188	44,5	2248	45,4
Urbano	738	74,9	730	78,5	2163	53,6	2107	53,9	2731	55,5	2701	54,6
<b>Uspeh u školi</b>												
Odličan	584	59,0	392	41,4	1300	32,2	1267	32,5	1480	30,1	1506	30,4
Vrlo dobar	301	30,4	394	41,6	1603	39,6	1568	40,2	2048	41,7	2095	42,2
Dobar	93	9,4	151	16,0	1007	24,9	900	23,1	1232	25,1	1166	23,5
Dovoljan	6	0,6	7	0,7	84	2,1	131	3,4	105	2,1	136	2,7
Nedovoljan	5	0,5	2	0,2	49	1,2	30	0,8	51	1,0	59	1,2
<b>Tip škole</b>												
Srednja stručna	492	49,6	445	46,8	2714	66,0	2740	68,6	/*	/	/*	/
Gimnazije	499	50,4	505	53,2	1400	34,0	1254	31,4	/	/	/	/
<b>Samoprocenjeno materijalno stanje</b>												
Dobro	518	52,7	436	46,4	1900	46,6	1602	41,6	2398	49,4	2177	45,0
Prosečno	383	39,0	418	44,5	2001	49,0	2117	55,0	2308	47,5	2485	51,3
Loše	21	2,1	24	2,5	179	4,4	130	3,4	153	3,1	181	3,7
Ne želim da ogovorim	60	6,1	62	6,6	/	/	/	/	/	/	/	/
<b>Stepen obrazovanja majka</b>												
Osnovno	75	7,7	65	6,9	472	11,7	441	11,6	707	14,5	622	12,7
Srednje	516	53,0	496	52,8	2486	61,5	2250	59,0	2773	57,0	2773	56,8
Više ili visoko	383	39,3	378	40,3	1038	25,7	1085	28,4	1329	27,3	1423	29,1
Nemam tu osobu	-	-	-	-	44	1,1	39	1,0	56	1,2	64	1,3
<b>Stepen obrazovanja oca</b>												
Osnovno	83	8,5	70	7,5	410	10,1	402	10,5	667	13,7	603	12,3
Srednje	548	56,2	523	56,2	2592	63,7	2376	61,9	2882	59,2	2926	59,8
Više ili visoko	344	35,3	337	36,2	980	24,1	969	25,2	1174	24,1	1240	25,4
Nemam tu osobu	-	-	-	-	88	2,2	93	2,4	139	2,9	121	2,5

\*U trećem ciklusu učenici nisu razvrstani po vrsti škole

#### 4.1.2 Kontekstualni faktori istraživani u uzorcima

Učenici su učestvovali u edukacijama u okviru Programa vanastavne edukacije: „Zdravstveno vaspitanje učenika o reproduktivnom zdravlju među srednjoškolicima u Vojvodini“. Tokom prvog ciklusa primenjeno je 16 edukacija radioničkog tipa, dok je tokom drugog i trećeg ciklusa primenjeno 14 edukacija radioničkog tipa. U radu su se analizirali povezanost znanja, stavova i ponašanja sa brojem radionica, ocenom radionica od strane učenika i sa procenjenom efikasnošću edukatora od strane učenika kao i uticaj broja radionica na ishode seksualnog i reproduktivnog zdravlja, a analize su uključile samo učenike koji su učestvovali u edukaciji, nezavisno od broja pohađanih radionica.

U tabeli broj 4 je prikazana distribucija učenika u odnosu na broj pohađanih radionica. Od ukupnog broja anketiranih učenika tokom druge godine ( $n=4.790$ ), 1.017 učenika nije odgovorilo (21,2%) na ovo pitanje, 415 učenika (11,0%) nije učestvovalo u edukaciji, 589 učenika (15,6%) je prisustvovalo u manje od 5 radionica, 689 (18,3%) je učestvovalo u 5-10 radionica, više od 10 ali ne sve je pohađalo 1023 učenika (28,0%), dok je sve radionice pohađalo njih 1.057 (28,0%). Na pitanje kako bi ocenili radionice najveći broj učenika je dodelio ocenu pet (1.814; 57,0), zatim ocenu 4 (795; 25,0%), ocenu 3 (370; 11,6%), dok je ocenu 1 i 2 dodelilo 204 učenika, odnosno 6,4%, dok ostali učenici nisu dali odgovor na ovo pitanje. Na pitanje kako su ocenili edukatore, najveći broj je dodelio ocenu 5 (2.174; 69,7%), zatim ocenu 4 (512; 16,4%), dok je niže ocene dodelilo 434 učenika (13,9%), a ostali učenici nisu odgovorili na ovo pitanje.

Od ukupnog broja učenika tokom treće godine ( $n=5.230$ ) njih 1.233 (23,6%) nije odgovorilo na pitanje o učešću u radionicama, 784 učenika (19,6%) nije učestvovalo u edukaciji, 787 učenika (19,7%) je prisustvovalo u manje od 5 radionica, 806 (20,2%) je učestvovalo u 5-10 radionica, više od 10 ali ne sve je pohađalo 803 učenika (20,1%), dok je sve radionice pohađalo 817 (20,4%). Na pitanje kako bi ocenili radionice najveći broj učenika koji su učestvovali u edukaciji je dodelio ocenu pet (681; 21,3%), zatim ocenu 3 (640; 20,0%), ocenu 4 (622; 19,4%), dok je ocenu 1 i 2 dodelilo 1.261 učenika, odnosno 39,4%. Na pitanje kako su ocenili edukatore najveći broj učenika je dodelio ocenu 5 (686; 21,4%), zatim ocenu 4 (650; 20,3%), dok je niže ocene dodelilo 1.866 učenika, odnosno, 58,3%, a ostali učenici nisu dali odgovor na ovo pitanje (tabela 4).

**Tabela 4. Kontekstualni faktori istraživani u uzorcima nakon intervencije**

	2. ciklus		3. ciklus	
	n	%	n	%
<b>Broj pohadanih radionica</b>				
Nijedna	415	11,0	784	19,6
Manje od 5	589	15,6	787	19,7
5-10	689	18,3	806	20,2
Više od 10 ali ne sve	1023	27,1	803	20,1
Sve (14)	1057	28,0	817	20,4
<b>Ocena radionica</b>				
Nedovoljan (1)	116	3,6	628	19,6
Dovoljan (2)	88	2,8	633	19,8
Dobar (3)	370	11,6	640	20,0
Vrlo dobar (4)	795	25,0	622	19,4
Odličan (5)	1814	57,0	681	21,3
<b>Ocena edukatora</b>				
Nedovoljan (1)	137	4,4	591	18,5
Dovoljan (2)	65	2,1	640	20,0
Dobar (3)	232	7,4	635	19,8
Vrlo dobar (4)	512	16,4	650	20,3
Odličan (5)	2174	69,7	686	21,4

U 1 i 3. ciklusu istraživanja su analizirana i pitanja o tome kome bi se učenici mogli obratiti ako bi imali probleme u vezi sa reproduktivnim zdravljem i probleme u ljubavnoj vezi, kao i pitanje o izvorima informacija o seksualnom životu, radi utvrđivanja razlika pre i posle intervencije, dok ova pitanja u 2. ciklusu nisu analizirana zbog drugačije definisanih odgovora na pitanja pre i nakon intervencije. U prvom ciklusu učenici su se mogli opredeljavati za više odgovora. Na svako od ovih pitanja, određeni broj učenika nije dao odgovor.

U prvom ciklusu istraživanja, pre primene programa, na pitanje kojoj osobi bi se mogli obratiti ukoliko bi imali problema u ljubavnoj vezi (pri čemu su mogli navesti više osoba), učenici su se u najvećem broju slučajeva opredeljivali za prijatelje (80,1%), roditelje (48,1%) i braću i sestre (45,8%), a slede: članovi šire porodice (8,2%), neko drugi (3,3%), školski psiholog/pedagog (2,0%), nastavnik (1,6%), lekar (1,4%), i psiholog u domu zdravlja 0,9% (tabela 3). Upitani kome bi se mogli obratiti ukoliko bi imali probleme u vezi sa reproduktivnim zdravljem, učenici su najčešće navodili roditelje (83,5%), lekare (43,1%) i prijatelje (23,1%), a slede: brat ili sestra (17,4%), neko od članova šire porodice (3,8%), neko drugi (2,5%), psiholog u domu zdravlja (2,1%), školski psiholog/pedagog (1,0%) i nastavnik (1,0%). Najčešći izvori informacija iz kojih se učenici informišu o seksualnom životu su bila sredstva javnog informisanja (TV, internet, časopisi, knjige...) i to u 71,7%

slučajeva, a slede: vršnjaci (46,8%), roditelji (16,9%), škola (12,7%), partner/partnerka (8,8%) i zdravstveni radnici (6,3%) (tabela 5).

U trećem ciklusu istraživanja pre primene programa na pitanje kojoj osobi bi se mogli obratiti ukoliko bi imali problema u ljubavnoj vezi učenici su se u najvećem broju slučajeva opredeljivali za prijatelje (27,1%), za psihologa u domu zdravlja (18,0%), školskom psihologu (17,4%) a slede: nastavnik (15,7%), roditelj (6,9%), neko od članova šire porodice (4,7%) , dok su se za druge opcije manje opredeljivali (tabela 5). Upitani kome bi se mogli obratiti ukoliko bi imali probleme u vezi sa reproduktivnim zdravljem, učenici su najčešće navodili roditelje (30,0%), nekog drugog (28,2%), lekare (13,5%) a slede: nastavnik (6,7%), prijatelj (6,1%), neko od članova šire porodice (5,8%), psiholog u domu zdravlja (5,1%), školski psiholog/pedagog (2,5%) i brat/sestra (2,2%). Najčešći izvori informacija iz kojih se učenici informišu o seksualnom životu su bila sredstva javnog informisanja (TV, internet, časopisi, knjige...) i to u 39,0% slučajeva, a slede: roditelji (17,8%), vršnjaci (13,7%), škola (7,8%), drugi izvori (7,9%), partner/partnerka (6,9%) i zdravstveni radnici (6,9%) (tabela 5).



**Tabela 5. Kontekstualni faktori istraživani u uzorcima pre intervencije**

Varijabla	Ciklus 2013/14. godina		Ciklus 2015/16. godina	
	n	%	n	%
<b>Ukoliko bi imao/la problema u ljubavnoj vezi kome bi se obratio za pomoć</b>				
Roditelju	477	48,1	313	6,9
Bratu/sestri	454	45,8	208	4,6
Nekome od članova šire porodice	81	8,2	216	4,7
Prijatelju	794	80,1	1234	27,1
Nastavniku	16	1,6	716	15,7
Školskom psihologu	20	2,0	792	17,4
Psihologu u Domu zdravlja	9	0,9	819	18,0
Lekaru	14	1,4	83	1,8
Nekom drugom	33	3,3	180	3,9
<b>Ukoliko bi imao/la zdravstvenih problema iz oblasti reproduktivnog zdravlja, kome bi se mogao obratiti za pomoć</b>				
Roditelju	827	83,5	1189	30,0
Bratu/sestri	172	17,4	87	2,2
Nekome od članova šire porodice	38	3,8	228	5,8
Prijatelju	229	23,1	240	6,1
Nastavniku	10	1,0	264	6,7
Školskom psihologu	10	1,0	98	2,5
Psihologu u domu zdravlja	21	2,1	203	5,1
Lekaru	427	43,1	534	13,5
Nekom drugom	25	2,5	1114	28,2
<b>Navedi izvore informacija od kojih si najviše saznao/la o seksualnom životu</b>				
Sredstva javnog informisanja	705	71,7	1668	39,0
Vršnjaci	460	46,8	586	13,7
Roditelji	165	16,9	762	17,8
Partner/partnerka	86	8,8	296	6,9
Škola	125	12,7	333	7,8
Zdravstveni radnici	62	6,3	296	6,9
Nešto drugo	/	/	340	7,9

*Razlika u kontekstualnim faktorima pre i posle intervencije kod učesnika u edukaciji*

Analizirane su razlike u kontekstualnim faktorima u 1 i 3. ciklusu dok 2. ciklus nije analiziran zbog drugačije definisanih odgovora na pitanja pre i nakon intervencije. U prvom ciklusu ispitanici su odgovarali na pitanja tako što su za svaku opciju odgovora procenjivali koliko je ona za njih istinita, dok su u trećem ciklusu iste opcije odgovora sažete u jedno pitanje, a ispitanik je trebao da se opredeli za odgovor koji je za njega najtačniji (Prilog 2, 4).

Kada smo analizirali razlike u obraćanju u vezi sa problemima u ljubavnoj vezi i u vezi sa problemima reproduktivnog zdravlja u 1. ciklusu, uočili smo da se nakon intervencije u vezi sa problemima u ljubavnoj vezi značajno više učenika obraćalo školskom psihologu (4,0% vs 2,0%) ( $\chi^2=6,635$ ;  $p=0,010$ ), psihologu u domu zdravlja (2,3% vs 0,9%) ( $\chi^2=6,174$ ;  $p=0,013$ ) i

lekaru (2,9% vs 1,4%) ( $\chi^2=4,853$ ;  $p=0,028$ ). Nakon edukativne intervencije u vezi sa problemima reproduktivnog zdravlja značajno više učenika se obratilo prijatelju (28,1% vs 23,1%) ( $\chi^2=6,406$ ;  $p=0,011$ ), psihologu u domu zdravlja (5,5% vs 2,1%) ( $\chi^2=15,373$ ;  $p=0,000$ ) i lekaru (56,7% vs 43,1%) ( $\chi^2=35,732$ ;  $p=0,000$ ). Nakon edukativne intervencije, značajno više učenika je kao izvor informacija o seksualnom životu navelo školu (25,7% vs 12,6%) ( $\chi^2=61,253$ ;  $p=0,000$ ), zdravstvene radnike (12,3% vs 6,3%) ( $\chi^2=30,234$ ;  $p=0,000$ ) i partnerku (14,3% vs 8,7%) ( $\chi^2=22,901$ ;  $p=0,000$ ), a značajno ređe su navodili sredstva javnog informisanja (62,7% vs 71,1%) ( $\chi^2=25,542$ ;  $p=0,000$ ) (tabela 6).

**Tabela 6. Razlika u kontekstualnim faktorima pre i posle intervencije u 1. ciklusu istraživanja**

Ukoliko bi imao problema u ljubavnoj vezi, kome bi se mogao obratiti za pomoć?	Pre intervencije		Posle intervencije		p
	n	%	n	%	
Roditelju	477	48,1	416	44,0	>0,05
Bratu/sestri	454	45,8	406	42,9	>0,05
Članu šire porodice	81	8,2	83	8,8	>0,05
Prijatelju	794	80,1	739	78,0	>0,05
Nastavniku	16	1,6	20	2,1	>0,05
Školskom psihologu	20	2,0	38	4,0	<b>0,010</b>
Psihologu u domu zdravlja	9	0,9	22	2,3	<b>0,013</b>
Lekaru	14	1,4	27	2,9	<b>0,028</b>
Nekom drugom	33	3,3	28	3,0	>0,05
<b>Ukoliko bi imao problema u vezi sa reproduktivnim zdravljem kome bi se mogao obratiti za pomoć?</b>					
Roditelju	827	83,5	685	72,7	>0,05
Bratu/sestri	172	17,4	177	18,9	>0,05
Članu šire porodice	38	3,8	40	4,3	>0,05
Prijatelju	229	23,1	265	28,1	<b>0,011</b>
Nastavniku	10	1,0	12	1,3	>0,05
Školskom psihologu	10	1,0	15	1,6	>0,05
Psihologu u domu zdravlja	21	2,1	52	5,5	<b>0,000</b>
Lekaru	427	43,1	534	56,7	<b>0,000</b>
Nekom drugom	25	2,5	21	2,2	>0,05
<b>Navedi izvore informacija od kojih si najviše saznao o seksualnom životu</b>					
Sredstva javnog informisanja	705	71,1	589	62,7	<b>0,000</b>
Vršnjaci	460	46,4	408	43,4	>0,05
Roditelji	165	16,6	165	17,6	>0,05
Partner/partnerka	86	8,7	134	14,3	<b>0,000</b>
Škola	125	12,6	242	25,7	<b>0,000</b>
Zdravstveni radnici	62	6,3	116	12,3	<b>0,000</b>

>0,05 - razlike nisu statistički značajne

U 3. ciklusu istraživanja, razlika pre i posle edukativne intervencije se uočava u tome što su učenici nakon intervencije navodili da bi se u vezi sa problemima u ljubavnoj vezi

značajno više obraćali nastavniku (18,3% vs 15,7%), psihologu u domu zdravlja (20,0% vs 18,0%), dok bi se značajno manje obraćali prijatelju (24,1% vs 27,1%) ( $\chi^2=28,317$ ;  $p=0,000$ ). U vezi sa problemima reproduktivnog zdravlja učenici su nakon edukacije značajno češće navodili da bi se više obraćali nastavniku (8,3% vs 6,7%), školskom psihologu (3,5% vs 2,5%) i psihologu u domu zdravlja (6,6% vs 5,1%), a značajno manje roditelju (22,8% vs 30,0%) ( $\chi^2=65,114$ ;  $p=0,000$ ). Nakon edukativne intervencije značajno veći broj učenika je kao izvor informacija navodio školu (10,6% vs 7,8%) i zdravstvene radnike (9,1% vs 6,9%), dok je značajno manji broj učenika navodio sredstva javnog informisanja (23,1% vs 39,0%), vršnjake (8,9% vs 13,7%) i roditelje (10,9% vs 17,8%) ( $\chi^2=1312,669$ ;  $p=0,000$ ) (tabela 7).

**Tabela 7. Razlika u kontekstualnim faktorima pre i posle intervencije u 3. ciklusu istraživanja**

Ukoliko bi imao problema u ljubavnoj vezi kome bi se mogao obratiti za pomoć?	Pre intervencije		Posle intervencije		p
	n	%	n	%	
Roditelju	313	6,9	262	7,1	>0,05
Bratu/sestri	208	4,6	156	4,2	>0,05
Članu šire porodice	216	4,7	157	4,3	>0,05
Prijatelju	1234	27,1	888	24,1	<b>0,000</b>
Nastavniku	716	15,7	673	18,3	<b>0,000</b>
Školskom psihologu	792	17,4	577	15,7	>0,05
Psihologu u domu zdravlja	819	18,0	736	20,0	<b>0,000</b>
Lekaru	83	1,8	90	2,4	>0,05
Nekom drugom	180	3,9	145	3,9	>0,05
<b>Ukoliko bi imao problema u vezi sa reproduktivnim zdravljem kome bi se mogao obratiti za pomoć?</b>					
Roditelju	1189	30,0	684	22,8	<b>0,000</b>
Bratu/sestri	87	2,2	62	2,1	>0,05
Članu šire porodice	228	5,8	136	4,5	>0,05
Prijatelju	240	6,1	213	7,1	>0,05
Nastavniku	264	6,7	248	8,3	<b>0,000</b>
Školskom psihologu	98	2,5	106	3,5	<b>0,000</b>
Psihologu u domu zdravlja	203	5,1	199	6,6	<b>0,000</b>
Lekaru	534	13,5	432	14,4	>0,05
Nekom drugom	1114	28,2	922	30,7	>0,05
<b>Navedi izvore informacija od kojih si najviše saznao o seksualnom životu</b>					
Sredstva javnog informisanja	1668	39,0	944	23,1	<b>0,000</b>
Vršnjaci	586	13,7	365	8,9	<b>0,000</b>
Roditelji	762	17,8	444	10,9	<b>0,000</b>
Partner/partnerka	296	6,9	237	5,8	>0,05
Škola	333	7,8	432	10,6	<b>0,000</b>
Zdravstveni radnici	296	6,9	237	9,1	<b>0,000</b>

>0,05 - razlike nisu statistički značajne

## 4.2 Znanja učenika o seksualnom i reproduktivnom zdravlju

### 4.2.1 Deskriptivne karakteristike skalâ za procenu znanja o seksualnom i reproduktivnom zdravlju u različitim godinama primene programa

U tabeli 8 su prikazani prosečni skorovi na kriterijumskoj varijabli znanja posmatrani u sva tri ciklusa pre i posle edukativne intervencije. Skor nije korigovan u odnosu na nedostajuće odgovore, zbog čega je formiran kao skor samo kod kompletno popunjene skale znanja.

U prvom ciklusu pre i posle intervencije računat je ukupan skor znanja kao zbir tačnih odgovora na 27 pitanja. U drugom i trećem ciklusu, skor znanja je računat kao zbir tačnih odgovora na 23 pitanja.

U prvom ciklusu, prosečan skor na konstruisanoj skali znanja pre intervencije je  $M=0,335$ , dok je nakon intervencije  $M=0,521$ . U drugom ciklusu prosečan skor znanja pre intervencije je  $M=0,360$ , a nakon intervencije  $M=0,549$ , dok je u trećem ciklusu pre intervencije  $M=0,360$  a nakon intervencije  $M=0,533$  (tabela 8). Kako bi proverili pouzdanost skale znanja u sva tri ciklusa, koristili smo Kronbahov alfa koeficijent (*Cronbach  $\alpha$* ). Rezultati pokazuju da u sva tri ciklusa ova skala ima zadovoljavajuću pouzdanost (tabela 8).

**Tabela 8. Distribucija skorova znanja o seksualnom i reproduktivnom zdravlju**

	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Zakrivljenost</i>	<i>Spljoštenost</i>	<i><math>\alpha</math></i>
<b>1. ciklus /pretest (n=991)</b>	0,00	0,74	0,335	0,14	0,09	-0,43	0,72
<b>1.ciklus/posttest (n=761)</b>	0,00	0,93	0,521	0,19	-0,22	-0,51	0,85
<b>2. ciklus /pretest( n=3.456)</b>	0,00	0,83	0,360	0,14	-0,01	-0,27	0,70
<b>2.ciklus/posttest (n=2.354)</b>	0,00	0,96	0,549	0,19	-0,17	-0,37	0,79
<b>3. ciklus /pretest (n=3.408)</b>	0,00	0,96	0,360	0,14	-0,07	-0,11	0,70
<b>3. ciklus /posttest (n=2.358)</b>	0,00	1,00	0,533	0,19	-0,26	-0,32	0,79

### 4.2.2 Ocena značajnosti promena znanja o seksualnom zdravlju, pre i posle intervencije, u različitim godinama primene programa

Za procenu znanja pre i posle intervencije korišćen je *t* test za nezavisne uzorke i utvrđeno je povećanje prosečne vrednosti na skali znanja u sve tri godine kod učenika koji su učestvovali u edukaciji, bez obzira koliko radionica su učenici pohađali. Postoji značajna razlika u znanju pre i posle edukativne intervencije: prvi ciklus, posle intervencije ( $M=0,52$ ,  $SD=0,19$ ;  $t=-22,881$ ;  $p=0,000$ ) u odnosu na pre intervencije ( $M=0,33$ ,  $SD=0,14$ ); drugi ciklus posle intervencije ( $M=0,54$ ,  $SD=0,19$ ;  $t=-41,851$ ;  $p=0,000$ ) u odnosu na pre intervencije ( $M=0,36$ ,  $SD=0,14$ ); treći ciklus posle intervencije ( $M=0,53$ ,  $SD=0,19$ ;  $t=-37,437$ ;  $p=0,000$ ) u odnosu na pre intervencije ( $M=0,36$ ,  $SD=0,14$ ) (tabela 9).

**Tabela 9. Razlike u prosečnim skorovima znanja pre i posle edukativne intervencije**

		<b>n</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Znanje prvi ciklus</b>	Pre-test	991	0,33	0,14	-22,881	0,000
	Post-test	761	0,52	0,19		
<b>Znanje drugi ciklus</b>	Pre-test	3.456	0,36	0,14	-41,851	0,000
	Post-test	2.354	0,54	0,19		
<b>Znanje treći ciklus</b>	Pre-test	3.408	0,36	0,14	-37,437	0,000
	Post-test	2.358	0,53	0,19		

#### 4.2.3 Razlike u znanju o seksualnom zdravlju nakon intervencije u odnosu na demografske i socioekonomske faktore

Zbog navedenih doprinosa socioekonomskih i demografskih faktora nivoima znanja o seksualnom zdravlju kao i uticaju ovih varijabli na efektivnost intervencije za unapređenje seksualnog i reproduktivnog zdravlja, analizirali smo razlike u znanju u odnosu na različite demografske i socioekonomske varijable nakon intervencije.

##### *Varijabla znanje– razlike u odnosu na pol*

Studentovim  $t$  – testom za nezavisne uzorke upoređen je nivo pokazanog znanja kod učenika muškog i ženskog pola. Iz rezultata (tabela 10) vidimo da je u prvom ciklusu postojala značajna razlika u skoru znanja i da je veći kod osoba ženskog pola ( $M=0,56$ ,  $SD=0,17$ ;  $t=-6,794$ ,  $p=0,000$ ) nego kod muškog pola ( $M=0,46$ ,  $SD=0,21$ ). U drugom ciklusu skor znanja je takođe bio veći kod osoba ženskog pola ( $M=0,59$ ;  $SD=0,17$ ;  $t=-15,475$ ;  $p=0,000$ ) u odnosu na muški pol ( $M=0,47$ ;  $SD=0,19$ ), kao i u trećem ciklusu: ženski pol ( $M=0,59$ ,  $SD=0,17$ ;  $t=-13,439$ ,  $p=0,000$ ) u odnosu na muški pol ( $M=0,47$ ,  $SD=0,20$ ). Zaključujemo da su postojale značajne razlike u skoru znanja prema polu u sva 3 posmatrana ciklusa edukacije, odnosno učenice su imale značajno bolje znanje o reproduktivnom i seksualnom zdravlju (tabela 10).

##### *Varijabla znanje– razlike u odnosu na mesto prebivališta*

Studentovim  $t$  - testom za nezavisne uzorke upoređeno je pokazano znanje učenika iz ruralnih i urbanih sredina. Iz rezultata prikazanih u tabeli 10 vidimo da je u prvom ciklusu postojala značajna razlika u skoru znanja koje je bilo veće kod učenika iz urbanih sredina ( $M=0,53$ ,  $SD=0,19$ ;  $t=-2,258$ ,  $p=0,024$ ) u odnosu na učenike iz ruralnih sredina ( $M=0,49$ ,  $SD=0,19$ ). U drugom ciklusu se zapaža da je takođe postojala značajna razlika u skoru znanja kod učenika iz urbanih sredina ( $M=0,57$ ;  $SD=0,19$ ;  $t=-6,489$ ;  $p=0,001$ ) u odnosu na učenike iz ruralnih sredina ( $M=0,52$ ,  $SD=0,18$ ). U trećem ciklusu se uočava značajna razlika u skoru

znanja između učenika iz urbanih sredina ( $M=0,55$ ,  $SD=0,19$ ;  $t=-3,867$ ,  $p=0,001$ ) u odnosu na učenike iz ruralnih sredina ( $M=0,52$ ;  $SD=0,19$ ). Zaključujemo da su postojale značajne razlike u znanju u odnosu na mesto prebivališta u sva 3 posmatrana ciklusa, takve da su učenici iz urbanih sredina imali značajno veći skor znanja o seksualnom i reproduktivnom zdravlju (tabela 10).

### ***Varijabla znanje- razlike u odnosu na uspeh u školi***

Studentovim  $t$ -testom za nezavisne uzorke upoređeni su rezultati ispitivanja znanja kod učenika koji imaju odličan i vrlo dobar uspeh u školi i učenika koji imaju dobar i lošiji uspeh u školi. U rezultatima uočavamo (tabela 10) da u prvom ciklusu postoji značajna razlika, odnosno da su učenici sa boljim uspehom u školi ( $M=0,53$ ,  $SD=0,19$ ;  $t=5,381$ ,  $p=0,000$ ) u odnosu na učenike sa lošijim uspehom u školi ( $M=0,43$ ,  $SD=0,22$ ) imali veći skor znanja. Ta razlika se uočava i u drugom i trećem ciklusu. Drugi ciklus: ( $M=0,58$ ;  $SD=0,18$ ;  $t=14,872$ ;  $p=0,000$ ), ( $M=0,44$ ,  $SD=0,18$ ); Treći ciklus: ( $M=0,57$ ,  $SD=0,18$ ;  $t=11,783$ ,  $p=0,000$ ), ( $M=0,45$ ;  $SD=0,19$ ). Zaključujemo da postoje značajne razlike u skoru znanja u odnosu uspeh u školi u sva 3 posmatrana ciklusa takva da su učenici sa boljim uspehom u školi imali značajno bolje znanje o seksualnom i reproduktivnom zdravlju (tabela 10).

### ***Varijabla znanje- razlike u odnosu na tip škole***

Studentovim  $t$ -testom nezavisnih uzoraka upoređeni su rezultati ispitivanja znanja kod učenika koji pohađaju gimnaziju i učenika koji pohađaju srednju stručnu školu u prvom i drugom ciklusu istraživanja. Rezultati pokazuju da je i u prvom i u drugom ciklusu postojala značajna razlika u skoru znanja kod učenika koji pohađaju gimnaziju ( $M=0,53$ ;  $SD=0,18$ ;  $t=6,475$ ,  $p=0,000$ ) u odnosu na učenike koji pohađaju srednju stručnu školu ( $M=0,47$ ;  $SD=0,20$ ). Drugi ciklus: učenici iz gimnazije ( $M=0,61$ ;  $SD=0,18$ ;  $t=13,294$ ;  $p=0,000$ ) u odnosu na srednju stručnu školu ( $M=0,51$ ;  $SD=0,18$ ). U trećem ciklusu nije analizirano znanje u odnosu na ovu varijablu. Zaključujemo da su postojale značajne razlike u znanju u odnosu na tip škole u 1 i 2. ciklusu, te da su učenici koji su pohađali gimnaziju imali značajno veći skor znanja o seksualnom i reproduktivnom zdravlju (tabela 10).

**Tabela 10. Prosečan skor znanja u odnosu na pol, mesto prebivališta i tip škole nakon intervencije**

			<b>n</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Znanje 1. ciklus</b>	Pol	Muški	317	0,461	0,21		
		Ženski	441	0,561	0,17	-6,794	0,000
	Prebivalište	Ruralno	166	0,491	0,19		
		Urbano	581	0,531	0,19	-2,258	0,024
	Uspeh u školi	Odličan/vrlodobar	644	0,538	0,18	5,381	0,000
		Dobar i lošiji	114	0,432	0,22		
Tip škole	Gimnazija	427	0,562	0,18			
	Srednja stručna	334	0,471	0,20	6,475	0,000	
<b>Znanje 2. ciklus</b>	Pol	Muški	943	0,477	0,19		
		Ženski	1355	0,597	0,17	-15,475	0,000
	Prebivalište	Ruralno	1026	0,521	0,18		
		Urbano	1299	0,573	0,19	-6,489	0,000
	Uspeh u školi	Odličan/vrlodobar	1770	0,581	0,18		
		Dobar/lošiji	557	0,448	0,18	14,872	0,000
Tip škole	Gimnazija	814	0,619	0,18			
	Srednja stručna	1540	0,512	0,18	13,294	0,000	
<b>Znanje 3. ciklus</b>	Pol	Muški	838	0,471	0,20		
		Ženski	1025	0,591	0,17	-13,439	0,000
	Prebivalište	Ruralno	883	0,523	0,19		
		Urbano	993	0,558	0,19	-3,867	0,000
	Uspeh u školi	Odličan/vrlodobar	1405	0,573	0,18	11,783	0,000
		Dobar i lošiji	479	0,455	0,19		

Za analizu razlika u nivou znanja između učenika različitih socioekonomskih obeležja primenili smo jednosmernu analizu varijanse (*ANOVA*). Iz tabele 11 vidimo da postoji statistički značajna razlika u nivou znanja o seksualnom i reproduktivnom zdravlju u odnosu na posmatrane karakteristike između različitih kategorija socioekonomskih varijabli (stepen obrazovanja oca, stepen obrazovanja majke i samoprocenjeno materijalno stanje).

U prvom edukativnom ciklusu rezultati pokazuju da postoji statistički značajna razlika u skoru znanja učenika u zavisnosti od obrazovanja oca ( $F=4,654$ ;  $p=0,000$ ). Naknadna poređenja primenom *Scheffe* testa (*post-hock* test) pokazuju da se srednje vrednosti između grupa značajno razlikuju. Ustanovljeno je da su učenici čiji otac ima samo osnovno obrazovanje imali značajno niži prosečan skor znanja od učenika čiji otac ima visoko obrazovanje. Takođe, učenici čiji očevi imaju srednje obrazovanje, imali su značajno niži prosečan skor znanja od učenika čiji očevi imaju visoko obrazovanje.

Statistički značajna razlika u skoru znanju učenika postoji i u zavisnosti od obrazovanja majke ( $F=10,234$ ;  $p=0,000$ ). Naknadnim poređenjem primenom *Scheffe* testa ustanovljeno je da učenici čije majke imaju samo osnovno obrazovanje imaju značajno niži prosečni skor

znanja od ostalih učenika. Između ostale dve kategorije, znanje se ne razlikuju značajno.

Statistički značajna razlika u znanju postoji u zavisnosti od materijalnog stanja porodice ( $F=8,498$ ;  $p=0,000$ ). *Post hock* testom ustanovljeno je da su učenici sa dobrim materijalnim stanjem imali značajno niži nivo znanja od onih sa prosečnim materijalnim stanjem. Kategorija učenika sa lošijim materijalnim stanjem nije se značajno razlikovala od ostalih kategorija.

U drugom edukativnom ciklusu rezultati pokazuju da postoji statistički značajna razlika u skor u znanja učenika u zavisnosti od obrazovanja oca ( $F=9,865$ ;  $p=0,000$ ). Naknadnim poređenjem, primenom *Scheffe* testa, ustanovljeno je da se srednje vrednosti između kategorija značajno razlikuju. Učenici čiji otac ima osnovno obrazovanje su imali značajno niže znanje od ostalih. Takođe, učenici čiji očevi imaju srednje obrazovanje imaju značajno niži prosečan skor od onih čiji očevi imaju visoko obrazovanje.

Pokazano je i da postoji statistički značajna razlika u znanju u zavisnosti od obrazovanja majke ( $F=6,357$ ;  $p=0,000$ ). *Post-hock* testom ustanovljeno je da su učenici čije majke imaju osnovno obrazovanje imali značajno niži prosečan skor znanja od učenika čije majke imaju visoko obrazovanje. Prosečan nivo znanja kod učenika koji imaju majke sa srednjim nivoom obrazovanja nije se razlikovao značajno od ostalih grupa. Statistički značajna razlika u znanju učenika u zavisnosti od materijalnog stanja porodice nije utvrđena ( $F=2,420$ ;  $p=0,089$ ).

U trećem edukativnom ciklusu analiza pokazuje značajne razlike u znanju u zavisnosti od obrazovanja oca ( $F=13,147$ ;  $p=0,000$ ). *Post-hock* testom ustanovljeno je da su učenici čiji otac ima osnovno obrazovanje imali značajno niži prosečan nivo znanja od ostalih. Između druge dve grupe nisu uočene značajne razlike. Javlja se statistički značajna razlika u znanju u zavisnosti od obrazovanja majke ( $F=6,843$ ;  $p=0,001$ ). Učenici čije majke imaju osnovno obrazovanje su imali značajno niži prosečan skor od ostalih. Između druge dve grupe nisu uočene značajne razlike. U zavisnosti od samoprocenjenog materijalnog stanja porodice postoji statistički značajna razlika u znanju ( $F=6,544$ ;  $p=0,001$ ), takva da učenici sa dobrim materijalnim stanjem imaju niži prosečan skor znanja od učenika sa prosečnim materijalnim stanjem.

Zaključujemo da je znanje u prvom edukativnom ciklusu bilo veće kod učenika koji navode više obrazovanje roditelja, pri čemu je kod varijable obrazovanje oca - pronađena razlika između visokog obrazovanja u odnosu na samo osnovno i srednje obrazovanje, dok je



kod varijable obrazovanje majke - razlika u znanju pronađena između samo osnovnog obrazovanja u odnosu na srednje i visoko. Znanje je bilo veće i kod učenika sa prosečnim materijalnim stanjem u odnosu na učenike sa dobrim materijalnim stanjem. U drugom ciklusu znanje je bilo veće kod učenika koji navode više nivoe obrazovanja oca, dok u odnosu na obrazovanje majke razlika u znanju postoji između učenika čije majke imaju samo osnovno u odnosu na visoko obrazovanje, tako da je ono manje kod učenika čije majke imaju osnovno obrazovanje, dok se u odnosu na srednji nivo obrazovanja majke razlika nije uočila. U odnosu na samoprocenjeno materijalno stanje razlike se ne uočavaju. U trećem edukativnom ciklusu sa višim nivoom obrazovanja roditelja znanje učenika je bilo veće, odnosno postoji razlika u znanju između učenika čiji otac i majka imaju samo osnovno obrazovanje u odnosu na druge dve kategorije. Između kategorija srednje i visoko obrazovanje roditelja nije utvrđena razlika u znanju. U odnosu na samoprocenjeno materijalno stanje znanje je bilo veće kod učenika koji su imali prosečno materijalno stanje u odnosu na dobro (tabela 11).

**Tabela 11. Prosečan skor znanja u odnosu na stepen obrazovanja oca, stepen obrazovanja majke i materijalno stanje učenika nakon intervencije**

			M	SD	F	<i>p</i>
<b>Znanje 1. ciklus</b>	Stepen obrazovanja oca	Osnovno	0,47*	0,21	4,654	0,010
		Srednje	0,51*	0,19		
		Visoko	0,54*	0,19		
	Stepen obrazovanja majke	Osnovno	0,41*	0,20	10,234	0,000
		Srednje	0,51*	0,19		
		Visoko	0,54*	0,19		
	Samoprocenjeno materijalno stanje	Dobro	0,49*	0,20	8,498	0,000
		Prosečno	0,55*	0,17		
		Loše	0,53	0,25		
<b>Znanje 2. ciklus</b>	Stepen obrazovanja oca	Osnovno	0,50*	0,18	9,865	0,000
		Srednje	0,54*	0,19		
		Visoko	0,57*	0,19		
	Stepen obrazovanja majke	Osnovno	0,51*	0,19	6,357	0,000
		Srednje	0,55*	0,18		
		Visoko	0,56*	0,19		
	Samoprocenjeno materijalno stanje	Dobro	0,53	0,19	2,420	0,089
		Prosečno	0,55	0,18		
		Loše	0,55	0,21		
<b>Znanje 3. ciklus</b>	Stepen obrazovanja oca	Osnovno	0,48*	0,20	13,147	0,000
		Srednje	0,55*	0,19		
		Visoko	0,55*	0,18		
	Stepen obrazovanja majke	Osnovno	0,50*	0,19	6,843	0,001
		Srednje	0,55*	0,19		
		Visoko	0,54*	0,18		
	Samoprocenjeno materijalno stanje	Dobro	0,52*	0,19	6,544	0,001
		Prosečno	0,55*	0,19		
		Loše	0,54	0,21		

#### 4.2.4 Uticaj kontekstualnih faktora (broj pohađanih radionica, ocena radionica i ocena edukatora) na unapređenje nivoa znanja o seksualnom zdravlju (kontekstualni faktori i znanje nakon intervencije)

Analizirali smo povezanost kontekstualnih faktora sa znanjem koristeći Pirsonov koeficijent linearne korelacije. Prilikom interpretacije analiza povezanosti nivoa znanja o seksualnom i reproduktivnom zdravlju i kontekstualnih faktora treba imati u vidu da u ovoj analizi nije uzet u obzir napredak u znanju već krajnji skor na testu (zbog nemogućnosti uparivanja ispitanika).

#### **Znanje u odnosu na broj pohađanih radionica, ocenu radionica i efikasnost edukatora**

Broj pohađanih radionica, ocena radionica i ocena efikasnosti edukatora se u 2. ciklusu pokazala kao značajno povezana sa znanjem o seksualnom i reproduktivnom zdravlju: što je više radionica pohađano, što su bolje ocenjene radionice i edukatori – veći je skor znanja. U 3. ciklusu nisu dobijene značajne povezanosti krajnjih rezultata na testu i broja radionica, ocena radionica i ocena edukatora (tabela 12).

**Tabela 12. Prosečan skor znanja u odnosu na broj pohađanih radionica, ocenu radionica i efikasnost edukatora u 2 i 3. ciklusu**

Korelacija	2. ciklus		3. ciklus			
	Broj radionica	Ocena edukatora	Ocena radionica	Broj radionica	Ocena edukatora	Ocena radionica
<b>Skor znanja</b>	0,278**	0,257**	0,220**	-0,003	0,002	-0,014

\*\*p<0,01

### 4.3 Stavovi učenika o autonomnosti pri donošenju odluka u vezi sa seksualnošću

#### 4.3.1 Deskriptivne karakteristike najvažnijih indikatora stavova o autonomnosti pri donošenju odluka u vezi sa seksualnošću u različitim godinama primene programa

Ispitivani su stavovi učenika o autonomnosti pri donošenju odluka u vezi sa seksualnošću (u daljem tekstu: stavovi u vezi sa seksualnošću) i za ispravan (poželjan) stav je dodeljen predznak “+” a za neispravan stav predznak “-“. Ispravni (poželjni) stavovi podrazumevali su potvrđan odgovor na pitanja (DA).

Najvažniji indikatori stavova u vezi sa seksualnošću:

1. Da li je u redu da devojka otvoreno kaže momku da ne želi da ima seks ukoliko se tako oseća?
2. Da li je u redu da momak otvoreno kaže devojci da ne želi da ima seks ukoliko se tako oseća?
3. Da li je u redu u seksualnom odnosu zahtevati od partnera/ke da koristi zaštitu, ako se on/ona protivi tome?
4. Da li je u redu tražiti od seksualnog partnera/ke da ispita da li ima neku seksualno prenosivu infekciju, ukoliko sumnjate na to?
5. Da li je u redu da devojka momku otvoreno kaže da želi da ima seks?
6. Da li je u redu da momak devojci otvoreno kaže da želi da ima seks?

U prvom ciklusu, 94,8% učenika je izjavilo da je u redu da devojka otvoreno kaže momku da ne želi da ima seks ukoliko se tako oseća (naspram 94,3% u 2. ciklusu i 84,4% u 3. ciklusu), dok je 86,3% učenika izjavilo da je u redu da momak to isto kaže devojci (naspram 87,8% u 2. ciklusu i 84,4% u 3. ciklusu). Da je u redu u seksualnom odnosu zahtevati od partnera/ke da koristi zaštitu, ako se on/ona protivi tome izjasnilo se 95,3% (naspram 93,4% u 2. ciklusu i 91,4% u 3. ciklusu) a 95,2% učenika se izjasnilo da je u redu tražiti od seksualnog partnera da ispita da li ima neku seksualno prenosivu infekciju, ukoliko sumnja na to (naspram 93,5% u 2. ciklusu i 91,1% u 3. ciklusu).

U drugom i trećem edukativnom ciklusu analizirani su i stavovi da li je u redu da devojka kaže momku da želi da ima seks i da li je u redu da momak devojci kaže to isto. Da je u redu da devojka momku otvoreno kaže da želi da ima seks izjasnilo se 89,9% učenika u 2. ciklusu naspram 89,9% u 3. ciklusu, dok se 89,9% učenika u 2. ciklusu naspram 89,3% učenika u 3. ciklusu izjasnilo da je u redu da momak devojci otvoreno kaže da želi da ima seks (tabela 13).

**Tabela 13. Distribucija frekvencija dihotomnih stavova o seksualnošću u sva 3 ciklusa**

Grupa	1. Stav (%)		2. Stav (%)		3. Stav (%)		4. Stav (%)		5. Stav (%)		6. Stav (%)	
	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+
<b>1. ciklus</b> (n=991)	5,2	94,8	13,7	86,3	4,7	95,3	4,8	95,2	-	-	-	-
<b>2. ciklus</b> (n=4.114)	5,7	94,3	12,2	87,8	6,6	93,4	6,5	93,5	10,1	89,9	10,1	89,9
<b>3. ciklus</b> (n=5.026)	6,8	93,2	15,6	84,4	8,6	91,4	8,9	91,1	10,1	89,9	10,7	89,3

#### 4.3.2 Ocena značajnosti promena najvažnijih indikatora stavova o autonomnosti pri donošenju odluka u vezi sa seksualnošću u različitim godinama primene programa

Razlike u stavovima pre i posle intervencije analizirane su  $\chi^2$  testom u sva tri ciklusa. Zbog preglednosti rezultata poželjni stavovi na pomenuta pitanja u tabeli označeni su rednim brojem. U post-testu su analizirani samo učenici koji su učestvovali u radionicama.

U prvom ciklusu istraživanja vidimo da postoji značajna razlika u stavovima pre i nakon intervencije kod 2 i 4. stava, odnosno, nakon intervencije značajno veći broj učenika ima poželjan stav da je u redu da momak otvoreno kaže devojci da ne želi da ima seks ukoliko se tako oseća (90,8% vs 86,3%) ( $\chi^2=9,487$ ;  $p=0,002$ ) i da je u redu tražiti od seksualnog partnera/partnerke da ispita da li ima neku seksualno prenosivu infekciju (97,5% vs 95,2%) ( $\chi^2=7,054$ ;  $p=0,008$ ) (tabela 14).

**Tabela 14. Razlike u stavovima pre i nakon primenjene intervencije u 1. ciklusu**

Stavovi	Pre/posle	Poželjan stav		$\chi^2$	p
		n	%		
<b>1. stav</b>	Pre intervencije	933	94,8	2,024	0,155
	Posle intervencije	903	96,2		
<b>2. stav</b>	Pre intervencije	848	86,3	9,487	0,002
	Posle intervencije	854	90,8		
<b>3. stav</b>	Pre intervencije	928	95,3	0,520	0,471
	Posle intervencije	901	96,0		
<b>4. stav</b>	Pre intervencije	919	95,2	7,054	0,008
	Posle intervencije	905	97,5		

U drugom ciklusu istraživanja, iz tabele 15, vidimo da postoji značajna razlika u svim stavovima. Nakon intervencije značajno veći broj učenika ima poželjan stav u vezi sa pitanjima: da je u redu da devojka otvoreno kaže momku da ne želi da ima seks ako se tako oseća (96,2% vs 94,3%) ( $\chi^2=14,343$ ;  $p=0,000$ ), da je u redu da momak otvoreno kaže devojci

da ne želi da ima seks ako se tako oseća (88,7% vs 87,8%) ( $\chi^2=7,054$ ;  $p=0,003$ ), da je u redu tražiti od partnera da ispita da li ima neku seksualno prenosivu infekciju ako sumnja u to (95,4% vs 93,4%) ( $\chi^2=14,454$ ;  $p=0,000$ ) i da je u redu u seksualnom odnosu zahtevati od partnera da koristi zaštitu (96,2% vs 93,5%) ( $\chi^2=27,014$ ;  $p=0,000$ ). U drugom ciklusu su dodata dva pitanja koja nisu bila u upitniku tokom prvog ciklusa, a odnose se na to da je u redu da devojka momku otvoreno kaže da želi da ima seks i da je u redu da momak devojci otvoreno kaže da želi da ima seks gde je takođe uočeno poboljšanje (95,9% vs 89,9%) ( $\chi^2=101,132$ ;  $p=0,000$ ) odnosno (95,0% vs 89,9%) ( $\chi^2=68,203$ ;  $p=0,000$ ).

**Tabela 15. Razlika u stavovima pre i nakon primenjene intervencije u 2. ciklusu**

Stavovi	Pre/posle	Poželjan stav		$\chi^2$	p
		n	%		
1. stav	Pre intervencije	3854	94,3	14,343	0,000
	Posle intervencije	3330	96,2		
2. stav	Pre intervencije	3567	87,8	8,563	0,003
	Posle intervencije	3158	88,7		
3. stav	Pre intervencije	3784	93,4	14,454	0,000
	Posle intervencije	3326	95,4		
4. stav	Pre intervencije	3799	93,5	27,014	0,000
	Posle intervencije	3357	96,2		
5. stav	Pre intervencije	3649	89,9	101,132	0,000
	Posle intervencije	3329	95,9		
6. stav	Pre intervencije	3640	89,9	68,203	0,000
	Posle intervencije	3235	95,0		

U trećem ciklusu istraživanja iz tabele 16 vidimo da postoji značajna razlika u 1, 2, 5 i 6. stavu. Nakon intervencije značajno manje učenika je navelo poželjan stav u vezi sa tim da je u redu da devojka otvoreno kaže momku da ne želi da ima seks ukoliko se tako oseća (91,0% vs 93,2%) ( $\chi^2=13,568$ ;  $p=0,000$ ). Značajno više učenika je navelo da je u redu da momak otvoreno kaže devojci da ne želi da ima seks (88,9% vs 84,4%) ( $\chi^2=35,203$ ;  $p=0,000$ ), da je u redu da devojka otvoreno kaže da želi da ima seks (94,8% vs 89,9%) ( $\chi^2=71,626$ ;  $p=0,000$ ) i da je u redu da momak otvoreno kaže devojci da želi da ima seks (93,0% vs 89,3%) ( $\chi^2=34,323$ ;  $p=0,000$ ). Kod stavova u vezi sa time da li je u redu tražiti od partnera da ispita da li ima neku seksualno prenosivu infekciju ako sumnja u to i da li je u redu u seksualnom odnosu zahtevati od partnera da koristi zaštitu, nije primećeno značajno poboljšanje nakon edukativne intervencije.

**Tabela 16. Razlika u stavovima pre i nakon intervencije u 3. ciklusu**

Stavovi	Pre /posle	Poželjan stav		$\chi^2$	p
		n	%		
1. stav	Pre intervencije	4571	93,2	13,568	0,000
	Posle intervencije	3290	91,0		
2. stav	Pre intervencije	4096	84,4	35,203	0,000
	Posle intervencije	3118	88,9		
3. stav	Pre intervencije	4450	91,4	0,252	0,616
	Posle intervencije	3582	91,1		
4. stav	Pre intervencije	4436	91,1	0,521	0,819
	Posle intervencije	3460	90,9		
5. stav	Pre intervencije	4367	89,9	71,626	0,000
	Posle intervencije	3698	94,8		
6. stav	Pre intervencije	4321	89,3	34,323	0,000
	Posle intervencije	3494	93,0		

#### 4.3.3 Povezanost demografskih i socioekonomskih faktora sa stavovima u vezi sa seksualnošću u uzoračkom pulu

Analizirani su stavovi učenika u vezi sa seksualnošću nakon intervencije u odnosu na demografske i socioekonomske faktore kod učenika koji su učestvovali u edukaciji. Povezanost poželjnih stavova i nezavisnih činilaca je analizirana primenom logističke regresije (univarijantna i multivarijantna). Kao zavisne varijable posmatrani su poželjni stavovi u vezi sa seksualnošću. Kao nezavisne varijable uključene su pol, tip naselja, obrazovanje oca, obrazovanje majke, samoprocenjeno materijalno stanje, uspeh u školi i tip škole. U prvom ciklusu ispitivan je stav u odnosu na prva 4 pitanja, u drugom i trećem ciklusu ispitivani su i stavovi koji se odnose i na preostala dva pitanja. Iako na sva pitanja bar 9 od 10 učenika ima poželjan stav, razlike u odnosu na demografske i socioekonomske faktore postoje.

Nakon edukativne intervencije u uzoračkom pulu, univarijantnom analizom utvrđeno je da su sa 1. ispitivanim stavom, da je u redu da devojka otvoreno kaže momku da ne želi da ima seksualne odnose ako se tako oseća značajno povezani: pol, obrazovanje majke, obrazovanje oca, materijalno stanje, uspeh u školi i tip škole. Učenici su imali 84% manju šansu (OR=0,16; CI=0,14-0,23; p=0,000) u odnosu na učenice da izraze poželjan stav, učenici čiji očevi imaju srednje obrazovanje imali su 1,3 puta veću šansu (OR=1,31; CI=0,93-1,50; p=0,027) da će imati poželjan stav od učenika čiji očevi imaju više nivoe obrazovanja. Učenici čije majke imaju srednje obrazovanje imali su 1,4 puta veću šansu (OR=1,46; CI=1,06-1,61; p=0,002) da će imati poželjan stav od učenika čije majke imaju više nivoe obrazovanja. Šanse

za poželjan stav više su imali učenici sa dobrim materijalnim stanjem (OR=3,87; CI=2,55-5,83; p=0,000) i učenici sa prosečnim materijalnim stanjem (OR=4,44; CI=2,97-6,64; p=0,000) u odnosu na učenike sa lošim materijalnim stanjem, kao i učenici sa odličnim i vrlo dobrim uspehom u školi koji su za to imali 2 puta veću šansu (OR=2,23; CI=1,78-2,79; p=0,000) u odnosu na učenike sa lošijim uspehom u školi i učenici koji pohađaju gimnaziju koji su za to imali 1,6 puta veću šansu u odnosu na učenike koji pohađaju srednju stručnu školu (OR=1,65; CI=1,06-2,58; p=0,026). U multivarijantnoj analizi pol je zadržao statistički doprinos i učenici su imali manje šanse (OR=0,06; CI=0,03-0,14; p=0,000), kao i materijalno stanje gde su učenici sa dobrim materijalnim stanjem imali 3 puta (OR=3,12; CI=1,52-6,48; p=0,002) a učenici sa prosečnim materijalnim stanjem 3,8 puta veću šansu da izraze poželjan stav (OR=3,85; CI=1,87-7,93; p=0,000) od učenika sa lošijim materijalnim stanjem. Učenici sa odličnim i vrlo dobrim uspehom u školi imali su 1,8 puta veću šansu da izraze poželjan stav (OR=1,82; CI=1,14-2,89; p=0,011) od učenika sa lošijim uspehom u školi. Obrazovanje majke, oca i tip škole se izgubilo kao prediktor 1. stava, međutim izdvojilo se prebivalište, odnosno, učenici iz ruralnih sredina su imali 1,8 puta veću šansu da imaju poželjan stav od učenika iz urbanih sredina (OR=1,83; CI=1,12-2,95; p=0,012) (tabela 17).

**Tabela 17. Povezanost 1. stava (da je u redu da devojka otvoreno kaže momku da ne želi da ima seksualne odnose ako se tako oseća) sa demografskim i socioekonomskim faktorima**

Varijable	1. stav: U redu je da devojka otvoreno kaže momku da ne želi da ima seksualne odnose ako se tako oseća					
	Univarijantna analiza			Multivarijantna analiza		
	OR	(95% CI)	p	OR	(95% CI)	p
<b>Pol</b>						
Muški	<b>0,16</b>	<b>(0,14-0,23)</b>	<b>0,000</b>	<b>0,06</b>	<b>(0,03-0,14)</b>	<b>0,000</b>
Ženski	1			1		
<b>Prebivalište</b>						
Ruralno	1,21	(0,83-1,33)	0,621	<b>1,83</b>	<b>(1,12-2,95)</b>	<b>0,012</b>
Urbano	1			1		
<b>Obrazovanje oca</b>						
Nezavršena/završena osnovna škola	1,01	(0,66-1,30)	0,955	1,05	(0,42-2,56)	0,918
Srednja	<b>1,33</b>	<b>(0,93-1,50)</b>	<b>0,027</b>	1,42	(0,84-2,05)	0,224
Viša/visoka	1			1		
<b>Obrazovanje majke</b>						
Nezavršena/završena osnovna škola	1,24	(0,71-1,31)	0,607	0,88	(0,35-2,20)	0,801
Srednja	<b>1,46</b>	<b>(1,06-1,61)</b>	<b>0,002</b>	1,044	(0,61-1,77)	0,874
Viša/Visoka	1			1		
<b>Samoprocenjeno materijalno stanje</b>						
Dobro	<b>3,87</b>	<b>(2,58-5,83)</b>	<b>0,000</b>	<b>3,12</b>	<b>(1,52-6,48)</b>	<b>0,002</b>
Prosečno	<b>4,44</b>	<b>(2,97-6,64)</b>	<b>0,000</b>	<b>3,85</b>	<b>(1,87-7,93)</b>	<b>0,000</b>
Loše	1			1		
<b>Uspeh u školi</b>						
Odličan /Vrlodobar	<b>2,23</b>	<b>(1,78-2,79)</b>	<b>0,000</b>	<b>1,82</b>	<b>(1,14-2,89)</b>	<b>0,011</b>
Dobar/ Dovoljan Ponavljao razred	1			1		
<b>Tip škole</b>						
<b>Gimnazija</b>	<b>1,65</b>	<b>(1,06-2,58)</b>	<b>0,026</b>	1,54	(0,89-2,65)	0,119
Srednja stručna škola	1			1		

Nakon edukativne intervencije u uzoračkom pulu univarijantnom analizom utvrđeno je da je pol, obrazovanje majke, materijalno stanje, uspeh u školi i tip škole statistički značajno povezan sa 2. ispitivanim stavom, da je u redu da momak otvoreno kaže devojci da ne želi da ima seksualne odnose ako se tako oseća. Učenici su imali 87% manju šansu (OR=0,13; CI=0,10-0,16; p=0,000) u odnosu na učenice da izraze poželjan 2. stav. Veću šansu da imaju poželjan 2. stav imali su učenici čije majke su sa osnovnim nivoom obrazovanja (OR=1,49; CI=1,09-2,04; p=0,012) i srednjim nivoom obrazovanja (OR=1,30; CI=1,07-1,57; p=0,007), u odnosu na učenike čije majke imaju visoko obrazovanje. Učenici sa dobrim (OR=2,21; CI=1,53-3,19; p=0,000) i prosečnim materijalnim stanjem (OR=2,98; CI=2,06-4,30; p=0,000) imali su veću šansu da iskazuju poželjan 2. ispitivani stav od učenika sa lošijim materijalnim stanjem. Značajnosti se uočavaju i kod uspeha u školi gde su učenici sa odličnim uspehom



imali veću šansu (OR=1,98; CI=1,66-2,36; p=0,000) u odnosu na učenike sa lošijim uspehom u školi, i kod učenika koji pohađaju gimnaziju gde je šansa bila 1,5 puta veća (OR=1,53; CI=1,17-1,99; p=0,002) u odnosu na učenike koji pohađaju srednju stručnu školu. U multivarijantnom modelu pol je zadržao sličan statistički doprinos (OR=0,13; CI=0,09-0,18; p=0,000), prosečno materijalno stanje (OR=2,15; CI=1,20-3,86; p=0,010), kao i uspeh u školi (OR=1,44; CI=1,07-1,92; p=0,014). Obrazovanje majke i tip škole su u multivarijantnom modelu izgubili statistički značajnost (tabela 18).

**Tabela 18. Povezanost 2. stava (da je u redu da momak otvoreno kaže devojci da ne želi da ima seksualne odnose ako se tako oseća) sa demografskim i socioekonomskim faktorima**

Varijable	2. stav: U redu je da momak otvoreno kaže devojci da ne želi da ima seksualne odnose ako se tako oseća					
	Univarijantna analiza			Multivarijantna analiza		
	OR	(95% CI)	p	OR	(95% CI)	p
<b>Pol</b>						
Muški	<b>0,13</b>	<b>(0,10-0,16)</b>	<b>0,000</b>	<b>0,13</b>	<b>(0,09-0,18)</b>	<b>0,000</b>
Ženski	1			1		
<b>Prebivalište</b>						
Ruralno	1,08	(0,90-1,28)	0,381	1,16	(0,97-1,53)	0,633
Urbano	1			1		
<b>Obrazovanje oca</b>						
Nezavršena/završena osnovna škola	1,06	(0,78-1,45)	0,866	0,87	(0,49-1,38)	0,633
Srednja	1,10	(0,89-1,34)	0,355	0,88	(0,62-1,25)	0,467
Viša/visoka	1			1		
<b>Obrazovanje majke</b>						
Nezavršena/završena osnovna škola	<b>1,49</b>	<b>(1,09-2,04)</b>	<b>0,012</b>	0,94	(0,54-1,63)	0,829
Srednja	<b>1,30</b>	<b>(1,07-1,57)</b>	<b>0,007</b>	1,15	(0,83-1,60)	0,396
Viša/Visoka	1			1		
<b>Samoprocena materijalnog stanja</b>						
Dobro	<b>2,21</b>	<b>(1,53-3,10)</b>	<b>0,000</b>	1,59	(0,88-2,87)	0,117
Prosečno	<b>2,98</b>	<b>(2,06-4,30)</b>	<b>0,000</b>	<b>2,15</b>	<b>(1,20-3,86)</b>	<b>0,010</b>
Loše	1			1		
<b>Uspeh u školi</b>						
Odličan /Vrlodobar	<b>1,98</b>	<b>(1,66-2,36)</b>	<b>0,000</b>	<b>1,44</b>	<b>(1,07-1,92)</b>	<b>0,014</b>
Dobar/Dovoljan Ponavljao razred	1			1		
<b>Tip škole</b>						
Gimnazija	<b>1,53</b>	<b>(1,17-1,99)</b>	<b>0,002</b>	1,22	(0,89-1,67)	0,200
Srednja stručna škola	1			1		

Nakon edukativne intervencije u uzoračkom pulu univarijantnom analizom utvrđeno je da su statistički značajno povezani sa 3. ispitivanim stavom, da je u redu zahtevati od partnera da koristi zaštitu iako se on/ona protivi tome: pol, obrazovanje oca, materijalno stanje i uspeh u školi. Učenici su imali 63% manju šansu (OR=0,37; CI=0,29-0,46; p=0,000) u

odnosu na učenice da izraze poželjan 3. stav kao i učenici čiji očevi imaju samo osnovni nivo obrazovanja koji su za to imali 31% manje šanse (OR=0,69; CI=0,48-0,99; p=0,045) u odnosu na učenike čiji očevi imaju viši nivo obrazovanja. Veću šansu da imaju poželjan stav su imali učenici sa dobrim (OR=2,47; CI=1,62-3,75; p=0,000) i prosečnim (OR=2,97; CI=1,96-4,51; p=0,000) materijalnim stanjem u odnosu na učenike sa lošim materijalnim stanjem, kao i učenici sa odličnim uspehom u školi (OR=2,30; CI=1,87-2,84; p=0,000) u odnosu na učenike sa lošijim uspehom u školi. U modelu multivarijantne analize statistički značajan doprinos se zadržao kod pola i materijalnog stanja, odnosno, učenici u odnosu na učenice imali 64% manju šansu da izraze poželjan 3. stav (OR=0,36; CI=0,24-0,54; p=0,000), dok su učenici sa dobrim (OR=2,27; CI=1,09-4,71; p=0,028) i prosečnim (OR=2,99; CI=1,44-6,18; p=0,003) materijalnim stanjem imali veću šansu u odnosu na učenike sa lošim materijalnim stanjem. Uspeh u školi i obrazovanje oca su izgubili značajnost kod 3. stava (tabela 19).

**Tabela 19. Povezanost 3. stava (da je u redu u seksualnom odnosu tražiti od partnera/ke da koristi zaštitu iako se on/ona protivi tome) sa demografskim i socioekonomskim faktorima**

Varijable	3. stav: U redu je tražiti od partnera/ke da koristi zaštitu u seksualnom odnosu iako se on/ona protivi tome					
	Univarijantna analiza			Multivarijantna analiza		
	OR	(95% CI)	p	OR	(95% CI)	p
<b>Pol</b>						
Muški	<b>0,37</b>	<b>(0,29-0,46)</b>	<b>0,000</b>	<b>0,36</b>	<b>(0,24-0,54)</b>	<b>0,000</b>
Ženski	1			1		
<b>Prebivalište</b>						
Ruralno	0,97	(0,78-1,01)	0,779	0,72	(0,51-1,12)	0,173
Urbano	1			1		
<b>Obrazovanje oca</b>						
Nezavršena/završena osnovna škola	<b>0,69</b>	<b>(0,48-0,99)</b>	<b>0,045</b>	0,91	(0,43-1,93)	0,820
Srednja škola	0,89	(0,69-1,15)	0,390	1,02	(0,63-1,64)	0,931
Viša/visoka škola	1			1		
<b>Obrazovanje majke</b>						
Nezavršena/završena osnovna škola	0,99	(0,68-1,45)	0,971	1,10	(0,51-2,40)	0,794
Srednja škola	0,85	(0,66-1,09)	0,209	0,90	(0,56-1,43)	0,667
Viša/Visoka škola	1			1		
<b>Samoprocena materijalnog stanja</b>						
Dobro	<b>2,47</b>	<b>(1,62-3,75)</b>	<b>0,000</b>	<b>2,27</b>	<b>(1,09-4,71)</b>	<b>0,028</b>
Prosečno	<b>2,97</b>	<b>(1,96-4,51)</b>	<b>0,000</b>	<b>2,99</b>	<b>(1,44-6,18)</b>	<b>0,003</b>
Loše	1			1		
<b>Uspeh u školi</b>						
Odličan /Vrlodobar	<b>2,30</b>	<b>(1,87-2,84)</b>	<b>0,000</b>	1,32	(0,87-1,99)	0,180
Dobar/Dovoljan	1			1		
Ponavljao razred						
<b>Tip škole</b>						
Gimnazija	1,41	(0,97-2,06)	0,070	0,98	(0,64-1,51)	0,959
Srednja stručna škola	1			1		

Nakon edukativne intervencije, u uzoračkom pulu univarijantnom analizom utvrđena je povezanost pola, materijalnog stanja, uspeha u školi i tipa škole koju učenici pohađaju sa stavom da je u redu tražiti od partnera/ke da ispita da li ima seksualno prenosivu infekciju. Manju šansu za poželjan stav su imali učenici (OR=0,27; CI=0,21-0,35; p=0,000) u odnosu na učenice. Veću šansu da imaju poželjan stav su imali učenici sa dobrim (OR=1,85; CI=1,16-2,97; p=0,010) i učenici koji imaju prosečno materijalno stanje (OR=2,48; CI=1,55-3,98; p=0,000) u odnosu na one sa lošim materijalnim stanjem. Učenici sa boljim uspehom u školi su za to imali skoro 2 puta veću šansu (OR=1,92; CI=1,54-2,41; p=0,000), a učenici koji pohađaju gimnaziju 2,3 puta veću šansu (OR=2,39; CI=1,48-3,85; p=0,000) od učenika koji pohađaju srednju stručnu školu. U modelu multivarijantne analize, statistički značajan doprinos je zadržao pol, uspeh u školi i tip škole. Učenici su imali 81% manju šansu da će imati poželjan stav 4. stav u odnosu na učenice (OR=0,19; CI=0,12-0,33; p=0,000). Veću šansu su imali učenici sa boljim uspehom u školi (OR=1,64; CI=1,06-2,53; p=0,025) kao i učenici koji pohađaju gimnazije koji imaju za to 2,2 puta veću šansu (OR=2,28; CI=1,27-4,08; p=0,005). Materijalno stanje, za koga je utvrđena povezanost sa 4. stavom u univarijantnoj analizi, je u modelu izgubilo značajnost (tabela 20).

**Tabela 20. Povezanost 4. stava (da je u redu tražiti od seksualnog partnera/ke da ispita da li ima neku seksualno prenosivu infekciju) sa demografskim i socioekonomskim faktorima**

Varijable	4. stav: U redu je tražiti od seksualnog partnera/ke da ispita da li ima neku seksualno prenosivu infekciju					
	Univarijantna analiza			Multivarijantna analiza		
	OR	(95% CI)	<i>p</i>	OR	(95% CI)	<i>p</i>
<b>Pol</b>						
Muški	<b>0,27</b>	<b>(0,21-0,35)</b>	<b>0,000</b>	<b>0,19</b>	<b>(0,12-0,30)</b>	<b>0,000</b>
Ženski	1			1		
<b>Prebivalište</b>						
Ruralno	0,87	(0,70-1,09)	0,245	1,02	(0,66-1,50)	0,925
Urbano	1			1		
<b>Obrazovanje oca</b>						
Nezavršena/završena osnovna škola	0,72	(0,55-0,93)	0,081	1,94	(0,74-5,04)	0,173
Srednja škola	1,00	(0,77-1,17)	0,979	1,04	(0,53-1,42)	0,806
Viša/visoka škola	1			1		
<b>Obrazovanje majke</b>						
Nezavršena/završena osnovna škola	0,73	(0,51-1,05)	0,093	0,53	(0,38-1,13)	0,100
Srednja škola	0,99	(0,73-1,14)	0,941	1,01	(0,60-1,72)	0,944
Viša/Visoka škola	1			1		
<b>Samoprocena materijalnog stanja</b>						
Dobro	<b>1,85</b>	<b>(1,16-2,95)</b>	<b>0,010</b>	1,31	(0,52-3,25)	0,551
Prosečno	<b>2,48</b>	<b>(1,55-3,98)</b>	<b>0,000</b>	1,85	(0,74-4,57)	0,183
Loše	1			1		
<b>Uspeh u školi</b>						
Odličan /Vrlodobar	<b>1,92</b>	<b>(1,54-2,41)</b>	<b>0,000</b>	<b>1,64</b>	<b>(1,06-2,53)</b>	<b>0,025</b>
Dobar/Dovoljan Ponavljao razred	1			1		
<b>Tip škole</b>						
Gimnazija	<b>2,39</b>	<b>(1,48-3,85)</b>	<b>0,000</b>	<b>2,28</b>	<b>(1,27-4,08)</b>	<b>0,005</b>
Srednja stručna škola	1			1		

Nakon edukativne intervencije, u uzoračkom pulu, univarijantnom analizom utvrđeno je povezanost pola, prebivališta, obrazovanja majke, materijalnog stanja, uspeha u školi i tipa škole koji učenici pohađaju sa stavom da je u redu da devojka otvoreno kaže momku da želi da ima seksualne odnose. Veću šansu za poželjan stav su imali učenici (OR=1,29; CI=1,00-1,66;  $p=0,050$ ) u odnosu na učenice, učenici koji navode prosečno materijalno stanje (OR=1,91; CI=1,09-3,33;  $p=0,022$ ) u odnosu na učenike koji imaju loše materijalno stanje. Učenici sa boljim uspehom u školi imali su 1,6 puta veću šansu da imaju poželjan stav (OR=1,63; CI=1,26-2,11;  $p=0,000$ ) kao i učenici koji pohađaju gimnaziju (OR=1,55; CI=1,02-2,35;  $p=0,039$ ) u odnosu na one koji pohađaju srednju stručnu školu. Manju šansu su imali učenici iz ruralnih sredina (OR=0,70; CI=0,54-0,89;  $p=0,005$ ) i učenici koji navode samo osnovno obrazovanje majke (OR=0,64; CI=0,42-0,96;  $p=0,034$ ). U multivarijantnom

modelu, statistički značajan doprinos je zadržao samo pol, uspeh u školi i tip škole. Učenici su imali 2 puta veću šansu (OR=2,01; CI=1,28-3,11; p=0,002) da će imati poželjan stav u odnosu na učenice, kao i oni sa odličnim i vrlodobrim uspehom u školi (OR=1,75; CI=1,12-2,71; p=0,013), dok su učenici koji pohađaju gimnazije imali za to 1,6 puta veću šansu (OR=1,64; CI=1,01-2,67; p=0,043) od učenika koji pohađaju srednju stručnu školu. Ostali prediktori 5. stava potvrđeni u univarijantnoj analizi su izgubili statističku značajnost, ali su u međusobnoj interakciji doprineli statističkoj značajnosti multivarijantnog modela (tabela 21).

**Tabela 21. Povezanost 5. stava (da je u redu da devojka otvoreno kaže momku da želi da ima seksualne odnose) sa demografskim i socioekonomskim faktorima**

Varijable	5. stav: U redu je da devojka otvoreno kaže momku da želi da ima seksualne odnose					
	Univarijantna analiza			Multivarijantna analiza		
	OR	(95% CI)	p	OR	(95% CI)	p
<b>Pol</b>						
Muški	<b>1,29</b>	<b>(1,00-1,66)</b>	<b>0,050</b>	<b>2,01</b>	<b>(1,28-3,11)</b>	<b>0,002</b>
Ženski	1			1		
<b>Prebivalište</b>						
Ruralno	<b>0,70</b>	<b>(0,54-0,89)</b>	<b>0,005</b>	0,87	(0,57-1,32)	0,521
Urbano	1			1		
<b>Obrazovanje oca</b>						
Nezavršena/završena osnovna škola	0,74	(0,50-1,11)	0,151	1,18	(0,57-2,43)	0,639
Srednja škola	1,18	(0,88-1,59)	0,214	2,28	(1,38-3,76)	0,052
Viša/visoka škola	1			1		
<b>Obrazovanje majke</b>						
Nezavršena/završena osnovna škola	<b>0,64</b>	<b>(0,42-0,96)</b>	<b>0,034</b>	0,96	(0,40-2,26)	0,929
Srednja škola	0,84	(0,62-1,13)	0,266	0,61	(0,35-1,07)	0,860
Viša/Visoka škola	1			1		
<b>Samoprocena materijalnog stanja</b>						
Dobro	1,63	(0,93-2,84)	0,183	0,72	(0,16-3,06)	0,657
Prosečno	<b>1,91</b>	<b>(1,09-3,33)</b>	<b>0,022</b>	0,65	(0,15-2,73)	0,651
Loše	1			1		
<b>Uspeh u školi</b>						
Odličan /Vrlodobar	<b>1,63</b>	<b>(1,26-2,11)</b>	<b>0,000</b>	<b>1,75</b>	<b>(1,12-2,71)</b>	<b>0,013</b>
Dobar/Dovoljan Ponavljao razred	1			1		
<b>Tip škole</b>						
Gimnazija	<b>1,55</b>	<b>(1,02-2,35)</b>	<b>0,039</b>	<b>1,64</b>	<b>(1,01-2,67)</b>	<b>0,043</b>
Srednja stručna škola	1			1		

Nakon edukativne intervencije u uzoračkom pulu, univarijantnom analizom utvrđeno je da su pol, prebivalište, obrazovanje oca, samoprocenjeno materijalno stanje i uspeh u školi statistički značajno povezani sa 6. ispitivanim stavom, da je u redu da momak otvoreno kaže

devojci da želi da ima seks. Učenici su imali 25% manju šansu (OR=0,75; CI=0,60-0,93; p=0,011) u odnosu na učenice da izraze poželjan 6. stav. Šansa da učenici iz ruralnih sredina izraze poželjan stav u odnosu na učenike iz urbanih sredina bila je 0,7 puta manja (OR=0,75; CI=0,60-0,94; p=0,014), slično kao i za učenike koji navode samo osnovno obrazovanje oca (OR=0,66; CI=0,46-0,94; p=0,023) u odnosu na one koji navode više ili visoko obrazovanje oca. Učenici koji imaju dobro materijalno stanje imali su 2,2 puta veću šansu da izraze poželjan 6. stav (OR=2,29; CI=1,44-3,62; p=0,000), učenici sa prosečnim imovnim stanjem imali su 2,4 puta veću šansu (OR=2,48; CI=1,57-3,90; p=0,000), dok su učenici sa odličnim i vrlodobrim uspehom u školi imali za to 1,6 puta veću šansu od učenika sa lošijim uspehom u školi (OR=1,63; CI=1,30-2,06; p=0,000). U modelu multivarijantne analize statistički značajan doprinos je zadržalo samo materijalno stanje, odnosno učenici sa dobrim materijalnim stanjem imali su 2,1 put veću šansu da će imati poželjan 6. stav (OR=2,16; CI=0,97-4,78; p=0,05) u odnosu na učenike sa lošim materijalnim stanjem. Ostale varijable nisu bili statistički značajno povezane sa ispitivanim 6. stavom, ali su u međusobnoj interakciji doprineli statističkoj značajnosti multivarijantnog modela (tabela 22).

**Tabela 22. Povezanost 6. stava (da je u redu da momak otvoreno kaže devojci da želi da ima seksualne odnose) sa demografskim i socioekonomskim faktorima**

Varijable	6. stav: U redu je da momak otvoreno kaže devojci da želi da ima seksualne odnose					
	Univarijantna analiza			Multivarijantna analiza		
	OR	(95% CI)	p	OR	(95% CI)	p
<b>Pol</b>						
Muški	<b>0,75</b>	<b>(0,60-0,93)</b>	<b>0,011</b>	0,85	(0,57-1,23)	0,389
Ženski	1			1		
<b>Prebivalište</b>						
Ruralno	<b>0,75</b>	<b>(0,60-0,94)</b>	<b>0,014</b>	0,78	(0,53-1,14)	0,210
Urbano	1			1		
<b>Obrazovanje oca</b>						
Nezavršena/završena osnovna škola	<b>0,66</b>	<b>(0,46-0,94)</b>	<b>0,023</b>	0,98	(0,56-2,41)	0,958
Srednja	1,07	(0,84-1,37)	0,551	1,51	(0,96-2,37)	0,072
Viša/visoka	1			1		
<b>Obrazovanje majke</b>						
Nezavršena/završena osnovna škola	0,74	(0,51-1,06)	0,104	0,82	(0,38-1,60)	0,601
Srednja škola	1,03	(0,79-1,34)	0,793	0,74	(0,46-1,18)	0,242
Viša/Visoka škola	1			1		
<b>Samoprocena materijalnog stanja</b>						
Dobro	<b>2,29</b>	<b>(1,44-3,62)</b>	<b>0,000</b>	<b>2,16</b>	<b>(0,97-4,78)</b>	<b>0,050</b>
Prosečno	<b>2,48</b>	<b>(1,57-3,90)</b>	<b>0,000</b>	2,09	(0,96-4,55)	0,062
Loše	1			1		
<b>Uspeh u školi</b>						
Odličan /Vrlodobar	<b>1,63</b>	<b>(1,30-2,06)</b>	<b>0,000</b>	1,09	(0,71-1,66)	0,682

Dobar/ Dovoljan Ponavljao razred	1			1		
<b>Tip škole</b>						
Gimnazija	1,07	(0,75-1,51)	0,702	0,98	(0,65-1,47)	0,941
Srednja stručna škola	1			1		

#### 4.3.4 Povezanost kontekstualnih faktora sa unapređenjem stavova u vezi sa seksualnošću

Kako bi se utvrdilo da li postoji povezanost kontekstualnih faktora sa stavovima učenika o seksualnosti, primenjen je Spirmanov koeficijent korelacije. U 2. ciklusu izračunata je značajna pozitivna korelacija, niskog inteziteta između promenljivih, pri čemu oni ispitanici koji navode bolje evaluacione ocene radionica i efikasnosti edukatora imaju češće poželjne stavove o seksualnosti, dok oni učenici koji su pohađali veći broj radionica češće su imali poželjan 1, 2, i 5. stav. U trećem ciklusu nisu dobijene značajne povezanosti stavova i broja radionica, evaluacionih ocena radionica i ocena edukatora (tabela 23).

**Tabela 23. Povezanost kontekstualnih faktora (broj radionica, evaluaciona ocena radionica i ocena edukatora) sa stavovima u vezi sa seksualnošću**

Spirmanova korelacija	2. ciklus (n=3.358)		3. ciklus (n=3.213)			
	Broj radionica	Ocena edukatora	Ocena radionice	Broj radionica	Ocena edukatora	Ocena radionice
1. Stav	0,045**	0,147**	0,172**	0,026	0,012	-0,013
2. Stav	0,068**	0,172**	0,196**	0,004	0,012	0,000
3. Stav	0,024	0,140**	0,139**	0,005	0,001	0,011
4. Stav	0,010	0,106**	0,134**	0,010	0,008	0,009
5. Stav	0,057**	0,062**	0,039*	-0,036	0,010	-0,040
6. Stav	0,018	0,075**	0,059*	-0,009	-0,006	-0,005

\*p<0,05; \*\*p<0,01

## **4.4 Ponašanja učenika u vezi sa seksualnim zdravljem**

### *4.4.1 Deskriptivne karakteristike varijabli - rizičnih seksualnih ponašanja*

Ispitivano je prisustvo rizičnog seksualnog ponašanja kod učenika u 1 i 3. ciklusu istraživanja. U drugom ciklusu nisu ipitivana rizična seksualna ponašanja. Tokom prvog ciklusa, u seksualne odnose je stupilo 129 učenika (13,2%), 845 učenika se izjasnilo da nije stupilo u seksualne odnose (86,8%), dok se 17 učenika nije izjasnilo. Najveći broj učenika je naveo da je prvi seksualni odnos imao sa 15 godina (53,5%) a slede 14 godina (23,7%), 16 godina je navelo 2,6% učenika a manje od 14 godina navodi 20,2% učenika. Prosečna dob u kojoj su učenici stupili u seksualne odnose iznosila je 14,3 godina (SD=1,21). Najčešće su naveli da su imali jednog seksualnog partnera (50,0%), zatim 2 partnera (19,4%), tri i više partnera je navelo 30,6% učenika. Učenici navode da je ljubavna veza najčešće trajala kraće od tri meseca pre stupanja u seksualni odnos (37,7%), a skoro svaki peti (17,5%) učenik je naveo da se nisu ni poznavali. Najveći broj seksualno aktivnih pri prvom seksualnom odnosu sa novim partnerom uvek koristi kondom (77,9%), ponekad koristi 17,0% učenika a nikad 7,1%. Kao zaštitu tokom seksualnog odnosa navode u najvećem procentu kondom (83,3%), pilulu (1,8%), pilula za jutro posle (4,4%), dok je metodu prekinutog snošaja, plodnih dana i nešto drugo koristilo 10,6%. Kada su u pitanju razlozi stupanja u seksualne odnose, u prvom ciklusu istraživanja učenici su mogli da se opredele za više odgovora, odnosno, da navedu više od jednog razloga za stupanje u seksualne odnose. Kao glavne razloge su navodili: Ljubav i zaljubljenost (78; 68,4%), seksualna želja i fizička privlačnost (61; 54,0%), radoznalost (24; 21,2%), insistiranje partnera/ke (4; 3,5%), zato što je većina to iskusila (10; 8,8%), zato što je vreme za to (16; 14,2%), zbog uticala alkohola (6; 5,3%) i nešto drugo (2; 1,8%). Među učenicima koji su stupili u seksualne odnose (n=129) na pitanje u vezi sa neželjenim seksualnim odnosom odgovorilo je 116 učenika i pri tome se izjasnilo da je neželjeni seksualni odnos imalo 22 (19%) učenika (13 jednom i 9 više puta).

Tokom trećeg ciklusa, u seksualne odnose je stupilo 1.180 učenika (24,2%), 3.705 učenika se izjasnilo da nije stupilo u seksualne odnose (75,8%), dok se 141 učenik nije izjasnio na ovo pitanje. Najveći broj učenika je naveo da je prvi seksualni odnos imao sa 15 godina (43,1%) a slede 16 godina (27,9%), 14 godina (15,7%) i 17 godina (2,2%), manje od 14 godina navelo je 11,1%. Najčešće su naveli da su imali jednog seksualnog partnera (46,2%), zatim slede 2 partnera (19,2%), 6 partnera (15,9%), 3 partnera (9,2%), 4 partnera (5,7%) i 5 partnera (3,8%). Učenici navode da je ljubavna veza najčešće trajala kraće od tri meseca pre stupanja u



seksualni odnos (38,9%), 18,3% je navelo da se nisu ni poznavali, 33,0% je imalo ljubavnu vezu od 3-12 meseci, dok je kod 9,7% trajala duže od godinu dana. Najveći broj seksualno aktivnih pri prvom seksualnom odnosu sa novim partnerom uvek koristi kondom (62,3%), ponekad koristi 25,3% učenika a nikad 12,4%. Kao zaštitu tokom seksualnog odnosa navode u najvećem procentu kondom (70,1%), pilulu (2,0%), pilulu za jutro posle (2,2%), dok je metodu prekinutog snošaja, plodnih dana i nešto drugo koristilo 25,7%. Među učenicima koji su stupili u seksualne odnose 285 (25,7%) je učestvovalo u neželjenom seksualnom odnosu a 70 učenika nije odgovorilo na ovo pitanje. Kao glavni razlog stupanja u seksualne odnose učenici navode: Ljubav i zaljubljenost (240; 21,6%), seksualna želja i fizička privlačnost (185; 16,7%), radoznalost (207; 18,7%), insistiranje partnerke (35; 3,2%), zato što je većina to iskusila (39; 3,5%), zato što je vreme za to (66; 6,0%), zbog uticala alkohola (88; 7,9%) i nešto drugo (4,2%). Nedostaje podatak za 202 učenika.

U tabelama 24 i 25. prikazane su razlike u razlozima za stupanje u seksualne odnose između seksualno aktivnih učenika i učenica. Kada smo analizirali razlike u polu u odnosu na razloge za stupanje u seksualne odnose u 1. ciklusu uočili smo da je muški pol značajno češće navodio seksualnu želju/fizičku privlačnost kao razlog za stupanje u seksualne odnose (64,3% vs 25,0%) ( $\chi^2=13,068$ ;  $p=0,000$ ) u odnosu na ženski pol. Kod ljubavi/zaljubljenosti i radoznalosti kao razloga za stupanje u seksualne odnose nisu uočene statistički značajne razlike u odnosu na pol. Kod ostalih pitanja koji se odnose na razloge stupanje u seksualne odnose usled nedovoljnog broja ispitanika koji su odgovorili potvrdno na ova pitanja razlike nisu proveravane (tabela 24).

**Tabela 24. Razlozi za stupanje u seksualne odnose u odnosu na pol u 1. ciklusu**

Razlozi za stupanje u seksualne odnose	Muški pol		Ženski pol		p
	n	%	n	%	
Ljubav-zaljubljenost	55	64,7	22	78,6	>0,05
Seksualna želja-fizička privlačnost	54	64,3	7	25,0	<b>0,000</b>
Radoznalost	18	21,4	6	21,4	>0,05
Insistiranje partnera/partnerke	3	3,6	1	3,6	/
Zato što je većina to iskusila	10	11,9	0	0,0	/
Zato što sam mislio da je vreme za to	13	15,6	3	10,7	/
Bio sam pod dejstvom alkohola	3	3,6	3	10,7	/

>0,05 - razlike nisu statistički značajne

/ - zbog malog broja jedinica u uzorku razlike nisu proverene statističkim testom

U trećem ciklusu uočili smo da je muški pol značajno češće u odnosu na ženski pol kao razloge stupanja u seksualne odnose navodio: seksualnu želju/fizičku privlačnost (27,1% vs

8,0%), zato što je većina to iskusila (5,7% vs 1,9%) i nešto drugo (6,7% vs 2,6%), dok je ženski pol u odnosu na muški pol češće navodio ljubav i zaljubljenost (39,9% vs 19,2%) ( $\chi^2=87,085$ ;  $p=0,000$ ) (tabela 25).

**Tabela 25. Razlozi za stupanje u seksualne odnose u odnosu na pol u 3. ciklusu**

Razlozi za stupanje u seksualne odnose	Muški pol		Ženski pol		p
	n	%	n	%	
Ljubav-zaljubljenost	112	19,2	124	39,9	<b>0,000</b>
Seksualna želja-fizička privlačnost	158	27,1	25	8,0	<b>0,000</b>
Radoznalost	123	21,1	79	25,4	>0,05
Insistiranje partnera/partnerke	26	4,5	9	2,9	>0,05
Zato što je većina to iskusila	33	5,7	6	1,9	<b>0,000</b>
Zato što sam mislio da je vreme za to	43	7,3	23	7,4	>0,05
Bio sam pod dejstvom alkohola	50	8,5	37	11,9	>0,05
Nešto drugo	39	6,7	8	2,6	<b>0,000</b>

>0,05 - razlike nisu statistički značajne

Analizirana su ponašanja kod seksualno aktivnih učenika i dodeljene su im kategorije „rizično“ i „nije rizično ponašanje“ u skladu sa pregledom literature, što je detaljno opisano u metodologiji. Radi lakšeg snalaženja u tabelama je prikazani predznak “+” za prisutno rizično ponašanje i predznak “-“ za nepostojanje rizičnog ponašanja.

Pitanja u vezi sa rizičnim seksualnim ponašanjem su glasila:

1. Koliko godina si imao/-la pri prvom seksualnom odnosu?
2. Broj dosadašnjih seksualnih partnera.
3. Koliko je trajala veza pre stupanja u seksualne odnose?
4. Da li pri prvom seksualnom odnosu sa novim partnerom/kom koristiš kondom?
5. Da li si nekada imao/-la seksualni odnos i kada to nisi želeo/-la?

U tabeli 26. su prikazani rezultati za seksualno aktivne učenike u prvom i trećem ciklusu. U prvom ciklusu istraživanja, 111 (97,4%) učenika je stupilo u seksualne odnose sa 15 i manje godina, 33 (30,6%) učenika je imalo više od 2 partnera tokom života, 63 učenika (55,2%) je stupilo u odnose u vezi kraćoj od tri meseca ili se prethodno nisu poznavali, 25 učenika (22,1%) nije koristilo kondom tokom prvog seksualnog odnosa sa novim partnerom i 22 učenika (19,0%) je učestvovalo u neželjenom seksualnom odnosu. U trećem ciklusu istraživanja 793

(69,9%) učenika je stupilo u seksualne odnose sa 15 i manje godina, 374 (34,6%) učenika je imalo više od dva partnera tokom života, 641 učenik (57,2%) je stupio u seksualne odnose tokom veze kraće od tri meseca ili se prethodno nisu poznavali, 412 učenika (37,7%) nije koristilo kondom tokom prvog seksualnog odnosa sa novim partnerom i 285 učenika (25,7%) je učestvovalo u neželjenom seksualnom odnosu, pri čemu treba uzeti u obzir nedostajuće odgovore na ovo pitanje (70 učenika učenika nije odgovorilo).

**Tabela 26. Distribucija frekvencija rizičnog seksualnog ponašanja**

Rizično seksualno ponašanje	R1		R2		R3		R4		R5	
	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+
<b>1.ciklus /pre-test</b>	3 (2,6%)	111 (97,4%)	75 (69,4%)	33 (30,6%)	51 (44,8%)	63 (55,2%)	88 (77,9%)	25 (22,1%)	94 (81,0%)	22 (19,0%)
<b>3.ciklus /pre-test</b>	342 (30,1%)	793 (69,9%)	707 (65,4%)	374 (34,6%)	479 (42,8%)	641 (57,2%)	681 (62,3%)	412 (37,7%)	825 (74,3%)	285 (25,7%)

#### 4.4.2 Rizična ponašanja povezana sa seksualnim i reproduktivnim zdravljem - deskriptivne karakteristike uzorka

Ispitivano je prisustvo rizičnog ponašanja koje se može odraziti na seksualno zdravlje kod učenika u sva tri ciklusa.

U prvom ciklusu istraživanja, cigarete je konzumiralo (15,2%) - povremeno (8,0%) ili svakodnevno (7,2%). Tek nešto više od polovine (52,7%) navodio je da nikada ne konzumira alkohol. Učenici su u 5% slučajeva naveli da su konzumirali psihoaktivne supstance.

U drugom ciklusu istraživanja, svaki peti učenik konzumirao je cigarete (20,9%) - povremeno (10,9%) ili svakodnevno (10,0%). Nešto manje od polovine učenika nije konzumiralo alkohol (44,5%) dok je psihoaktivne supstance konzumiralo 8,0% učenika.

U trećem ciklusu, svaki četvrti učenik konzumirao je cigarete (24,6%) - povremeno (11,9%) ili svakodnevno (12,7%). Alkohol nije konzumiralo 38,2%, dok je psihoaktivne supstance jednom ili više puta konzumiralo 9,5% učenika (tabela 27).

**Tabela 27. Distribucija frekvencija rizičnog ponašanja (konzumiranje psihoaktivnih supstanci)**

Varijable	Ciklus 2013/14		Ciklus 2014/15		Ciklus 2015/16	
	n	%	n	%	n	%
<b>Upotreba cigareta</b>						
Ne	839	84,8	3234	79,0	3721	75,4
Da povremeno	79	8,0	448	10,9	588	11,9
Da svakodnevno	71	7,2	411	10,0	626	12,7
<b>Upotreba alkohola</b>						
Nikad	520	52,7	1816	44,5	879	38,2
Nekoliko puta godišnje	232	23,5	1029	25,2	1135	23,1
Jednom mesečno	135	13,7	629	15,4	908	18,4
Jednom nedeljno	95	9,6	532	13,0	888	18,0
Svaki dan	5	0,5	76	1,9	114	2,3
<b>Upotreba droge</b>						
Ne	942	95,2	3761	92,0	4452	90,6
Da, probao sam	35	3,5	222	5,4	268	5,5
Da, povremeno	8	0,8	68	1,7	136	2,8
Da, svakodnevno	4	0,4	37	0,9	58	1,2

Varijable su u skladu sa pregledom literature, transformisane u “rizično” i “nije rizično ponašanje”, što je opisano u metodologiji. S obzirom da su u pitanju adolescenti, svaka upotreba psihoaktivnih supstanci se smatra rizičnom pa su u skladu sa tim definisane varijable (tabela 28).

1. Da li pušiš?
2. Koliko često se dešava da popiješ 5 i više alkoholnih pića u toku 1 prilike (tokom izlaska, žurke ili drugih dnevnih događaja)?
3. Da li koristiš neku psihoaktivnu supstancu (drogu)?

**Tabela 28. Distribucija frekvencija rizičnog ponašanja (konzumiranje psihoaktivnih supstanci)**

	Konzumiranje cigareta		Konzumiranje alkohola		Konzumiranje droga	
	-	+	-	+	-	+
<b>1.ciklus /pre-test (n=991)</b>	84,8	15,2	52,7	47,3	95,2	4,8
<b>2.ciklus/pre-test ( n=4.114)</b>	79,0	21,0	44,5	55,5	92,0	8,0
<b>3.ciklus /pre-test (n=5.026)</b>	75,4	24,6	38,2	61,8	90,6	9,4

#### 4.4.3 Ocena značajnosti promena rizičnih ponašanja kod seksualno aktivnih učenika, pre i posle intervencije, u različitim godinama primene programa

Primenom  $\chi^2$  testa, ispitivane su razlike u učestalosti rizičnih seksualnih ponašanja i rizičnih ponašanja povezanim sa reproduktivnim zdravljem pre i nakon intervencije u sva tri edukativna ciklusa. Sledeća pitanja su transformisana u rizično i nije rizično ponašanje i rizičnim ponašanjima je dodeljena oznaka „R“ sa odgovarajućim rednim brojem koji se odnosi na ispitivana rizična ponašanja.

1. Koliko godina si imao/-la pri prvom seksualnom odnosu? (R1-stupanje u seksualne odnose sa 15 i manje godina)
2. Broj dosadašnjih seksualnih partnera? (R2 - 3 i više seksualnih partnera)
3. Koliko je trajala veza pre stupanja u seksualne odnose? (R3- kraće od 3 meseca, ili se nisu poznavali)
4. Da li pri prvom seksualnom odnosu sa novim partnerom koristis kondom? (R4- ne/ponekad)
5. Da li si nekada učestvovao/la u neželjenom seksualnom odnosu i kada to nisi želeo/la? (R5- da, jednom/da, više puta)
6. Da li pušite? (R6 –da)
7. Da li konzumirate alkohol? (R7-da)
8. Da li konzumirate psihoaktivne supstance? (R8-da)

Iz tabele 29 vidimo da izuzev uzrasta stupanja u seksualne odnose i konzumiranja psihoaktivnih supstanci ne postoji značajna razlika u prisutnosti ostalih definisanih rizičnih seksualnih ponašanja nakon edukativne intervencije tokom prvog ciklusa. Nakon intervencije značajno je manji broj onih koji su stupili u seksualne odnose sa 15 i manje godina (39,7% vs 97,4%) ( $\chi^2=107,45$ ;  $p=0,000$ ). Značajno veći broj ispitanika je konzumirao psihoaktivne supstance nakon edukativne intervencije (R6, R7, R8): cigarete (28,1% vs 15,2%) ( $\chi^2=47,705$ ;  $p=0,000$ ); alkohol (61,2% vs 47,3%) ( $\chi^2=37,286$ ;  $p=0,000$ ) i drogu (12,2 % vs 4,8%) ( $\chi^2=35,177$ ;  $p=0,000$ ).

**Tabela 29. Promena ponašanja u vezi sa reproduktivnim zdravljem pre i nakon edukativne intervencije u prvom ciklusu**

Rizično ponašanje	Pre/posle	Rizično ponašanje		$\chi^2$	p
		n	%		
R1	Pre intervencije	111	97,4	107,454	0,000
	Posle intervencije	102	39,7		
R2	Pre intervencije	33	30,6	0,090	0,765
	Posle intervencije	71	29,0		
R3	Pre intervencije	63	55,3	2,643	0,104
	Posle intervencije	119	46,1		
R4	Pre intervencije	25	22,1	0,822	0,775
	Posle intervencije	52	20,8		
R5	Pre intervencije	22	19,0	1,165	0,280
	Posle intervencije	38	14,6		
R6	Pre intervencije	150	15,2	47,705	0,000
	Posle intervencije	266	28,1		
R7	Pre intervencije	467	47,3	37,286	0,000
	Posle intervencije	578	61,2		
R8	Pre intervencije	47	4,8	35,177	0,000
	Posle intervencije	116	12,2		

U drugom ciklusu postoje značajne razlike u prisustvu rizičnih ponašanja povezanih sa seksualnim i reproduktivnim zdravljem pre i nakon intervencije. Nakon intervencije značajno veći broj ispitanika je konzumirao psihoaktivne supstance (R6, R7, R8): cigarete (25,9% vs 21,4%) ( $\chi^2=20,996$ ;  $p=0,000$ ); alkohol (65,5% vs 56,0%) ( $\chi^2=71,080$ ;  $p=0,000$ ) i drogu (10,3% vs 8,3%) ( $\chi^2=9,372$ ;  $p=0,002$ ). Rizična seksualna ponašanja nisu ispitivana u ovom ciklusu (tabela 30).

**Tabela 30. Promena ponašanja u vezi sa reproduktivnim zdravljem pre i nakon intervencije u drugom ciklusu**

Rizična ponašanja	Pre/posle	Rizično ponašanje DA		$\chi^2$	p
		n	%		
R6	Pre intervencije	788	21,4	20,996	0,000
	Posle intervencije	1018	25,9		
R7	Pre intervencije	2055	56,0	71,080	0,000
	Posle intervencije	2561	65,5		
R8	Pre intervencije	304	8,3	9,372	0,002
	Posle intervencije	405	10,3		

Iz tabele 31 vidimo da postoji značajna razlika u rizičnim seksualnim ponašanjima nakon edukativne intervencije tokom trećeg ciklusa kod svih anketiranih učenika. Nakon intervencije broj učenika koji su stupili u seksualne odnose sa 15 i manje godina (R1) značajno je manji (53,1% vs 70,2%) ( $\chi^2=75,263$ ;  $p=0,000$ ) i značajno manji broj učenika je stupio u seksualne odnose sa nepoznatim partnerom ili u vezi kraćoj od tri meseca (R3) (48,4% vs 57,2%) ( $\chi^2=18,913$ ;  $p=0,000$ ). Što se tiče rizičnih ponašanja u vezi sa seksualnim i

reproduktivnim zdravljem značajno veći broj konzumira psihoaktivne supstance (R5,R6,R7): cigarete (32,8% vs 24,9%) ( $\chi^2=76,829$ ;  $p=0,000$ ); alkohol (69,3% vs 62,8%) ( $\chi^2=42,779$ ;  $p=0,000$ ) i drogu (19,6% vs 9,4%) ( $\chi^2=160,798$ ;  $p=0,000$ ).

**Tabela 31. Promena ponašanja u vezi sa reproduktivnim zdravljem pre i nakon intervencije u trećem ciklusu**

Rizična ponašanja	Pre/posle	Rizično ponašanje DA		$\chi^2$	$p$
		n	%		
R1	Pre intervencije	793	70,2	75,263	0,000
	Posle intervencije	703	53,1		
R2	Pre intervencije	374	34,6	1,446	0,229
	Posle intervencije	481	37,0		
R3	Pre intervencije	641	57,2	18,913	0,000
	Posle intervencije	639	48,4		
R4	Pre intervencije	412	37,7	1,752	0,186
	Posle intervencije	460	35,1		
R5	Pre intervencije	285	25,7	0,171	0,697
	Posle intervencije	328	25,1		
R6	Pre intervencije	1017	24,9	76,829	0,000
	Posle intervencije	1628	32,8		
R7	Pre intervencije	2994	62,8	42,779	0,000
	Posle intervencije	2910	69,3		
R8	Pre intervencije	462	9,4	160,798	0,000
	Posle intervencije	966	19,6		

#### 4.4.4 Povezanost demografskih i socioekonomskih faktora sa protektivnim ponašanjem u vezi sa seksualnim zdravljem

Analizirali smo razlike u protektivnom seksualnom ponašanju u odnosu na demografske i socioekonomske varijable. Protektivna ponašanja su posmatrana kao inverzna u odnosu na definisana rizična seksualna ponašanja, što je opisano u metodologiji. Tokom drugog ciklusa istraživanja nisu ispitivana seksualna ponašanja.

Povezanost protektivnih ponašanja i nezavisnih činioca je analizirana kroz logističku regresiju. Kao zavisne varijable posmatrane su protektivna seksualna ponašanja (P1-P5) (stupanje u seksualne odnose sa 16 i više godina naspram 15 i manje godina (P1); 2 i manje seksualnih partnera naspram 3 i više seksualnih partnera (P2); trajanje veze duže od tri meseca pre stupanja u seksualne odnose naspram trajanja veze 3 meseca i manje pre stupanja u seksualne odnose i nepoznavanja partnera pre seksualnog odnosa (P3); upotreba kondoma uvek prilikom seksualnog odnosa naspram neupotreba ili povremena upotrebe kondoma (P4) i neučestvovanje u neželjenom seksualnom odnosu naspram učestvovanja u neželjenom seksualnom odnosu (P5). Kao nezavisne varijable su korišćene pol, tip naselja, obrazovanje

roditelja, samoprocenjeno materijalno stanje, uspeh u školi i tip škole. Za potrebe analize napravljene su dihotome kriterijumske varijable. Analiza je sprovedena samo na podacima koje su dali seksualno aktivni učenici, nakon intervencije, kod učenika koji su učestvovali u edukaciji posebno za 1 i 3. ciklus.

U prvom ciklusu, u univarijantnoj analizi uočava se da je sa stupanjem u seksualne odnose sa 16 i više godina značajno povezan pol, odnosno učenici su imali 69% manju šansu (OR=0,31; CI=0,22-0,61; p=0,000) u odnosu na učenice da će kasnije stupiti u seksualne odnose, odnosno imati protektivna ponašanja. U multivarijantnom modelu pol je kao prediktor zadržao značajnost (OR=0,33; CI=0,17-0,64; p=0,001). Ostali faktori nisu bili statistički značajno povezani sa stupanjem u seksualne odnose sa 16 i više godina ali su u međusobnoj interakciji doprineli statističkoj značajnosti multivarijantnog modela (tabela 32).

**Tabela 32. Povezanost uzrasta stupanja u seksualne odnose sa demografskim i socioekonomskim faktorima u 1. ciklusu**

Varijable	Protektivno ponašanje: stupanje u seksualne odnose sa 16 i više godina					
	Univarijantna analiza			Multivarijantna analiza		
	OR	(95% CI)	p	OR	(95% CI)	p
<b>Pol</b>						
Muški	0,31	(0,22-0,61)	0,000	0,33	(0,17-0,64)	0,001
Ženski	1					
<b>Prebivalište</b>						
Ruralno	1,11	(0,6-2,0)	0,704	1,4	(0,69-2,91)	0,331
Urbano	1			1		
<b>Obrazovanje oca</b>						
Nezavršena/završena osnovna škola	1,82	(0,6-5,0)	0,258	1,3	(0,28-61,2)	0,721
Srednja škola	0,93	(0,5-1,6)	0,952	1,08	(0,55-2,11)	0,811
Viša/visoka škola	1			1		
<b>Obrazovanje majke</b>						
Nezavršena/završena osnovna škola	1,22	(0,4-3,0)	0,691	1,5	(0,35-6,63)	0,571
Srednja škola	0,81	(0,4-1,4)	0,471	0,65	(0,34-1,25)	0,201
Viša/visoka škola	1			1		
<b>Samoprocena materijalnog stanja *</b>						
Dobro	1			1		
Prosečno	1,24	(0,72-2,14)	0,418	1,27	(0,70-2,23)	0,441
Loše*	0,26	(0,05-1,43)	0,124	0	0	0
<b>Uspeh u školi</b>						
Odličan /Vrlo dobar	1,12	(0,6-2,1)	0,554	1,2	(0,59-2,49)	0,594
Dobar/Dovoljan	1			1		
Ponavljao razred						
<b>Tip škole</b>						
Gimnazija	1,33	(0,81-2,30)	0,237	1,26	(0,64-2,49)	0,491
Srednja stručna škola	1			1		

\*u analizi je zbog malog broj ispitanika u kategoriji loše samoprocenjeno materijalno stanje analiza sprovedena tako da je referentna kategorija dobro materijalno stanje



Univarijantnom analizom utvrđeno je da su pol i obrazovanje majke statistički značajno povezani sa manjim brojem seksualnih partnera. Učenici su imali 80% manju šansu (OR=0,20; CI=0,12-0,47; p=0,000) u odnosu na učenice da imaju manji broj seksualnih partnera. Šansa za manjim brojem seksualnih partnera kod učenika koji navode osnovno obrazovanje majke bila je 62% manja (OR=0,38; CI=0,15-0,93; p=0,036) u odnosu na one koje navode više obrazovanje majke. U modelu multivarijantne analize statistički značajan doprinos je zadržao samo pol, odnosno učenici su imali 79% manje šanse da će imati manji broj seksualnih partnera (OR=0,21; CI=0,10-0,46; p=0,000). Sa ostalim faktorima nije bilo značajne povezanosti, ali su u međusobnoj interakciji doprineli statističkoj značajnosti multivarijantnog modela (tabela 33).

**Tabela 33. Povezanost broja seksualnih partnera sa demografskim i socioekonomskim faktorima u 1. ciklusu**

Varijable	Protektivno ponašanje: seksualni odnosi sa dva i manje partnera					
	Univarijantna analiza			Multivarijantna analiza		
	OR	(95% CI)	p	OR	(95% CI)	p
<b>Pol</b>						
Muški	<b>0,20</b>	<b>(0,12-0,47)</b>	<b>0,000</b>	<b>0,21</b>	<b>(0,10-0,46)</b>	<b>0,000</b>
Ženski	1			1		
<b>Prebivalište</b>						
Ruralno	0,5	(0,29-1,07)	0,083	0,67	(0,30-1,48)	0,329
Urbano	1			1		
<b>Obrazovanje oca</b>						
Nezavršena/završena osnovna škola	0,5	(0,22-1,51)	0,261	1,07	(0,22-5,16)	0,928
Srednja škola	0,9	(0,50-1,72)	0,834	1,02	(0,48-2,17)	0,953
Viša/visoka škola	1			1		
<b>Obrazovanje majke</b>						
Nezavršena/završena osnovna škola	<b>0,38</b>	<b>(0,15-0,93)</b>	<b>0,036</b>	0,58	(0,14-2,39)	0,451
Srednja škola	1,3	(0,71-2,37)	0,471	1,51	(0,73-3,11)	0,261
Viša/visoka škola	1			1		
<b>Samoprocena materijalnog stanja</b>						
Dobro	1,2	(0,21-6,93)	0,827	1,30	(0,11-14,59)	0,831
Prosečno	4,6	(0,21-7,25)	0,797	1,26	(0,11-14,21)	0,841
Loše	1			1		
<b>Uspeh u školi</b>						
Odličan /Vrlo dobar	1,4	(0,78-2,72)	0,229	0,98	(0,45-2,14)	0,962
Dobar/Dovoljan Ponavljao razred	1			1		
<b>Tip škole</b>						
Gimnazija	1,7	(0,96-3,15)	0,065	1,2	(0,56-2,57)	0,631
Srednja stručna škola	1			1		

Univarijantnom analizom utvrđeno je da su učenici imali 83% manju šansu (OR=0,17; CI=0,09-0,30; p=0,000) u odnosu na učenice da stupaju u seksualne odnose u vezi dužoj od tri meseca. Šansa za stupanje u seksualne odnose u vezi dužoj od tri meseca je za 1,7 puta bila veća kod učenika koji pohađaju gimnaziju (OR=1,61; CI=1,00-2,81; p=0,047) od učenika koji pohađaju srednju stručnu školu. U modelu multivarijantne analize statistički značajan doprinos je zadržao samo pol, odnosno učenici su imali 86% manje šanse da će imati vezu dužu od tri meseca pre stupanja u seksualne odnose (OR=0,14; CI=0,07-0,29; p=0,000) u odnosu na učenice (tabela 34).

**Tabela 34. Povezanost dužine trajanja veze pre stupanja u seksualne odnose sa demografskim i socioekonomskim faktorima u 1. ciklusu**

Varijable	Protektivno ponašanje: trajanje veze duže od tri meseca pre stupanje u seksualne odnose					
	Univarijantna analiza			Multivarijantna analiza		
	OR	(95% CI)	p	OR	(95% CI)	p
<b>Pol</b>						
Muški	0,17	(0,09-0,30)	0,000	0,14	(0,07-0,29)	0,000
Ženski	1			1		
<b>Prebivalište</b>						
Ruralno	1,41	(0,80-2,62)	0,211	0,77	(0,37-1,61)	0,500
Urbano	1			1		
<b>Obrazovanje oca</b>						
Nezavršena/završena osnovna škola	0,44	(0,17-1,15)	0,861	0,82	(0,18-3,77)	0,804
Srednja škola	1,02	(0,60-1,75)	0,911	1,19	(0,59-2,39)	0,620
Viša/visoka škola	1			1		
<b>Obrazovanje majke</b>						
Nezavršena/završena osnovna škola	0,52	(0,20-1,23)	0,130	0,52	(0,12-2,13)	0,361
Srednja škola	0,21	(0,73-2,08)	0,471	1,42	(0,73-2,77)	0,291
Viša/visoka škola	1			1		
<b>Samoprocena materijalnog stanja</b>						
Dobro	1,48	(0,32-6,92)	0,612	8,05	(0,70-92,16)	0,093
Prosečno	1,81	(0,38-2,68)	0,449	9,26	(0,80-1,6,6)	0,074
Loše	1			1		
<b>Uspeh u školi</b>						
Odličan /Vrlodobar	1,51	(0,85-2,68)	0,152	1,03	(0,49-2,15)	0,923
Dobar/ Dovoljan Ponavljao razred	1			1		
<b>Tip škole</b>						
Gimnazija	1,68	(1,00-2,81)	0,047	0,93	(0,45-1,88)	0,840
Srednja stručna škola	1			1		

Univarijantnom analizom nisu utvrđene povezanosti nezavisnih varijabli sa upotrebom kondoma prilikom prvog seksualnog odnosa. U modelu multivarijantne analize statistički značajan doprinos su imali pol, mesto prebivališta, materijalno stanje i tip škole. Učenici 2

puta češće odgovaraju da su koristili kondom pri prvom seksualnom odnosu sa novim partnerom od učenica (OR=2,11; 95CI=1,01-4,62; p=0,043), a učenici iz ruralnih sredina imaju za to 61% manje šanse (OR=0,39; 95CI=0,16-0,94; p=0,037) u odnosu na učenike iz grada. Učenici sa dobrim materijalnim stanjem su imali skoro 8 puta veće šanse da će koristiti kondom (OR=7,91; 95CI=1,01-61,82; p=0,048), kao i učenici sa prosečnim materijalnim stanjem (OR=7,77; 95CI=0,99-60,99; p=0,051) u odnosu na učenike sa lošijim materijalnim stanjem, kao i učenici iz gimnazije koji su za to imali 2,4 puta veće šanse (OR=2,41; 95CI=1,0-5,8; p=0,036) od učenika iz srednjih stručnih škola. Ostali faktori nisu bili značajno povezani sa upotrebom kondoma ali su u međusobnoj interakciji doprineli statističkoj značajnosti multivarijantnog modela (tabela 35).

**Tabela 35. Povezanost upotrebe kondoma sa demografskim i socioekonomskim faktorima u 1. ciklusu**

Varijable	Protektivno ponašanje: upotreba kondoma prilikom seksualnog odnosa					
	Univarijantna analiza			Multivarijantna analiza		
	OR	(95% CI)	p	OR	(95% CI)	p
<b>Pol</b>						
Muški	1,72	(0,93-3,25)	0,078	<b>2,11</b>	<b>(1,01-4,62)</b>	<b>0,043</b>
Ženski	1			1		
<b>Prebivalište</b>						
Ruralno	0,60	(0,31-1,25)	0,186	<b>0,39</b>	<b>(0,16-0,94)</b>	<b>0,037</b>
Urbano	1			1		
<b>Obrazovanje oca</b>						
Nezavršena/završena osnovna škola	1,53	(0,41-5,91)	0,491	4,31	(0,6-30,41)	0,131
Srednja škola	0,81	(0,43-1,62)	0,591	0,82	(0,3-1,9)	0,691
Viša/visoka škola	1			1		
<b>Obrazovanje majke</b>						
Nezavršena/završena osnovna škola	0,92	(0,30-2,75)	0,130	0,72	(0,11-3,55)	0,697
Srednja škola	0,91	(0,50-1,87)	0,471	1,51	(0,6-3,4)	0,281
Viša/Visoka škola	1			1		
<b>Samoprocena materijalnog stanja</b>						
Dobro	3,21	(0,68-15,5)	0,131	<b>7,91</b>	<b>(1,01-61,8)</b>	<b>0,048</b>
Prosečno	3,11	(0,66-15,4)	0,141	<b>7,77</b>	<b>(0,99-60,9)</b>	<b>0,051</b>
Loše	1			1		
<b>Uspeh u školi</b>						
Odličan /Vrlodobar	0,9	(0,41-1,84)	0,803	0,31	(0,14-1,03)	0,060
Dobar/Dovoljan	1			1		
Ponavljao razred						
<b>Tip škole</b>						
Gimnazija	1,52	(0,80-3,05)	0,184	<b>2,41</b>	<b>(1,01-5,81)</b>	<b>0,036</b>
Srednja stručna škola	1			1		

Uspeh u školi je značajno povezan sa učestvovanjem u neželjenom seksualnom odnosu, odnosno učenici koji imaju odličan i vrlo dobar uspeh u školi su imali 2,7 puta veće šanse (OR=2,72; CI=1,32-5,59; p=0,006) da ne učestvuju u neželjenom seksualnom odnosu u odnosu na učenike sa lošijim uspehom u školi, što je potvrđeno u univarijantnoj analizi. U multivarijantnoj analizi model nije bio statistički značajan (tabela 36).

**Tabela 36. Povezanost učestvovanja u neželjenom seksualnom odnosu sa demografskim i socioekonomskim faktorima u 1. ciklusu**

Varijable	Univarijantna analiza		
	OR	(95% CI)	p
<b>Pol</b>			
Muški	1,46	(0,73-2,93)	0,271
Ženski	1		
<b>Prebivalište</b>			
Ruralno	0,90	(0,31-2,03)	0,804
Urbano	1		
<b>Obrazovanje oca</b>			
Nezavršena/završena osnovna škola	5,1	(0,64-40,6)	0,491
Srednja	1,4	(0,71-2,93)	0,591
Viša/visoka	1		
<b>Obrazovanje majke</b>			
Nezavršena/završena osnovna škola	1,6	(0,45-6,19)	0,130
Srednja škola	1,6	(0,80-3,41)	0,471
Viša/visoka škola	1		
<b>Samoprocena materijalnog stanja</b>			
Dobro	3,5	(0,68-20,2)	0,151
Prosečno	1,8	(0,32-10,0)	0,497
Loše	1		
<b>Uspeh u školi</b>			
Odličan /Vrlo dobar	<b>2,72</b>	<b>(1,32-5,59)</b>	<b>0,006</b>
Dobar/Dovoljan	1		
Ponavljao razred			
<b>Tip škole</b>			
Gimnazija	1,16	(0,56-2,39)	0,684
Srednja stručna škola	1		

\*pojedinačni doprinosi nisu prikazani jer model u celini nije bio značajan

U trećem ciklusu nakon edukativne intervencije univarijantnom analizom utvrđeno je da je pol statistički značajno povezan sa uzrastom stupanja u seksualne odnose, odnosno učenici su imali 44% manju šansu (OR=0,56; CI=0,42-0,74; p=0,000) u odnosu na učenice da će stupiti u seksualne odnose sa 16 i više godina, odnosno imati protektivna ponašanja. U multivarijantnom modelu, pol kao prediktor je zadržao značajnost (OR=0,63; CI=0,46-0,85; p=0,003). Ostale varijable nisu bili statistički značajno povezane sa kriterijumskom varijablom

ali su u međusobnoj interakciji doprinele statističkoj značajnosti multivarijantnog modela (tabela 37).

**Tabela 37. Povezanost uzrasta stupanja u seksualne odnose sa demografskim i socioekonomskim faktorima u 3. ciklusu**

Varijable	Protektivno ponašanje: stupanje u seksualne odnose sa 16 i više godina					
	Univarijantna analiza			Multivarijantna analiza		
	OR	(95% CI)	<i>p</i>	OR	(95% CI)	<i>p</i>
<b>Pol</b>						
Muški	0,56	(0,42-0,74)	0,000	0,63	(0,46-0,85)	0,003
Ženski	1			1		
<b>Prebivalište</b>						
Ruralno	0,91	(0,69-1,16)	0,501	1,01	(0,74-1,37)	0,943
Urbano	1			1		
<b>Obrazovanje oca</b>						
Nezavršena/završena osnovna škola	0,81	(0,51-1,29)	0,392	0,71	(0,44-1,40)	0,421
Srednja škola	1,31	(0,96-1,86)	0,082	1,46	(0,99-2,14)	0,054
Viša/visoka škola	1			1		
<b>Obrazovanje majke</b>						
Nezavršena/završena osnovna škola	1,03	(0,42-3,04)	0,691	0,99	(0,56-1,76)	0,988
Srednja škola	0,95	(0,41-1,41)	0,471	0,75	(0,52-1,09)	0,141
Viša/visoka škola	1			1		
<b>Samoprocena materijalnog stanja</b>						
Dobro	1,74	(0,91-3,32)	0,090	1,73	(0,85-3,54)	0,127
Prosečno	1,68	(0,88-3,19)	0,111	1,72	(0,84-3,49)	0,133
Loše	1			1		
<b>Uspeh u školi</b>						
Odličan /Vrlo dobar	1,21	(0,96-1,68)	0,081	1,12	(0,86-1,60)	0,307
Dobar/ Dovoljan Ponavljao razred	1			1		

Univarijantnom analizom utvrđeno je da su pol, obrazovanje oca, materijalno stanje i uspeh u školi statistički značajno povezani sa brojem seksualnih partnera. Učenici su imali 72% manju šansu (OR=0,28; CI=0,20-0,38; p=0,000) u odnosu na učenice da imaju manji broj seksualnih partnera. Šansa za manjim brojem seksualnih partnera kod učenika koji navode osnovno obrazovanje oca je bila 1,7 puta veća (OR=1,69; CI=1,04-2,74; p=0,031) u odnosu na učenike koje navode više obrazovanje oca, a učenici koji navode dobro materijalno stanje su imali 1,9 puta veće šanse (OR=1,99; CI=1,06-3,74; p=0,031) da imaju manji broj seksualnih partnera, kao i učenici koji navode prosečno materijalno stanje, jer su imali za to 1,9 puta veću šansu (OR=1,88; CI=1,01-3,53; p=0,047) od učenika koji ocenjuju svoje materijalno stanje kao loše. Učenici sa odličnim i vrlo dobrim uspehom su imali 1,3 puta veću šansu da imaju manje partnera (OR=1,32; CI=0,99-1,77; p=0,050) od učenika koji imaju lošiji

uspeh u školi. U modelu multivarijantne analize, statistički značajan doprinos je zadržao pol, odnosno, učenici su imali 74% manje šanse da će imati manji broj seksualnih partnera od učenica (OR=0,26; CI=0,18-0,37; p=0,000), učenici sa dobrim imovnim stanjem su imali za to 2,7 puta veću šansu (OR=2,67; CI=1,27-5,60; p=0,009), dok su učenici sa prosečnim imovnim stanjem imali za to 2,4 puta veću šansu (OR=2,42; CI=1,16-5,05; p=0,018) od učenika sa lošim imovnim stanjem. Ostale varijable nisu bili statistički značajno povezane sa brojem seksualnih partnera, ali su u međusobnoj interakciji doprineli statističkoj značajnosti multivarijantnog modela (tabela 38).

**Tabela 38. Povezanost broja seksualnih partnera sa demografskim i socioekonomskim faktorima u 3. ciklusu**

Varijable	Protektivno ponašanje: seksualni odnosi sa dva i manje partnera					
	Univarijantna analiza			Multivarijantna analiza		
	OR	(95% CI)	p	OR	(95% CI)	p
<b>Pol</b>						
Muški	<b>0,28</b>	<b>(0,20-0,38)</b>	<b>0,000</b>	<b>0,26</b>	<b>(0,18-0,37)</b>	<b>0,000</b>
Ženski	1			1		
<b>Prebivalište</b>						
Ruralno	1,00	(0,75-1,33)	0,980	1,02	(0,74-1,44)	0,831
Urbano	1			1		
<b>Obrazovanje oca</b>						
Nezavršena/završena osnovna škola	<b>1,69</b>	<b>(1,04-2,74)</b>	<b>0,031</b>	1,54	(0,82-2,90)	0,175
Srednja škola	1,18	(0,84-1,67)	0,325	1,00	(0,66-1,51)	0,991
Viša/visoka škola	1			1		
<b>Obrazovanje majke</b>						
Nezavršena/završena osnovna škola	1,29	(0,81-2,06)	0,277	0,86	(0,46-1,60)	0,641
Srednja škola	1,11	(0,81-1,55)	0,471	1,12	(0,75-1,69)	0,556
Viša/Visoka škola	1			1		
<b>Samoprocena materijalnog stanja</b>						
Dobro	<b>1,99</b>	<b>(1,06-3,74)</b>	<b>0,031</b>	<b>2,67</b>	<b>(1,27-5,60)</b>	<b>0,009</b>
Prosečno	<b>1,88</b>	<b>(1,01-3,53)</b>	<b>0,047</b>	<b>2,42</b>	<b>(1,16-5,05)</b>	<b>0,018</b>
Loše	1			1		
<b>Uspeh u školi</b>						
Odličan /Vrlodobar	<b>1,32</b>	<b>(0,99-1,77)</b>	<b>0,050</b>	1,12	(0,80-1,57)	0,493
Dobar/ Dovoljan Ponavljao razred	1			1		

Univarijantnom analizom utvrđeno je da su pol, materijalno stanje i uspeh u školi statistički značajno povezani sa dužinom trajanja veze pre stupanja u seksualne odnose. Učenici su imali 79% manju šansu u odnosu na učenice (OR=0,21; CI=0,16-0,29; p=0,000) da stupaju u seksualne odnose u vezi dužoj od tri meseca. Šansa za stupanje u seksualne odnose u vezi dužoj od tri meseca je bila za 1,9 puta veća kod učenika koji imaju prosečno materijalno stanje (OR=1,95; CI=1,01-3,66; p=0,037) od učenika koji imaju loše materijalno

stanje. Učenici sa odličnim i vrlodobrim uspehom u školi su imali za to 1,4 puta veću šansu (OR=1,39; CI=1,05-3,84; p=0,019) od učenika sa lošijim uspehom u školi. U modelu multivarijantne analize statistički značajan doprinos je zadržao pol, odnosno učenici su imali 82% manje šanse od učenica da će imati vezu dužu od tri meseca pre stupanja u seksualne odnose (OR=0,18; CI=0,13-0,26; p=0,000), potom i učenici sa dobrim imovnim stanjem koji su za to imali 2,2 puta veću šansu (OR=2,29; CI=1,06-4,90; p=0,033), odnosno učenici sa prosečnim imovnim stanjem koji su za to imali 2,6 puta veću šansu (OR=2,62; CI=1,22-5,62; p=0,013) od učenika sa lošim imovnim stanjem (tabela 39).

**Tabela 39. Povezanost trajanja veze pre stupanja u seksualne odnose sa demografskim i socioekonomskim faktorima u 3. ciklusu**

Varijable	Protektivno ponašanje: trajanje veze duže od tri meseca pre stupanje u seksualne odnose					
	Univarijantna analiza			Multivarijantna analiza		
	OR	(95% CI)	p	OR	(95% CI)	p
<b>Pol</b>						
Muški	<b>0,21</b>	<b>(0,16-0,29)</b>	<b>0,000</b>	<b>0,18</b>	<b>(0,13-0,26)</b>	<b>0,000</b>
Ženski	1			1		
<b>Prebivalište</b>						
Ruralno	0,89	(0,68-1,17)	0,419	1,02	(0,73-1,42)	0,883
Urbano	1			1		
<b>Obrazovanje oca</b>						
Nezavršena/završena osnovna škola	0,78	(0,49-1,24)	0,305	0,80	(0,43-1,48)	0,480
Srednja škola	1,17	(0,84-1,63)	0,332	1,07	(0,71-1,62)	0,719
Viša/visoka škola	1			1		
<b>Obrazovanje majke</b>						
Nezavršena/završena osnovna škola	0,89	(0,49-1,24)	0,637	0,72	(0,39-1,34)	0,306
Srednja škola	0,97	(0,71-1,33)	0,881	0,88	(0,59-1,32)	0,551
Viša/visoka škola	1			1		
<b>Samoprocena materijalnog stanja</b>						
Dobro	1,46	(0,78-2,75)	0,232	<b>2,29</b>	<b>(1,06-4,90)</b>	<b>0,033</b>
Prosečno	<b>1,95</b>	<b>(1,01-3,66)</b>	<b>0,037</b>	<b>2,62</b>	<b>(1,22-5,62)</b>	<b>0,013</b>
Loše	1			1		
<b>Uspeh u školi</b>						
Odličan /Vrlo dobar	<b>1,39</b>	<b>(1,05-1,84)</b>	<b>0,019</b>	1,01	(0,83-1,61)	0,388
Dobar/Dovoljan	1			1		
Ponavljao razred						

Rezultat univarijantne analize ukazuje da su sa upotrebom kondoma prilikom prvog seksualnog odnosa sa novim partnerom statistički značajano povezani pol, materijalno stanje i uspeh u školi. Učenici su imali 34% manje šanse (OR=0,66; 95CI=0,49-0,88; p=0,006) od učenica da će koristiti kondom pri prvom seksualnom odnosu sa novim partnerom. Učenici sa dobrim materijalnim stanjem imali su za to 1,9 puta veću šansu (OR=1,96; 95CI=1,05-3,66;

$p=0,031$ ), učenici sa prosečnim 2,2 puta veću šansu ( $OR=2,23$ ;  $95CI=1,20-4,16$ ;  $p=0,011$ ) od učenika sa lošim materijalnim stanjem; učenici sa odličnim i vrlo dobrim uspehom u školi imali su 1,4 puta veću šansu ( $OR=1,43$ ;  $95CI=1,06-1,91$ ;  $p=0,016$ ) od učenika sa lošijim uspehom u školi. U modelu multivarijantne analize izdvojili su se pol i materijalno stanje. Učenici su imali 39% manje šanse ( $OR=0,61$ ;  $95CI=0,43-0,85$ ;  $p=0,003$ ) od učenika da će koristiti kondom pri prvom seksualnom odnosu sa novim partnerom. Učenici sa dobrim imovnim stanjem su imali 2,3 puta veću šansu da će koristiti kondom ( $OR=2,31$ ;  $95CI=1,14-4,65$ ;  $p=0,020$ ), kao i učenici sa prosečnim imovnim stanjem koji su za to imali 2,6 puta veću šansu ( $OR=2,64$ ;  $95CI=1,30-5,34$ ;  $p=0,007$ ) u odnosu na učenike sa lošijim imovnim stanjem. Ostale varijable nisu bile statistički značajno povezane sa kriterijumskom varijablom, ali su u međusobnoj interakciji doprineli statističkoj značajnosti multivarijantnog modela (tabela 40).

**Tabela 40. Povezanost upotrebe kondoma pri prvom seksualnom odnosu sa novim partnerom sa demografskim i socioekonomskim faktorima u 3. ciklusu**

Varijable	Protektivno ponašanje: upotreba kondom prilikom seksualnog odnosa					
	Univarijantna analiza			Multivarijantna analiza		
	OR	(95% CI)	<i>p</i>	OR	(95% CI)	<i>p</i>
<b>Pol</b>						
Muški	<b>0,66</b>	<b>(0,49-0,88)</b>	<b>0,006</b>	<b>0,61</b>	<b>(0,43-0,85)</b>	<b>0,003</b>
Ženski	1			1		
<b>Prebivalište</b>						
Ruralno	1,12	(0,82-1,47)	0,506	1,20	(0,86-1,66)	0,273
Urbano	1			1		
<b>Obrazovanje oca</b>						
Nezavršena/završena osnovna škola	0,90	(0,56-1,45)	0,681	1,05	(0,58-1,91)	0,863
Srednja škola	1,15	(0,80-1,63)	0,437	1,07	(0,70-1,61)	0,750
Viša/visoka škola	1			1		
<b>Obrazovanje majke</b>						
Nezavršena/završena osnovna škola	0,67	(0,42-1,07)	0,096	0,65	(0,35-1,19)	0,167
Srednja škola	0,77	(0,54-1,07)	0,139	0,70	(0,47-1,06)	0,097
Viša/visoka škola	1			1		
<b>Samoprocena materijalnog stanja</b>						
Dobro	<b>1,96</b>	<b>(1,05-3,66)</b>	<b>0,031</b>	<b>2,30</b>	<b>(1,14-4,65)</b>	<b>0,020</b>
Prosečno	<b>2,23</b>	<b>(1,20-4,16)</b>	<b>0,011</b>	<b>2,64</b>	<b>(1,30-5,34)</b>	<b>0,007</b>
Loše	1			1		
<b>Uspeh u školi</b>						
Odličan /Vrlo dobar	<b>1,43</b>	<b>(1,06-1,91)</b>	<b>0,016</b>	1,29	(0,93-1,80)	0,119
Dobar/Dovoljan	1					
Ponavljao razred						



Univarijantnom analizom utvrđeno je da je materijalno stanje statistički značajno povezano sa učestvovanjem u neželjenom seksualnom odnosu, odnosno učenici koji navode dobro materijalno stanje imali su 2,3 puta veću šansu da neučestvuju u neželjenom seksualnom odnosu (OR=2,31; CI=1,21-4,32; p=0,009), dok su učenici koji navode prosečno materijalno stanje imali za to 2,6 puta veću šansu (OR=2,65; CI=1,91-5,00; p=0,021) u odnosu na učenike sa lošim materijalnim stanjem. U multivarijantnoj analizi model nije statistički značajan (tabela 41).

**Tabela 41. Povezanost neučestvovanja u neželjenom seksualnom odnosu sa demografskim i socioekonomskim faktorima u 3. ciklusu**

Varijable	Univarijantna analiza		
	OR	(95% CI)	p
<b>Pol</b>			
Muški	0,89	(0,65-1,23)	0,511
Ženski	1		
<b>Prebivalište</b>			
Ruralno	0,94	(0,68-1,29)	0,701
Urbano	1		
<b>Obrazovanje oca</b>			
Nezavršena/završena osnovna škola	0,88	(0,53-1,46)	0,631
Srednja	1,28	(0,87-1,88)	0,199
Viša/visoka	1		
<b>Obrazovanje majke</b>			
Nezavršena/završena osnovna škola	0,66	(0,45-6,19)	0,130
Srednja	0,80	(0,80-3,41)	0,471
Viša/Visoka	1		
<b>Samoprocena materijalnog stanja</b>			
Dobro	<b>2,31</b>	<b>(1,21-4,31)</b>	<b>0,009</b>
Prosečno	<b>2,65</b>	<b>(1,41-5,00)</b>	<b>0,021</b>
Loše	1		
<b>Uspех u školi</b>			
Odličan /Vrlodobar	1,26	(0,87-1,65)	0,246
Dobar/ Dovoljan	1		
Ponavljao razred			

\* pojedinačni doprinosi nisu prikazivani jer model u celini nije bio značajan

#### 4.4.5 Povezanost upotrebe alkohola i rizičnih seksualnih ponašanja

U radu smo hteli da procenimo povezanost konzumiranja alkohola (koristeći varijablu u kojoj je navedena konzumacija alkohola na skali od nikada do skoro svaki dan) i rizičnih seksualnih ponašanja (R1-R5) kod seksualno aktivnih učenika u 1 i 3. edukativnom ciklusu pre edukativne intervencije. Veza između varijabli izražena je pomoću Spirmanovog koeficijenta korelacije. Rezultati pokazuju da u 1. ciklusu nije bila značajna povezanost

testiranih varijabli. U trećem ciklusu izračunata je pozitivna korelacija između češće upotrebe alkohola i većeg broja seksualnih partnera, ranijeg stupanja u seksualne odnose u odnosu na trajanje veze, neupotrebe kondoma pri prvom seksualnom odnosu i učestvovanja u neželjenim seksualnim odnosima (tabela 42).

**Tabela 42. Povezanost upotrebe alkohola i rizičnih seksualnih ponašanja**

Spirmanova korelacija	1. ciklus	3. ciklus
	Upotreba alkohola	Upotreba alkohola
R1 - Stupanje u seksualne odnose sa 15 i manje godina	0,06	0,04
R2- 3 i više seksualnih partnera	0,02	0,20**
R3- Stupanje u seksualne odnose u vezi kraćoj od 3 meseca	0,07	0,09**
R4- Neupotreba kondoma pri prvom seksualnom odnosu sa novim partnerom	-0,03	0,12**
R-5 Učestvovanje u neželjenom seksualnom odnosu	0,05	0,11**

\*\*p<0,01

#### 4.4.6 Povezanost kontekstualnih faktora sa protektivnim seksualnim ponašanjem

Veza između broja pohađanih radionica, ocena radionica i ocena efikasnosti edukatora i protektivnih seksualnih ponašanja (P1-P5), kao i protektivnih ponašanja povezanih sa reproduktivnim zdravljem (P6-P8), istražena je pomoću Spirmanovog koeficijenta korelacije.

U 2. edukativnom ciklusu nakon intervencije izračunata je značajna pozitivna korelacija između ocene radionica i ocene edukatora sa: konzumiranjem cigareta, alkohola i droga, odnosno, učenici koji su bolje ocenili radionice i edukatore češće su navodili da nisu konzumirali psihoaktivne supstance. Uočena je pozitivna korelacija broja radionica i upotrebe cigareta i alkohola, odnosno učenici koji su pohađali više radionica češće su navodili da nisu konzumirali cigarete i alkohol. U 2. ciklusu nisu analizirana seksualna ponašanja.

U 3. edukativnom ciklusu nisu dobijene značajne povezanosti protektivnih ponašanja i broja radionica, ocena radionica i ocena edukatora (tabela 43).

**Tabela 43. Protektivna ponašanja u odnosu na broj pohađanih radionica, ocenu radionica i efikasnost edukatora u 2 i 3. ciklusu**

Spirmanova korelacija	2.ciklus			3. ciklus		
	Broj radionica	Ocena edukatora	Ocena radionice	Broj radionica	Ocena edukatora	Ocena radionice
Stupanje u seksualne odnose sa 16 i više godina (P1)	/	/	/	0,043	0,000	0,005
Dva i manje seksualna partnera (P2)	/	/	/	0,005	0,048	0,024
Trajanje veze duže od tri meseca pre stupanja u seksualne odnose(P3)	/	/	/	-0,023	0,005	0,006
Upotreba kondoma prilikom prvog seksualnog odnosa(P4)	/	/	/	0,031	-0,032	0,005
Neučestvovanje u neželjenom seksualnom odnosu(P5)	/	/	/	-0,013	-0,002	0,023
Upotreba cigareta(P6)	0,044**	0,046**	0,045*	0,012	0,015	0,012
Upotreba alkohola(P7)	0,064**	0,076**	0,074**	0,013	0,026	0,022
Upotreba droga(P8)	0,029	0,064**	0,110**	0,024	-0,006	0,011

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ 

#### ***4.5 Moderatorska uloga Programa edukacije u odnosu na promenu u nivou znanja o seksualnom i reproduktivnom zdravlju***

Sproveli smo analizu moderacije i medijacije odnosno znanja pre i posle edukativnog ciklusa, tako što smo ispitali da li je tip programa moderator-varijabla, da li je znanje drugačije raslo u zavisnosti od toga koji program je bio sproveden. Drugi deo analiza medijacije smo sproveli sa brojem radionica kao medijator varijabli u drugom i trećem ciklusu, istražujući da li broj radionica utiče na razliku u promeni znanja nakon edukacije.

##### *4.5.1. Moderaciona uloga godine/tipa edukacije u relaciji između znanja koje su učenici imali pre i znanja koje imaju nakon edukacije*

Da bi se proverila moderaciona uloga tipa programa edukacije u različitim godinama, odnosno programa koje je učenik pohađao u relaciji sa znanjem pre i nakon edukacije, sprovedena je hijerarhijska regresiona analiza u dva bloka (tabela 44). U prvom bloku su unešene vrednosti prediktora (znanje pre edukacije) i moderatora (godina/tip edukacije), dok je u drugom bloku uvedena njihova interakcija. U ovom istraživanju tip programa je kodiran kao

dummy varijabla, gde 1 znači prva godina edukacije, 2 znači druga godina/tip edukacije i 3 znači treća godina/tip edukacije.

**Tabela 44. Analiza efekta moderacije godine/tipa edukativnog programa u odnosu na promenu u znanju**

Koraci	$R^2$	$\Delta R^2$	$B$	$SE B$	$b$
<b>Preditor: Znanje pre edukacije</b>					
<b>Korak 1</b>					
Znanje pre	0,52**	0,51	0,43	0,04	0,43**
Dummy 1			-0,38	0,13	-0,16
Dummy 2			-0,11	0,13	-0,04
Dummy 3			0,07	0,13	0,03
<b>Korak 2</b>					
Znanje pre	0,51**	0,00	0,42	0,05	0,42**
Dummy 1			-1,57	0,94	-0,68
Dummy 2			-0,00	0,90	-0,00
Dummy 3			-0,15	0,92	-0,06
Znanje pre x dummy 1			0,05	0,04	0,51
Znanje pre x dummy 2			-0,00	0,04	-0,04
Znanje pre x dummy 3			0,01	0,04	0,09

\*\*  $p < 0,01$

U prvom bloku, kao značajan prediktor se izdvaja znanje pre edukacije, dok tip edukacije ne ostvaruje značajan doprinos u objašnjenju znanja nakon edukacije. Nakon uvođenja interakcije u drugom bloku, glavni efekat znanja pre edukacije ostaje značajan, dok se ne registruje ni značajan glavni efekat tipa edukacije ni interakcija tipa edukacije i znanja pre edukacije. Na osnovu ovoga zaključujemo da tip programa edukacije ne moderira relaciju između znanja pre i nakon edukacije, tj. da se znanje nakon edukacije jednako povećava nezavisno od programa edukacije koje su učenici pohađali.

#### 4.5.2 Medijaciona uloga broja radionica u relaciji rezultata ostvarenih na skali znanja pre i posle intervencije (drugi i treći ciklus)

Znanje pre edukacije i broj radionica ostvaruju pozitivnu korelaciju umerenog inteziteta ( $r=0,231$ ,  $p<0,01$ ), dok skorovi na skali znanja pre i posle intervencije visoko pozitivno koreliraju ( $r=0,526$ ,  $p<0,01$ ). Broj pohađanih radionica ne korelira značajno sa znanjem nakon intervencije ( $r=0,010$ ,  $p=0,71$ ).

Da bi se proverila medijaciona uloga broja pohađanih radionica u relaciji sa znanjem pre i posle intervencije, sprovedena je analiza medijacije. Analiza medijacije, podrazumeva četiri preduslova: 1) prediktor mora značajno da predviđa kriterijum; 2) prediktor mora značajno da predviđa medijatorsku varijablu; 3) medijatorska varijabla mora značajno da predviđa kriterijumsku varijablu; 4) prediktivna moć prediktora na kriterijum opada nakon

uvođenja medijatorske varijable u drugom bloku hijerarhijske regresione analize. Kada je reč o prvom preduslovu regresioni model u kom postoji značajna povezanost znanja pre i nakon intervencije je statistički značajan ( $R=0,526$ ,  $p<0,01$ ). Oni učenici koji su imali više znanje na početku pokazuju više znanje i nakon održane edukacije.

Kada je reč o drugom preduslovu regresioni model u kome postoji povezanost znanja pre radionice i broja radionica koje je učenik odslušao je statistički značajan ( $R=0,231$ ,  $p<0,01$ ). Oni učenici koji na početku više znaju o seksualnosti i u toku edukacije su pohađali veći broj radionica. Ovim su ispunjena prva 2 od 4 preduslova za testiranje medijacije. Kada je u pitanju treći preduslov, regresioni model pokazuje da broj pohađanih radionica nije značajan prediktor znanja nakon intervencije. Ovim nije ispunjen treći preduslov za testiranje medijacije. Takođe, sa uvođenjem broja radionica u drugom bloku hijerarhijske regresione analize, ne smanjuje se korelacija znanja pre i nakon intervencije, čime nije ispunjen ni četvrti preduslov medijacije (Tabela 45). Broj radionica nije značajan medijator u relaciji između znanja pre i nakon edukacije.

**Tabela 45. Analiza medijacije broja radionica u relaciji sa znanjem**

	<b>R</b>	<b><math>\Delta R^2</math></b>	<b>B</b>	<b>S.E.</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>P</b>
<i>Prvi blok</i>	0,526	0,050				
<b>Znanje pre</b>			2,103	0,470	-0,224	0,003
<i>Drugi blok</i>	0,524	0,000				
<b>Znanje pre</b>			2,076	0,505	-0,218	0,003
<b>Broj radionica</b>			0,010	0,196	-0,017	0,715

## ***4.6 Evaluacija vannastavnog programa zdravstvenog vaspitanja o reproduktivnom zdravlju primenom instrumenta za procenu efektivnosti SERAT***

Jedan od ciljeva ove teze je evaluacija vannastavne edukacije „Zdravstveno vaspitanje o reproduktivnom zdravlju među srednjoškolicima uzrasta 16 godina u AP Vojvodini“ primenom instrumenata za procenu efektivnosti (*SERAT* upitnik) kroz njegove 3 komponente: Ciljeve i principe, Sadržaj programa za uzrast od 15-18 godina i Implementacija programa.

Od ispitanika (edukatora, autora programa i donosioca odluka) koji su učestvovali, 52 (91,2%) su osobe ženskog pola i 5 (8,8%) su osobe muškog pola. Struktura ispitanika prema učešću u programu je sledeća: 51 (89,5%) su edukatori, 2 osobe su zadužene za evaluaciju programa, 2 osobe su autori praktičnog dela programa i edukator edukatora i 2 osobe su autori praktičnog i teoretskog dela programa. O ukupnog broja, 56,1% edukatora je navelo da je učestvovalo u trećoj godini primene programa (2015/16. godina) 35,1% je navelo da je učestvovalo u drugoj godini (2014/15. godina) i 8,8% vršnjačkih edukatora je navelo da je učestvovalo u prvoj godini primene programa (pilot-program).

Primenom evaluacionog instrumenta – *SERAT*, dokazali smo u 18 od 19 ispitivanih karakteristika Programa, visoku efektivnost (jake ili umerene karakteristike prisutne 70-95%) programskih ciljeva i principa, sadržaja i implementacije. Sledi detaljniji opis evaluacionih skorova po oblastima *SERAT* evaluacije.

### ***4.6.1 SERAT evaluacija ciljeva i principa programa***

Unutar ciljeva i principa, ocenjivane su četiri oblasti, i to 1) ciljevi; 2) efektivno ponašanje; 3) model i 4) analiza zainteresovanih strana. Rezultati ukazuju na to da je program imao jasne kognitivne, efektivne i ciljeve sticanja veština. Ukupni rezultat skora jakih karakteristika za ciljeve bio je 88,4%, dok je efektivno ponašanje postiglo 76,6%. Model je postigao 76,3% i analiza zainteresovanih strana je postigla 47,7%. Ukupna ocena za karakteristike (oblasti) ciljeva i principa bila je 70,6% - jaka, 15,8% - umerena a 7,3% - slaba (Grafikon 1).

### Grafikon 1. Evaluacija ciljeva i principa Programa kroz 4 domena (ciljevi, efektivno ponašanje, model, analiza zainteresovanih strana)



#### 4.6.1.1 SERAT ocena ciljeva i principa programa za karakteristiku „Ciljevi“

Ciljevi i principi Programa vannastavne edukacije „Zdravstveno vaspitanje o seksualnom zdravlju među srednjoškolcima u AP Vojvodini“ su veoma dobri jer je postignuto skoro 90% jakih karakteristika u evaluaciji ove komponente programa.

#### 4.6.1.2 SERAT ocena ciljeva i principa programa za karakteristiku „Efektivno ponašanje“

Kurikulum (plan i program) takođe ima visoku ocenu u smislu fokusiranja na efektivno ponašanje. Postignuto je skoro 80% jakih karakteristika u evaluaciji ove komponente programa. Nastavni plan i program adresira ponašanje kao što je izbegavanje seksualnih odnosa, odlaganje prvog seksualnog odnosa i postojanja istovremeno više seksualnih partnera. Takođe, pruža informacije o tačnoj i doslednoj upotrebi kondoma. Bavi se temama identifikovanja pritisaka za seksualni odnos, pa je tako na pitanje “Da li Program ima uticaj na razvoj efektivnog ponašanja kao što je identifikovanje pritiska na seksualni odnos” 80,7% ispitanika odgovorilo je program imao uticaj a 17,5% ispitanika je odgovorilo manje-više. Da program ima uticaj na predlaganje mera za reagovanje na pritiske za seksualni odnos, 71,9% ispitanika je odgovorilo potvrdno a 22,8% manje više (tabela 46).

#### 4.6.1.3 SERAT ocene ciljeva i principa programa za karakteristiku „Model“

Kurikulum (plan i program) je pratio logički model koji precizira zdravstvene ciljeve i ponašanja. U njegovoj izradi učestvovali su stručnjaci odnosno univerzitetski nastavnici iz

oblasti ginekologije, urologije, razvojne psihologije, socijalne medicine i epidemiologije i program je probno testiran. Postignuto je skoro 80% jakih karakteristika u evaluaciji ove komponente programa.

#### 4.6.1.4 *SERAT ocene ciljeva i principa programa za karakteristiku „Analiza zainteresovanih strana“*

Iako su relevantni stručnjaci bili uključeni u razvoj kurikuluma, roditelji, nastavnici i predstavnici vlasti (kao važne karike) nisu bili deo razvoja programa, niti su obuhvaćeni temama programa, otuda ovaj segment pokazuje slabije karakteristike, odnosno postignuto je manje od 50% jakih karakteristika u evaluaciji ove komponente programa. Na pitanja u vezi sa tim da li teme programa u vezi sa HIV-om uključuju ostale članove zajednice (pitanja 31-35), manji procenat ispitanika je odgovorio potvrdno (tabela 46).

Detaljna analiza svakog pojedinačnog pitanja u okviru karakteristike „Ciljevi i principi programa“ prikazana je u tabeli 46.

#### 4.6.2 *Analiza sadržaja programa*

Kurikulum (plan i program) je osmišljen za mlade uzrasta od 15-18 godina, zato smo analizirali taj segment *SERAT* instrumenta. Razmatraju se teme učenja koje su sastavni deo plana i programa, kao što su znanje, životne veštine i lični stavovi prema seksualnosti. U kurikulumu se obrađuju sledeće teme: 1) Zdravlje; 2) Komunikacija; 3) Komunikacija o asertivnosti; 4) Anatomija polnih organa; 5) Pubertet 6) Seksualnost, 7) Trudnoća i porođaj; 8) Seksualno prenosive infekcije i HIV; 9) Kontracepcija; 10) Ginekolog, urolog, pedijatar, psiholog, 11) Rizična ponašanja, 12) Rodna pitanja i ljudska prava.

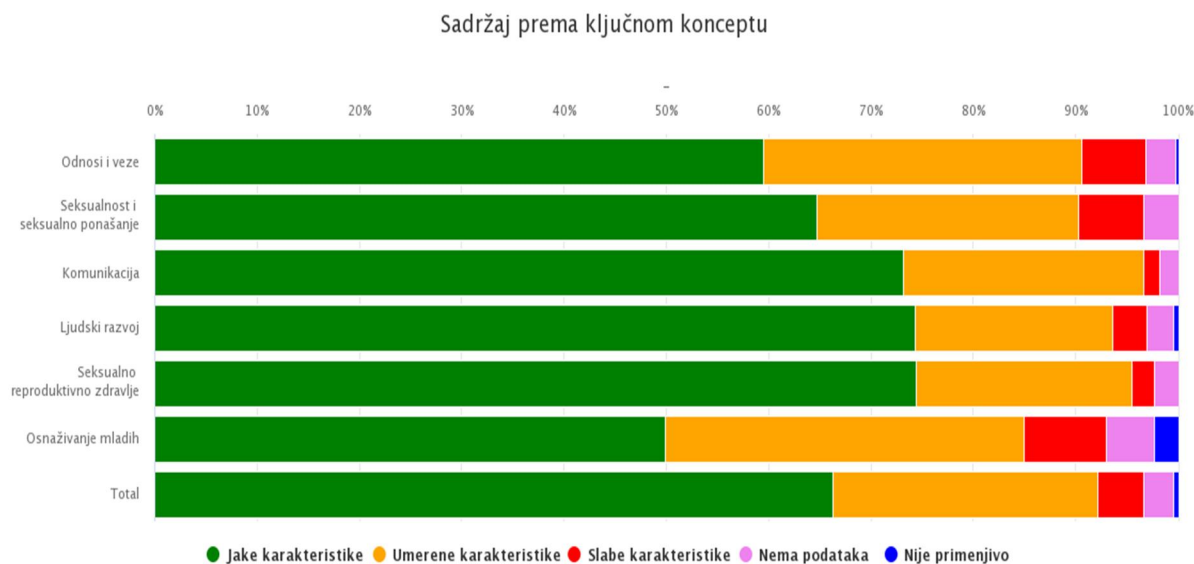
##### *Sadržaj programa od 15-18 godina:*

a) Sadržaj prema ključnom konceptu: U pogledu sadržaja prema ključnom konceptu sa jakim karakteristikama zastupljene su sledeće teme (ujedno opisane kao karakteristike u okviru ove komponente *SERAT*-a): međuljudski odnosi 59,4%; seksualnost i seksualno ponašanje 64,7%; pregovaranje o komunikaciji i donošenje odluka 73,1%; ljudski razvoj 74,3%, seksualno i reproduktivno zdravlje 74,4%; i osnaživanje mladih 49,8%. Svi evaluacioni skorovi tema pokazuju najviše jake i umerene karakteristike Programa. Ukupna distribucija skorova ocena za sadržaj prema ključnom konceptu programa bila je 66,2% jaka, 25,8% umerena a 4,5% slaba. Tema „seksualno i reproduktivno zdravlje“ ima visoke skorove što je i očekivano jer su ove teme najšire obuhvaćene programom i njegova su suština. Tema „odnosi i veze“ (59,4%) ima



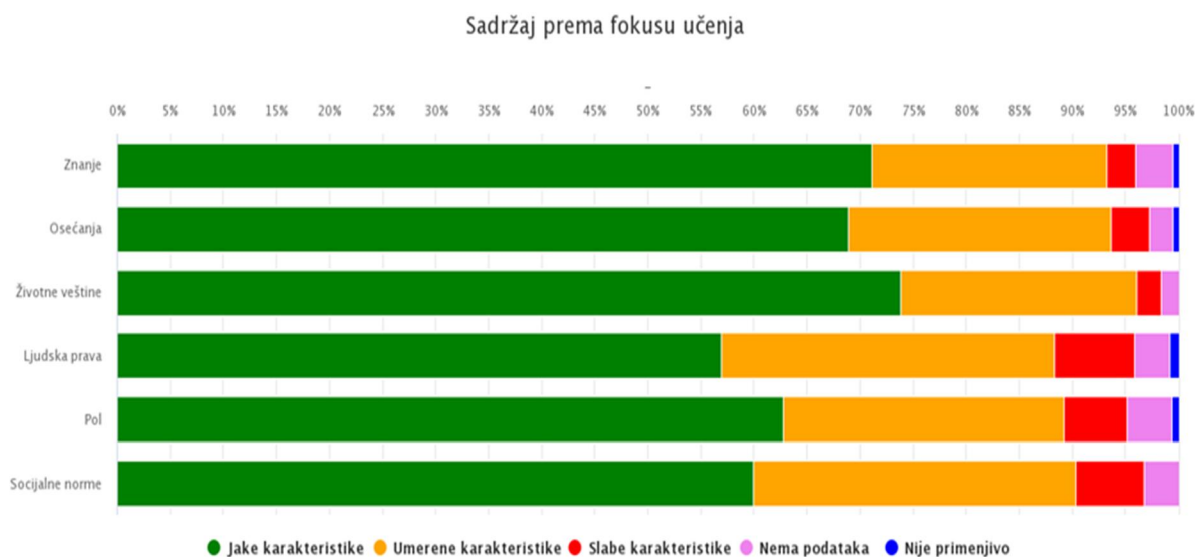
nešto niži skor u okviru jakih karakteristika. Slabija karakteristika kurikuluma je tema „osnaživanje mladih“ (svega 49,8% skora jakih karakteristika) (Grafikon 2).

### Grafikon 2. Zastupljenost standardizovanih tema u sadržaju programa prema ključnom konceptu



b) Unutar sadržaja prema fokusu učenja postignuto je: Znanje 71,1%; Životne veštine 73,8%; Osećanja 68,9%; Ljudska prava 56,9%; Pol 62,7%; Društvene norme 59,9%.

Sve teme pokazuju dobre karakteristike. Program je najviše usmeren na životne veštine i znanje o seksualnom zdravlju. Sadržaj koji se odnosi na ljudska prava je manje zastupljen u odnosu na druge teme u sadržaju prema fokusu učenja. Teme: pol i društvene norme su imale skor jakih karakteristika preko 50% ali su posle ljudskih prava, takođe najslabije obrađene (Grafikon 3).

**Grafikon 3. Zastupljenost tema u sadržaju Programa prema fokusu učenja**

Kod detaljne analize odgovora na pitanje: “Da li su naredne teme obuhvaćene programom“, rezultati su predstavljeni u tabeli 46. U ovom segmentu, uočene su neke slabosti u sadržaju poput toga što su ispitanici u najmanjem procentu odgovarali da se Program bavi pitanjima odgovarajućih zakona koji se odnose na nasilje u partnerskim odnosima (29,9% je odgovorilo da i 43,7% manje više dok je 26,4% odgovorilo ne ili ne znam). Slabiji skor je imala i obrada tema o identifikaciji izvora moći i bespomoćnosti u međuljudskim odnosima, gde 43,6% ispitanika smatra da su teme dobro obrađene, 42,2% smatra manje više, a 14,7% smatra da nisu dobro obrađene.

Veštine asertivnosti i pregovaranja da se odupre neželjenom seksualnom pritisku i učvrsti namera o primeni bezbednog seksa su dobro obrađene (89,5% ispitanika se izjasnilo potvrdno a 10,5% manje više), takođe i procenjivanje zašto je mnogim mladim ljudima teško da jasno i asertivno iskažu da ne žele seks (82,9% smatra da jesu dobro obrađene i 15,7% manje više). Obostrani pristanak kao ključni uslov pre seksa sa partnerom je takođe dobro obrađen (96,5% je odgovorilo da jeste i 3,5% je odgovorilo manje više). U okviru ove grupe pitanja dobijeni su odgovori da program manje dotiče temu diskriminacije pri raspodeli moći u društvu i svest o ljudskim pravima. Program bi mogao da unapredi i naglasi temu važnosti učešća ljudi koji žive sa HIV-om u poboljšanju odgovora na HIV epidemiju (pitanja 61, 64, 81, 82, 85 u tabeli 46).

### 4.6.3 Implementacija

Unutar pitanja u oblasti implementacije, utvrđeno je da su programski principi postigli skor 84,5%; način isporuke 73,6%; metode su postigle 74,2% u jakim karakteristikama; a ukupni skor za implementaciju programa bio je 77,5% - za jaku, 16,4% - za umerenu, a 6% za slabu karakteristiku (Grafikon 4). Detaljno su analizirani odgovori na pitanja u okviru implementacije i predstavljeni su u tabeli 46.

**Grafikon 4. Distribucija segmenata implementacije**

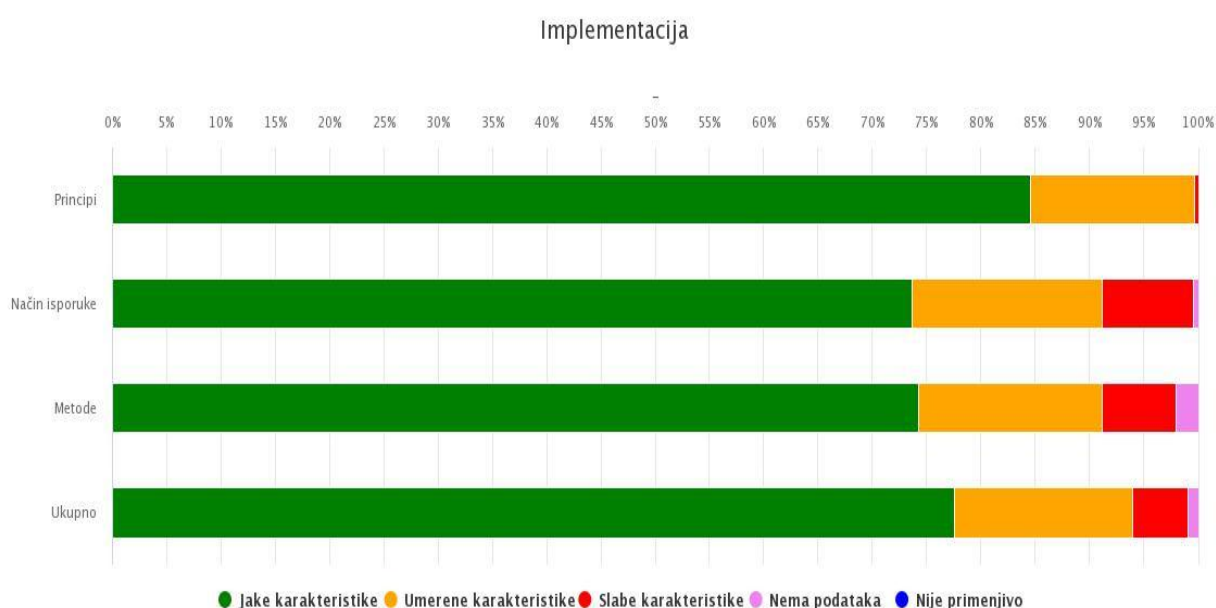


Tabela 46. Distribucija odgovora na SERAT upitnik

R.b.	PITANJA/ODGOVORI	Da		Manje više		Ne		Ne znam		Nije primenljivo	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	<b>„Ciljevi i principi programa“ kao odgovor na pitanje: „Da li program ima....?“</b>										
1.	Kognitivne ciljeve	54	94,7	2	3,5	-	-	1	1,8	-	-
2.	Afektivne ciljeve	56	98,2	1	1,8	-	-	-	-	-	-
3.	Ciljeve sticanja veština	50	87,7	7	12,3	-	-	-	-	-	-
	<b>Da li program ima jasne javnozdravstvene ciljeve koji uključuju?</b>										
4.	Smanjenje neplanirane trudnoće	53	93,0	3	5,3	1	1,8	-	-	-	-
5.	Smanjenje HIV-a	51	89,5	5	8,8	1	1,8	-	-	-	-
6.	Smanjenje seksualno prenosivih infekcija	52	91,2	4	7,0	1	1,8	-	-	-	-
7.	Smanjenje rodno zasnovanog nasilja	37	64,9	17	29,8	3	5,3	-	-	-	-
	<b>Kod analize efektivnog ponašanja analizirali smo odgovore na pitanja: Da li program ima uticaj na razvoj efektivnog ponašanja kao što je...</b>										
8.	Izbegavanje seksualnih odnosa	33	57,9	13	22,8	8	14,0	3	5,3		
9.	Odlaganje prvog seksualnog odnosa	37	64,9	18	31,6	2	3,5	-	-	-	-
10.	Tačna upotreba kondoma	52	91,2	5	8,8	-	-	-	-	-	-
11.	Smanjenje broja partnera	37	64,9	11	19,3	9	15,8	-	-	-	-
12.	Izbegavanje istovremenih seksualnih veza	33	57,9	15	26,3	9	15,9	-	-	-	-
13.	Testiranje seksualno prenosivih infekcija	49	86,0	6	10,5	2	3,5	-	-	-	-
14.	Upotrebu efikasnih metoda kontracepcije	52	91,2	4	7,0	8	1,8	-	-	-	-
15.	Prevazilaženje prepreka da se nabavi ili koriste kondomi	51	89,5	5	8,8	1	1,8	-	-	-	-
16.	Identifikovanje pritiska na seksualni odnos	46	80,7	10	17,5	1	1,8	-	-	-	-
17.	Predlaganje mera za reagovanje na pritiske za seksualni odnos	41	71,9	13	22,8	3	5,3	-	-	-	-
18.	Izbegavanje specifičnih situacija koje mogu dovesti do nezaštićenog seksualnog odnosa?	48	84,2	7	12,3	1	1,8	1	1,8	-	-
19.	Korišćenje savetovališta za reproduktivno zdravlje	45	78,9	9	15,8	2	3,5	1	1,8	-	-
20.	Da li se program oslanja na logički model koji specifično određuje zdravstvene ciljeve	42	73,7	9	15,8	3	5,3	3	5,3	-	-
21.	Da li se program oslanja na logički model koji specifično određuje specifična ponašanja koja utiču na ove ciljeve i koja se mogu promeniti	39	68,4	12	21,1	-	-	5	8,8	1	1,8
22.	Da li se program oslanja na logički model koji specifično određuje psihosocijalne faktore koji utiču na ova ponašanja (npr. znanje, stavovi, norme, veštine)	47	82,5	5	8,8	-	-	5	8,8	-	-
23.	Da li se program oslanja na logički model koji specifično određuje veći broj istovremenih aktivnosti za pojedinačne faktore	35	61,4	10	17,5	-	-	11	19,3	1	1,8
24.	Da li je razvoj programa uključivao stručnjake iz oblasti ljudske seksualnosti	46	80,7	7	12,3	2	3,5	2	3,5	-	-

**Tabela 46. Distribucija odgovora na SERAT upitnik**

PITANJA/ODGOVORI		Da	Manje više		Ne	Ne znam		Nije primenljivo			
25.	Da li je program probno testiran	52	91,2	1	1,8	-	-	4	7,0	-	-
	Da li su identifikovane osnovne karakteristike zainteresovanih strana/stakeholders za izvođenje programa (npr. mladi ljudi, roditelji, ljudi pogođeni ili inficirani HIV-om)	30	52,6	12	21,1	2	3,5	12	21,1	1	1,8
26.	Da li je opisana glavna korist i dobit koju zainteresovane strane dobijaju od programa, uključujući i to na koji način su pogođeni problemom	44	77,2	5	8,8	1	1,8	7	12,3	-	-
27.	Da li program uzima u obzir moguće intervencije zainteresovanih strana da podrže aktivnosti ili da se uključe u njih	32	56,1	11	19,3	2	3,5	12	21,1	-	-
28.	Da li program uzima u obzir interesovanja zainteresovanih strana	39	68,4	12	21,1	1	1,8	5	8,8	-	-
30.	Da li teme programa o HIV-u i AIDS-u uključuju mlade ljude	47	82,5	5	8,8	1	1,8	4	7,0	-	-
31.	Da li teme programa o HIV-u i AIDS-u uključuju roditelje i zajednice	15	26,3	18	31,6	21	36,8	3	5,3	-	-
	Da li teme programa o HIV-u i AIDS-u uključuju ljude pogođene ili inficirane HIV-om	24	42,1	12	21,1	12	21,1	9	15,8	-	-
32.	Da li teme programa o HIV-u i AIDS-u uključuju religiozne grupe i tradicionalne vođe	9	15,8	9	15,8	28	49,1	11	19,3	-	-
33.	Da li teme programa o HIV-u i AIDS-u uključuju školsku upravu	12	21,1	10	17,5	20	35,1	14	24,6	1	1,8
35.	Da li teme programa o HIV-u i AIDS-u uključuju nastavnike	20	35,1	23	40,4	9	15,8	1	1,8		
<b>Kod analize sadržaja programa razmatrana su pitanja: Da li su naredne teme obuhvaćene programom?</b>											
36.	Uticaj razotkrivanja (seksualne orijentacije, trudnoće...) na ostale članove porodice	33	57,9	18	31,6	1	1,8	5	8,7	-	-
	Suočavanje sa razotkrivanjem unutar porodice: okretanje ka sistemima podrške, promena uloga i odgovornosti, međusobno podržavanje sa uzajamnim poštovanjem	32	49,1	19	22,8	4	3,5	2	1,8	-	-
37.	Razumevanje da stid, strah i druga osećanja mogu da utiču na odlaganje saopštavanja drugima o svojoj trudnoći, HIV infekciji itd. i da spreče pristup službama podrške	43	75,4	13	15,7	-	-	1	1,8	-	-
38.	Identifikacija osobe od poverenja sa kojima mogu da podele informacije i pitanja o seksualnosti	44	77,2	10	17,5	1	1,8	2	3,5		
39.	Uticaj pola na socijalnu mobilnost i društvene veze između žena i muškaraca	35	61,4	19	33,2	1	1,8	1	1,8	1	1,8
40.	Lični osvrt na uloge polova koje treba preispitati	39	68,4	13	22,8	3	5,3	2	3,5	-	-
41.	Odgovarajući zakoni koji se odnose na nasilne veze	17	29,9	25	43,7	14	24,6	1	1,8	-	-
	Veštine da se identifikuju nasilne veze: poznavanje prava i odgovornosti pojedinca; veštine komunikacije; dobijanje podrške od nekog drugog	37	64,9	19	33,3	1	1,8	-	-	-	-
42.	Izvor moći i bespomoćnosti u međuljudskim odnosima	25	43,6	24	42,2	7	12,4	1	1,8	-	-

**Tabela 46. Distribucija odgovora na SERAT upitnik**

PITANJA/ODGOVORI		Da	Manje više		Ne	Ne znam		Nije primenljivo			
45.	Internacionalni i nacionalni zakonski instrumenti koji se tiču dečjih brakova, sakaćenja ženskih genitalija, uzrasta pristanka na seks. odnose, seksualnu orijentaciju, silovanje, seksualno zlostavljanje i pristup ljudi	19	33,3	24	42,1	10	17,5	4	7,0	-	-
46.	Biološke, društvene, psihološke, duhovne, etičke i kulturološke komponente seksualnosti	41	71,9	12	21,1	3	5,2	1	1,8	-	-
47.	Ključni elementi seksualnog zadovoljstva i odgovornosti	43	75,4	9	15,8	2	3,5	3	5,3	-	-
48.	Faktori koji utiču na seksualnu orijentaciju i polni identitet	36	63,1	15	26,3	3	5,3	3	5,3	-	-
49.	Prihvatanje ljudi drugačije seksualne orijentacije i polnog identiteta kao deo poštovanja ljudskih prava	43	75,4	11	19,3	1	1,8	2	3,5	-	-
50.	Polna nejednakost i rizik od seksualne prisile, zlostavljanja i nasilja	41	71,9	11	19,3	4	7,0	1	1,8	-	-
51.	Socijalne, kulturološke i religijske norme koje utiču na pristanak i prisilu	32	56,1	18	31,6	5	8,8	2	3,5	-	-
52.	Potencijalno pozitivni i negativni uticaji poruka masovnih medija o seksualnosti i seksualnim vezama	32	56,1	20	35,1	4	7,0	1	1,8	-	-
53.	Demonstriranje odgovarajućeg ponašanja za traženje pomoći, uključujući asertivnost	45	78,9	11	19,3	1	1,8	-	-	-	-
54.	Zakonske, društvene i zdravstvene posledice odlučivanja o seksualnosti	34	59,6	20	35,1	3	5,3	-	-	-	-
55.	Lični osvrt na stepen zrelosti i opuštenosti u komunikaciji kako bi se osiguralo da su intimna iskustva željena, bezbedna, uz poštovanje i uživanje	44	77,2	12	21,0	1	1,8	-	-	-	-
56.	Potencijalne zakonske, društvene i zdravstvene posledice odluka o seksualnosti	37	64,9	17	29,8	3	5,3	-	-	-	-
57.	Koraci racionalnog odlučivanja o pitanjima seksualnog i reproduktivnog zdravlja	50	87,7	5	8,8	2	3,5	-	-	-	-
58.	Osvrt na lične vrednosti koje utiču na sopstvene odluke i ponašanje	44	77,2	11	19,3	2	3,5	-	-	-	-
59.	Važnost toga da može da se razgovara o sopstvenoj različitosti sa drugima (uključujući roditelje) i da se razvije poštovanje za uzajamna prava na različite vrednosti	44	77,2	13	22,8	-	-	-	-	-	-
60.	Veštine asertivnosti i pregovaranja da se odupre neželjenom seksualnom pritisku i učvrsti namera o primeni bezbednog seksa	51	89,5	6	10,5	-	-	-	-	-	-
61.	Lični osvrt na poznavanje međusobnih prava i odgovornosti kada se započinje ili prekida problematična veza	31	54,4	23	40,3	2	3,5	1	1,8	-	-
62.	Uticaj rodni uloga i očekivanja na pregovore u seksualnim vezama	35	61,4	18	31,6	2	3,5	2	3,5	-	-
63.	Procenjivanje zašto je mnogim mladim ljudima teško da jasno i asertivno iskažu da ne žele seks	47	82,5	9	15,7	1	1,8	-	-	-	-
64.	Prihvatanje prava na privatnost i telesni integritet u instrumentima međunarodnih ljudskih prava	33	57,9	18	31,6	3	5,3	3	5,3	-	-
65.	Poštovanje ljudskih prava koje zahteva da prihvatimo ljude drugačije seksualne orijentacije i polnog identiteta	42	73,7	12	21,1	3	5,3	-	-	-	-

**Tabela 46. Distribucija odgovora na SERAT upitnik**

PITANJA/ODGOVORI		Da	Manje više		Ne	Ne znam		Nije primenljivo			
66.	Promene iskustava muškaraca i žena u seksualnim i reproduktivnim funkcijama tokom života	38	66,7	10	17,5	4	7,0	4	7,0	1	1,8
67.	Kako ljudska osećanja o sopstvenom telu mogu da utiču na zdravlje, sliku o sebi i ponašanje	45	78,9	10	17,5	1	1,8	-	-	1	1,8
68.	Preispitivanje nerealnih standarda o izgledu tela	45	78,9	9	15,8	2	3,5				
69.	Uticaj rodnih uloga na kontrolu sopstvene seksualnosti i mogućnost da se osoba slobodno kreće u društvu i izlazi	34	59,6	18	31,6	2	3,5	3	5,3	-	-
70.	Pravljenje razlike između reproduktivne i seksualne funkcije i želje	47	82,5	9	15,8	1	1,8	-	-	-	-
71.	Obostrani pristanak kao ključni uslov pre seksa sa partnerom	55	96,5	2	3,5	-	-	-	-	-	-
72.	Lična dobit i mogući rizici od dostupnih metoda kontracepcije	52	91,2	5	8,8	-	-	-	-	-	-
73.	Povećanje samopouzdanja u toku dogovora o korišćenju različitih metoda kontracepcije	50	87,7	7	12,3	-	-	-	-	-	-
74.	Uticaj rodnih uloga na kulturološke i generacijske norme za biranje najboljih strategija za smanjenje rizika za seksualno i reproduktivno zdravlje	42	73,7	11	19,3	1	1,8	3	5,3	-	-
75.	Kako samoeфикаsnost i doživljena ranjivost utiču na davanje prednosti strategijama za kontracepciju i prevenciju seksualno prenosivih bolesti	29	59,9	21	36,8	6	10,5	1	1,8	-	-
76.	Podeljena partnerska odgovornost za sprečavanje seksualno- prenosivih bolesti ili neplanirane trudnoće	46	80,7	10	17,5	-	-	1	1,8	-	-
77.	Lični stav o razotkrivanju seksualno-prenosivih bolesti ili HIV statusa partnera	43	75,4	12	21,1	1	1,8	1	1,8	-	-
78.	Uticaj stigme i diskriminacije na pristup obrazovanju, informacijama i službama od strane osoba koje žive sa HIV-om	35	61,4	18	31,6	1	1,8	3	5,3	-	-
79.	Odgovornost ljudi da prijave nasilne veze i da govore javno protiv pristrasnog ponašanja i netolerancije	36	63,2	16	28,1	2	3,5	2	3,5	1	1,8
80.	Odgovornost države za zaštitu, poštovanje i sprovođenje seksualnih i reproduktivnih prava	25	43,9	22	38,6	4	7,0	3	5,3	3	5,3
81.	Važnost učešća ljudi koji žive sa HIV-om u poboljšanju odgovora na HIV epidemiju	22	38,6	24	42,1	7	12,3	2	3,5	2	3,5
82.	Na koji način pol/rod utiče na građansko i političko učešće	21	36,8	21	36,8	10	17,5	4	7,0	1	1,8
83.	Lična pristrasnost, predrasude i motivacija za promenu	32	56,1	17	29,8	4	7,0	3	5,3	1	1,8
84.	Iskustva i osećanja mladih koja se javljaju pri pokušaju da se promovise seksualno zdravlje, ljudska prava ili rodna ravnopravnost	35	61,4	14	24,6	3	5,3	4	7,0	1	1,8
85.	Preispitivanje lične zabrinutosti u vezi sa seksualnim zdravljem, ljudskim pravima i rodnom ravnopravnošću	28	49,1	26	45,6	2	3,5	1	1,8	-	-
<b>Kod analize implementacije analizirana su pitanja: Da li program uključuje jasne i detaljne smernice koje...</b>											

**Tabela 46. Distribucija odgovora na SERAT upitnik**

PITANJA/ODGOVORI		Da	Manje više		Ne	Ne znam		Nije primenljivo			
86.	Uspostavljaju okolinu za učenje zasnovanu na jednakosti, poštovanju i ljudskim pravima	47	82,5	9	15,8	1	1,8	-	-	-	-
87.	Podstiču proces koji koristi iskustva učenika, integrišući informacije i ideje u ono što oni već znaju i misle	47	82,5	10	17,5	-	-	-	-	-	-
88.	Koriste širok spektar strategija da privuku pažnju učenika	49	86,0	8	14	-	-	-	-	-	-
89.	Formiraju sposobnost učenika da razmišljaju, uče, kritički razmišljaju o sopstvenim životima i o svetu oko njih i da rešavaju probleme	54	94,7	3	5,3	-	-	-	-	-	-
90.	Podstiču sposobnost učenika da primene ono što uče na njihove živote i zajednicu, tj. da im pomognu da postanu aktivni građani i pokretačka snaga za pozitivne promene	44	77,2	13	22,8	-	-	-	-	-	-
91.	Uključuju formalno učenje u učionici zasnovano na predavanju	28	49,1	14	24,6	15	26,3	-	-	-	-
92.	Uključuju učenje u učionici sa učešćem	55	96,5	1	1,8	1	1,8	-	-	-	-
93.	Uključuju vršnjačko obrazovanje	43	75,4	12	21,1	2	3,5	-	-	-	-
94.	Uključuju aktivnosti za samostalno učenje	42	73,7	13	22,8	1	1,8	1	1,8	-	-
95.	Uključuju energične aktivnosti ( npr. za zagrevanje, igre sa imenima, pesme, fizičke vežbe)	50	87,7	7	12,3	-	-	-	-	-	-
96.	Uključuju okidače diskusije (npr. “bura mozgova /brainstorming”; studije slučajeva; koišćenje pitanja i izjava za podsticanje davanja brzih pisanih odgovor; vežbe “slaganja/neslaganja”; predstavljanje problema, filmova i tekstova za čitanje	52	91,2	5	8,8	-	-	-	-	-	-
97.	Uključuju kreativno izražavanje (npr. igre, umetničke projekte, igranje uloga i pozorište, poeziju, kreativno pisanje	37	64,9	14	24,6	3	5,3	3	5,3	-	-
98.	Uključuju grupne diskusije (npr. neformalni dijalog, panel diskusije, debate	50	87,7	5	8,8	2	3,5	-	-	-	-
99.	Uključuju razmišljanje i analizu (npr. mapiranje zajednice, “stablo problema”, istraživačke projekte, analizu medijskih poruka)	37	64,9	11	19,3	8	14,0	1	1,8	-	-
100.	Uključuju lična razmišljanja (npr. vođenje dnevnika, “vođenje sećanja”, razjašnjavanje vrednosnih stavova, kreativni umetnički projekti)	28	49,1	16	28,1	10	17,5	3	5,3	-	-



## 5. DISKUSIJA

Jedan od ciljeva ove disertacije je bio da se proceni nivo znanja, stavovi i ponašanja u vezi sa seksualnim i reproduktivnim zdravljem mladih uzrasta 16 godina u Vojvodini, nakon primene 3 modela vanastavnog Programa "Zdravstveno vaspitanje o reproduktivnom zdravlju među srednjoškolcima u Vojvodini".

Srbija je jedna od poslednjih zemalja u Evropi koja nema implementirane programe seksualnog obrazovanja u skladu sa razvojnim potrebama detinjstva i adolescencije, usled čega su izloženi nepouzdanim izvorima informacija, koji ometaju njihovo fizičko, psihičko i socijalno zdravlje i blagostanje u kontekstu definicije zdravlja i seksualnog zdravlja SZO. Sve duži period između prosečne starosti stupanja u seksualne odnose i prosečne starosti kada žena rađa prvo dete, a muškarac postaje otac, uz nerazvijenu praksu planiranja porodice, dovodi do povećanja dužine izloženosti relevantnim faktorima rizika i većoj verovatnoći javljanja posledica po seksualno zdravlje, što je u relaciji i sa nepovoljnom demografskom situacijom (depopulacija). Evaluirani Program koji je predmet istraživanja ove disertacije je poslednji sveobuhvatni program edukacije ovog tipa koji je primenjen u Republici Srbiji.

Istraživanja nas upućuju na to da je među mladima u Srbiji prisutno ponašanje kojim ugrožavaju svoje zdravlje u celini ali i aspekt seksualnog i reproduktivnog zdravlja, kako je navedeno u uvodu ovog rada (96, 98, 99), što je potvrđeno i u našem istraživanju na osnovu analize odgovora ispitanika pre primene Programa. U skladu sa tim, bilo bi značajno, na osnovu evaluacija programa zasnovanih na principima dobre prakse, uvesti sadržaje iz oblasti zdravstvenog vaspitanja o reproduktivnom zdravlju u školske programe obrazovnog sistema u Srbiji, vodeći se Međunarodnim preporukama i standardima. Sadržaji mogu biti samostalni ili integrisani sa drugim predmetima, a preporuka je da budu obavezni.

Primenjeni i evaluirani program: Vannastavna edukacija „Zdravstveno vaspitanje o reproduktivnom zdravlju među srednjoškolcima u Vojvodini“ je razvijen nakon detaljnog pregleda međunarodnog vodiča o seksualnom obrazovanju (*UNESCO*) (121) i Standarda za seksualno obrazovanje u Evropi (89, 90). Program je sproveden u školskom okruženju za koje se smatra da je pogodno zbog najefikasnije dostupnosti, pogodnog ambijenta za učenje i velikog broja adolescenata koji mogu imati koristi od intervencije (92, 135).

Monitoring i evaluacija su neophodni elementi razvoja i sprovođenja programa seksualnog obrazovanja (88, 90). U ovoj disertaciji, sprovedena je evaluacija uticaja/ishoda Programa koja se odnosi na to da li je intervencija postigla svoje ciljeve (128), odnosno, procenjen je uticaj/ishod programa u smislu unapređenja znanja, stavova i veština koje su učenici razvili kao rezultat programa, i na kraju njegov uticaj na promenu ponašanja. Prema sporazumu Evropske ekspertske grupe za seksualno obrazovanje, kvalitet i implementaciju programa seksualnog obrazovanja treba procenjivati zajedno sa rezultatima u unapređenju indikatora javnog zdravlja, kao što je smanjenje adolescentnih trudnoća ili seksualno prenosivih infekcija, što spada u domen evaluacije koji se ovde neće analizirati (86). Druga vrsta evaluacije koja je sprovedena u ovom radu je evaluacija načina sprovedene intervencije, što spada u domen evaluacije procesa, odnosno, koje su komponente intervencije efikasne primenom – *SERAT* instrumenta (134).

Da bi se utvrdila efektivnost programa, koriste se randomizovana kontrolisana istraživanja (RKI) koja najbolje mogu da procene uticaj/ishod, ali često nisu u stanju da pruže razumevanje drugih aspekata efikasnosti, kao što su objašnjenja zašto se nešto događa (94, 130, 136). Kao njihova alternativa, koristi se i kvaziekperimentalni dizajn koji se prema sporazumu Evropske ekspertske grupe preporučuje kod intervencija za unapređenje seksualnog i reproduktivnog zdravlja (86, 130), dizajn koji je upotrebljen prilikom ovog istraživanja. Nedostatak ovog dizajna je rizik od događaja koji se dešavaju između pre - testa i post - testa i koji može menjati ili uticati na ishod delovanja subjekta, sazrevanje (promene kod subjekata), regresiju prema značenju (težnja da se krajnosti povrate na uobičajeno), testiranje (efekt učenja na post - test) i drugo (130, 131, 137).

Komponente primenjenog Programa su bile usmerene na determinante seksualnog ponašanja, kao i na promene u znanju, stavovima, životnim veštinama od značaja za zdravlje, poput samoefikasnosti. Današnji standard za efektivne programe sveobuhvatnog seksualnog obrazovanja naveden je u revidiranom Tehničkom vodiču za edukaciju o seksualnosti, u kome su u odnosu na standard koji je korišćen u pripremi ovog Programa, dodate dve nove teme. Nove teme se odnose na povećano prepoznavanje rodničkih perspektiva i društvenog konteksta u promociji zdravlja, kao i rodno-zasnovano nasilje. Navedene teme su delom i bile sastavni deo primenjenog kurikuluma, prema tome, ova edukativna intervencija u određenim segmentima ispunjava kriterijume efektivnih intervencija koji su navedeni u aktuelnom vodiču (70).

Haberland (*Nicole Haberland*), član Populacionog Saveta (*Population Council*) i jedan od autora vodiča "Sve je jedan kurikulum" koji je upotrebljen prilikom pripreme našeg programa je u svojoj opsežnoj analizi dokazala da su programi koji u svojim temama sadrže pitanja roda i moći, efikasniji od programa koji ove teme nemaju sadržane u svom nastavnom planu i programu, odnosno, mladi ljudi koji imaju pozitivnije stavove prema rodnim ulogama u svojim odnosima - odlažu seksualne odnose za kasnije, koriste kondome i praktikuju kontracepciju (138). Primena nastavnog plana i programa koji sadrži ove teme utvrdila je pozitivne promene i kod učenika i učenica u znanju, stavovima o rodu i seksualnim pravima i u stavovima o učestvovanju u neželjenom seksualnom odnosu, u poređenju sa kontrolnom grupom, kao i smanjenje stereotipa prema rodnim ulogama kod učenika i bolje veštine za pregovaranje o upotrebi kondoma među učenicama (139), a primenjeni program koji je tema ove disertacije je u svom sadržaju obuhvatio teme rodnih pitanja i ljudskih prava.

U različitim istraživanjima primenjene su modifikacije intervencija sa dokazanom efektivnošću koji se zasnivaju na ovim principima pri čemu se vodilo računa o determinantama zdravlja kao što su Programi *COMPAS (Competencias para adolescentes con una sexualidad saludable)* i *ICUIDATE (Take Care of Yourself)* (140-143) i drugi programi čija će efektivnost u odnosu na definisane ishode biti prikazana u diskusiji. Istraživači zaključuju da najefikasniji programi za unapređenje seksualnog i reproduktivnog zdravlja imaju sledeće karakteristike: zasnovani su na teorijama promene ponašanja (144, 145), traju duže od 4 sata, sadrže komponente koje utiču na unapređenje znanja, stavova i životnih veština za promenu ponašanja. Najmanje efikasni programi su bili oni koji su pokušavali da izazovu strah od HIV-a. Veoma efikasni programi su oni koji povećavaju znanje o seksualnom zdravlju, promovišu povoljne stavove prema HIV-u i upotrebi zaštitnih metoda, povećavaju samoeфикаsnost za upotrebu kondoma, uključuju stimulisanje namere za korišćenje kondoma, namere da se odbije seksualni odnos i povećavaju upotrebu kondoma među adolescentima (146). Foner i saradnici (*Fonner et al.*) su utvrdili da su najčešći pozitivni ishodi ovih programa unapređeno znanje o HIV-u, povećana upotreba kondoma, unapređena samoeфикаsnost, veštine pregovaranja u vezi sa obijanjem seksualnog odnosa i upotrebom kondoma, povećanje prosečnog uzrasta za stupanje u prvi seksualni odnos i smanjenje broja seksualnih partnera (92, 94).

Radi upoređivanja metodologije intervencija sa našom intervencijom navešćemo karakteristike pojedinih programa kod kojih je dokazana efektivnost. Jedan od programa sa dokazanom efektivnošću koji primenjuje sveobuhvatan pristup u edukaciji o seksualnosti je

Program *FLASH (Family Life and Sexual Health)* za učenike srednjih škola u SAD koji je sačinjen od 15 radionica u trajanju od po 50 minuta i vođen je od strane profesionalnih edukatora. Ciljevi programa su: prevencija adolescentske trudnoće, HIV-a, seksualno prenosivih infekcija, intimnog partnerskog nasilja i poboljšanje komunikacije sa roditeljima u vezi sa seksualnim i reproduktivnim zdravljem. Usmeren je na promenu stavova, normi i namera ponašanja kako bi se usvojilo poželjno zdravstveno ponašanje. Nastavni plan i program sadrži sledeće teme: reproduktivni sistem, trudnoća, seksualna orijentacija i rodni identitet, zdravi odnosi, pristanak na seksualni odnos, prevencija HIV-a i drugih seksualno prenosivih infekcija, upotreba kondoma, testiranje na seksualno prenosive infekcije, komunikacija i donošenje odluka (147). Program sproveden u Španiji pod nazivom *COMPAS* je detaljno evaluiran i njegovi ishodi su praćeni i nakon 12 i 24 meseca od primenjene intervencije i on pokazuje efektivnost u odnosu na većinu ishoda (140, 148-150). Predstavlja prilagođenu verziju programa *Icuidate (Take Care of Yourself)* koji zadovoljava kriterijume efikasnih intervencija prema kriterijumima *CDC-a* (142, 151). Sproveden je kod adolescenata uzrasta od 14 do 18 godina, osmišljen je da promoviše seksualno zdravlje i spreči rizike, kao što su seksualno prenosive infekcije i neplanirane trudnoće. Uključuje informacije koji se odnose na brigu o sebi i tehnike za obuku veština, kao što su tehnike rešavanja problema - šta učiniti u slučaju seksualnog pritiska partnera, obuka o socijalnim veštinama - pregovaranje sa seksualnim partnerom, seksualna asertivnost i obuka o upotrebi kondoma. U odnosu na naš program sadrži istu metodologiju podučavanja i obrađivanje sličnih tema. Traje 5 nedelja sa sesijama (radionicama) u trajanju od 50 minuta, za razliku od našeg programa koji je trajao duže (14 ili 16, 90 - minutnih radionica). Oslanja se na Informaciono-motivaciono-bihejvioralni (*IMB*) model (152), prema kome adolescent neće učestvovati u rizičnim ponašanjima ako je pravilno informisan o njima, ako je motivisan da izbegava rizike i ako je obučen u veštinama za izvođenje protektivnih ponašanja, kao što je veština korišćenje kondoma. Oslanja se i na Teoriju socijalnog učenja (TSU) (153), prema kojoj da bi došlo do promena ponašanja, neophodne su informacije, veštine i sposobnost za njihovo izvođenje i na Teoriju planiranog ponašanja (TPP) (154), koja tvrdi da je najbolji prediktor ponašanja – namera, koja se uspostavlja na osnovu stavova, percipiranih normi i samoefikasnosti. Program je sproveden od strane psihologa sa iskustvom u intervencijama promocije zdravlja adolescenata, što više odgovara našem 2 i 3. ciklusu primene programa, kada su program vodili obučeni nastavnici i psiholozi sa iskustvom u radioničarskom radu. Program *COMPAS* je prilagođen i primenjen i kod omladine u Kolumbiji i procenjen je kao efektivan, pri čemu se vodilo računa o socioekonomskim determinantama i o vulnerabilnosti kolumbijske omladine (141, 155).

Kao primeri dobre prakse prema evidenciji *CDC* ističu se i drugi programi za očuvanje i unapređenje seksualnog i reproduktivnog zdravlja među adolescentima (151). Navedeni program *ICUIDATE* predstavlja adaptaciju Programa *Be proud! Be responsible!* Intervencija je sprovedena među latinoameričkim adolescentima i kao ciljeve ima unapređenje veština i samoefikasnosti u pregovaranju za odlaganje seksualnog odnosa i upotrebu kondoma, apstinenciju i povećanje upotrebe kondoma. Program se sastoji od šest 60 - minutnih modula koji se prezentuju učenicima u malim grupama. Kao konstrukt u modulima se koristi kulturološki aspekt (važnost porodice i uloga muškarca u brizi o porodici) što ukazuje na važnost primene socijalno-ekološkog modela prilikom planiranja intervencije. Ovaj kulturološki aspekt je upotrebljen kao okvir za apstinenciju i upotrebu kondoma. Kroz interaktivne radionice se utiče na znanje, stavove i uverenja o sigurnoj seksualnoj praksi, na povećanje samoefikasnosti i na unapređenje veština za upotrebu kondoma i za pregovaranje. Zasniva se na Socijalno kognitivnoj teoriji (153) i Teoriji planiranog ponašanja (154). Efekti edukacije su praćeni nakon 3, 6 i 12 meseci i pokazuju efektivnost (140, 142). Program “Zdraviji izbori” (“*Safer Choice*”) koji je primenjen kod srednjoškolaca u Americi, zasnovan je prvenstveno na apstinenciji ali je uključivao veštine za upotrebu kondoma i kontracepciju, što bi odgovaralo tipu seksualnog obrazovanja kao apstinencija plus obuka veštinama za upotrebu kondoma, nema karakter sveobuhvatnog seksualnog obrazovanja, ali je uključivao nastavnike, roditelje i članove zajednice u intervenciju i pokazuje efektivnost u odnosu na sve definisane ciljeve (156, 157). Predstavlja dvogodišnji školski program za prevenciju HIV-a i trudnoće, koji je činilo 10 edukacija sa radionicama a teorijski okvir za sprovođenje intervencije je teorija socijalnog učenja (153). U okviru naše intervencije sprovedena je socijalno-marketinška intervencija u zajednici, ali za razliku od navedenog programa ipak nije primećena efektivnost u odnosu na unapređenje ponašanja, odnosno na postojanje statistički značajne razlike pre i posle intervencije u odnosu na rizična seksualna ponašanja.

### **5.1 Preinterventno istraživanje**

Pre intervencije primenjeno je anketno istraživanje tokom kojeg su analizirani znanje, stavovi i ponašanja i različiti demografski, socio-ekonomski i kontekstualni faktori koji utiču na seksualno i reproduktivno zdravlje.

### ***Demografske i socijalno-ekonomske karakteristike uzorka***

Struktura uzorka odgovara strukturi učenika drugih razreda srednjih škola u Srbiji, a to su učenici prosečne starosti 16 godina. U sva tri ciklusa istraživanja bilo je nešto više devojaka nego mladića. U odnosu na mesto prebivališta, u prvom ciklusu je bilo više učenika iz urbanih sredina, dok je u druga dva ciklusa bio približno isti odnos učenika iz urbanih i ruralnih sredina. U prvom i trećem ciklusu učenici najčešće navode svoje materijalno stanje kao dobro, dok u drugom ciklusu najčešće navode prosečno materijalno stanje. U odnosu na uspeh u školi, u prvom ciklusu najveći broj učenika navodi odličan uspeh u školi, dok u drugom i trećem ciklusu najčešće navode vrlo-dobar uspeh u školi. Srednje obrazovanje roditelja je kategorija koju učenici najčešće navode u sva tri ciklusa. Posmatrano po tipu srednje škole, u prvom ciklusu je bio približno isti broj učenika iz gimnazije i srednje stručne škole, dok je u drugom ciklusu 1/3 učenika pohađala gimnaziju, a 2/3 srednju stručnu školu. U trećem ciklusu učenici nisu razvrstavani po tipu škole.

### ***Kontekstualni faktori***

Kod analize traženja podrške u vezi sa seksualnim i reproduktivnim zdravljem, odnosno komunikacije u vezi sa pitanjima seksualnog i reproduktivnog zdravlja, dobijeni su rezultati da su se pre intervencije učenici, ako su imali problema u ljubavnoj vezi, u najvećem broju slučajeva opredeljivali za obraćanje prijateljima u oba ciklusa (1. i 3. ciklus), a u prvom ciklusu u manjem procentu su se obraćali psihologu u domu zdravlja, školskom psihologu i nastavniku, dok su se u trećem ciklusu, nakon obraćanja prijateljima, najviše obraćali psihologu i nastavniku (što u prvom ciklusu nije bio slučaj). To bi se moglo objasniti pozitivnim efektom prethodna dva ciklusa i indirektnim obuhvatom učenika, zato što se edukativna intervencija sprovodi u istoj populaciji. Kod problema u vezi sa reproduktivnim zdravljem kao podršku učenici su najčešće navodili roditelje i lekare. Roditelji su u jedinstvenoj poziciji da utiču na seksualni razvoj mladih i kvalitetan odnos i komunikacija sa roditeljima pozitivno utiče na seksualno zdravlje (54, 158, 159), pa tako devojčice koje imaju bolju komunikaciju sa majkama imaju manje šanse da započnu seksualni odnos ranije, dok se komunikacija sa ocem pokazala značajno pozitivno povezana sa oba pola. Takođe, dobra komunikacija sa roditeljima se smatra protektivnim faktorom za upotrebu kontracepcije (53, 54), pri čemu će adolescenti koji su razgovarali o seksualnim pitanjima sa roditeljima, češće koristiti kontracepciju (160). Komunikacija sa vršnjacima utiče negativno na seksualna ponašanja i izbore koji donose adolescenti (43, 161). U trećem ciklusu, nešto više od 1/4 učenika se u vezi problema sa

reproduktivnim zdravljem obraća nekom drugom. S obzirom da je odgovor neodređen, potrebno je u narednim istraživanjima ostaviti opciju otvorenog pitanja, kako bi učenici naveli kome se obraćaju u vezi sa ovim problemima, da bi se mogli sagledati svi faktori koji utiču na traženje podrške u odnosu na ovo pitanje.

Najčešći izvori informacija iz kojih se učenici informišu o seksualnom životu su sredstva javnog informisanja (TV, internet, časopisi, knjige...), vršnjaci i roditelji a među najređe izvore spadaju zdravstveni radnici i škola, koji predstavljaju pouzdane izvore informacija, što ukazuje na nedostatak edukacije u obrazovnom sistemu. Takođe, u manjem procentu se o ovim pitanjima informišu od partnera, što ukazuje na nedostatak komunikacije o temama u vezi sa seksualnošću između partnera, što treba da bude važna tačka za intervenciju. Nalaz je u skladu sa istraživanjem u Srbiji da mladi informacije o seksualnom i reproduktivnom zdravlju dobijaju najčešće od vršnjaka i medija (Internet) (108). U ranijim istraživanjima primenjenim na uzorku adolescenata u Vojvodini i Novom Sadu, utvrđeno je da mladi najviše informacija o seksualno prenosivim infekcijama dobijaju preko medija i vršnjaka, dok mali broj dobija informacije od roditelja, stručnjaka, škole i savetovaništa za planiranje porodice (106, 107). U zemljama sa sličnim kulturološkim i političkim okolnostima, kao što su Bosna i Hercegovina i Republika Hrvatska u istraživanjima se takođe našlo sličnih izvora informacija za zdravlju - mediji, Internet i prijatelji (162). Mediji su glavni izvori informacija za mlade i u drugim zemaljama. Među mladima u Rumuniji najčešći izvori informacija o seksualnom ponašanju su bili vršnjaci, zatim mediji i Internet, kao i mladi u Iranu dok je istraživanje među adolescentima u Hrvatskoj utvrdilo da učenici mnogo češće traže informacije iz elektronskih izvora nego iz štampanih, medija ili škole (163-165). Zaključak je da je ovaj trend sveprisutan. Nailazi se na istraživanja koja daju podatke da je obrazovanje o medijskoj pismenosti važan pristup koji može pomoći u selekciji sadržaja sa interneta i predstavlja efikasan pedagoški pristup u promociji seksualnog zdravlja, koji ima za cilj da poboljša veštine kritičkog mišljenja kako bi mladi medijske poruke kritički procenjivali, što može biti tema za neka naredna istraživanja (166).

Zdravstveni radnici su kao izvor informacija rangirani na najnižem mestu u oba ciklusa. Ovo nisko rangiranje, može se pripisati jednim delom, nepoverljivosti adolescenata. Istraživači Džeret i saradnici (*Jarrett et al.*) (167), istakli su da adolescenti ne traže informacije od zdravstvenih radnika zbog zabrinutosti od poverljivosti, nepoverenja u pružaoce zdravstvenih usluga, sramote, nedostatka svesti i znanja o tome kako da pristupe zdravstvenim uslugama. U

našoj sredini se kao važan činioc ne sme zanemariti nedostatak ginekologa (168) u službama za zdravstvenu zaštitu žena u pojedinim okruzima, kao i smanjenje broja savetovališta za mlade, gde su postojali juvenilni ginekolozi, te niski obuhvat omladine preventivnim pregledima u Vojvodini (168).

## **5.2 Efekti intervencije**

### *5.2.1 Razlike u kontekstualnim faktorima pre i nakon intervencije*

Primenom *SERAT* instrumenta, analizom odgovora na pitanja o sadržaju Programa, utvrdili smo da je veliki procenat ispitanika naveo da, Program sadrži teme koje obučavaju učenike da identifikuju osobe od poverenja sa kojima mogu da podele informacije i pitanja o seksualnosti. Analiziranjem razlika u odgovorima učenika na pitanja u vezi sa traženjem podrške ukoliko se jave problemi u ljubavnim vezama i problemi reproduktivnog zdravlja, utvrđeno je da Program nakon edukativne intervencije pokazuje efektivnost u ovom segmentu gde u 1. ciklusu, nakon intervencije, u vezi sa problemima u ljubavnoj vezi i problemima reproduktivnog zdravlja se značajno više učenika obraćalo školskom psihologu, psihologu u domu zdravlja i lekaru. U istraživanju efekata seksualne edukacije u SAD utvrđeno je da se nakon edukativne intervencije značajno više učenika obratilo lekaru u vezi sa problemima reproduktivnog zdravlja, što ukazuje na pozitivan efekat seksualne edukacije u ovom domenu (169). Sveobuhvatan program seksualnog obrazovanja - *FLASH*, koji je sadržao teme edukacija kao i naš program, pokazao je unapređenje komunikacije o seksualnom zdravlju sa roditeljima (147). Ono što nije pozitivan ishod u prvom ciklusu je značajno veće obraćanje prijatelju u vezi sa problemima reproduktivnog zdravlja, imajući u vidu da komunikacija sa vršnjacima o seksualnom zdravlju negativno utiče na seksualna ponašanja i na izbore koje donose adolescenti (43, 161). Nema značajnih razlika u obraćanju roditeljima u vezi sa ovim problemima, međutim i pre edukativne intervencije, najveći procenat učenika se obraćao roditeljima, tako da izostanak značajne razlike nije zabrinjavajući. Razlozi zašto mladi izbegavaju da razgovaraju sa roditeljima o ovim pitanjima su stid i strah od negativne reakcije roditelja ili kažnjavanja (170).

Program je efektivan i tokom 3. ciklusa kada su se nakon edukativne intervencije u vezi sa problemima u ljubavnoj vezi učenici značajno više obraćali nastavniku i psihologu u domu zdravlja, dok su se značajno manje obraćali prijatelju, što je pozitivan ishod. U vezi sa problemima reproduktivnog zdravlja učenici su se značajno više obraćali nastavniku, školskom



psihologu i psihologu u domu zdravlja što je pozitivan ishod, a značajno manje roditelju, što nije očekivani ishod, imajući u vidu važnost komunikacije sa roditeljima (158, 159). Evaluacija intervencije sprovedene u SAD koja se zasniva na „*Sve je jedan kurikulum – It’s all one curriculum*“ vodiču je utvrdila unapređenje komunikacije učenika srednjih škola sa roditeljima u vezi sa reproduktivnim zdravljem, međutim u intervenciju su bili uključeni i roditelji (171).

Efikasnost se javlja i u smislu promene izvora informacija o seksualnom i reproduktivnom zdravlju. Nakon intervencije i u 1 i u 3. ciklusu značajno više učenika je kao izvor informacija o seksualnom životu navelo školu i zdravstvene radnike, a značajno ređe su navodili sredstva javnog informisanja, u 1. ciklusu značajno češće su navodili partnere, što ukazuje da je komunikacija o seksualnim pitanjima sa partnerima poboljšana a u 3. ciklusu su značajno ređe navodili vršnjake i roditelje. Zaključujemo da je u 3. ciklusu komunikacija sa roditeljima nedovoljna i da taj segment treba ojačati, kroz uključivanje roditelja u intervenciju.

### **5.2.2 Znanje o seksualnom i reproduktivnom zdravlju pre i nakon intervencije**

Znanje o seksualnom i reproduktivnom zdravlju je konstrukt od ključne važnosti u oblastima obrazovanja o seksualnom i reproduktivnom zdravlju i promeni ponašanja (43). U ovom istraživanju je ispitana efektivnost edukativne intervencije u unapređenju znanja o seksualnom i reproduktivnom zdravlju. Literaturni navodi upućuju na to da je lošije znanje o seksualnom i reproduktivnom zdravlju povezano sa većom verovatnoćom uključivanja u rizična seksualna ponašanja (172-174) i da Programi seksualnog obrazovanja dokazano utiču na ovaj konstrukt (70, 94). Program koji je naveden a sproveden je u Španiji i Kolumbiji, ima sličan model edukacije (slične teme se obrađuju, koristeći participativni pristup), (140-142) je značajno uticao na povećanje znanja u vezi sa seksualnim i reproduktivnim zdravljem kao i programi koji su sprovedeni u Ugandi i SAD a koji se zasnivaju na vodičima kao i naš Program (147, 171, 175) i drugi slični programi, bez obzira u kom delu sveta su sprovedeni (176-178).

Skor znanja učenika o seksualnom i reproduktivnom zdravlju je bio značajno veći nakon primene edukativne intervencije, što ukazuje na to da je Program pokazao efektivnost u sva tri ciklusa primene programa, čime je potvrđena naša 2. hipoteza da “Program zdravstvenog vaspitanja o reproduktivnom zdravlju u uzrastu 16 godina u AP Vojvodini pokazuje efektivnost u unapređenju znanja“.

*Razlike u znanju u odnosu na sociodemografske karakteristike i kontekstualne faktore*

U skladu sa ciljem ove disertacije ispitivala se povezanost demografskih (pol, urbano-ruralna stratifikacija), socioekonomskih (školski uspeh, vrsta škole, nivo obrazovanja roditelja, samoprocena socioekonomskog stanja) i kontekstualnih faktora (vrsta edukacije, broj časova i raspored tema edukacije i efikasnost edukatora) sa unapređenjem nivoa znanja. U skladu sa drugim istraživanjima (179-181), očekuje se da učenice imaju bolja znanja o seksualnom zdravlju. U našem istraživanju nakon edukacije u sva 3 posmatrana ciklusa učenice su imale više šanse da imaju bolja znanja. U studiji sprovedenoj u SAD utvrđeno je da nakon primene programa edukacije o seksualnom zdravlju pod nazivom *Health Smart* – komercijalni program zasnovan na principima dobre prakse, učenice su takođe imale veću šansu da imaju bolja znanja o seksualnom zdravlju. Sadržaj Programa „*Health Smart*“ se fokusira na obučavanje učenika veštinama za izvođenje poželjnog ponašanja. Uključuje uputstva za nastavnike, radne sveske za učenike i zadatke koji zahtevaju angažovanje roditelja (182). Razlog za bolje znanje o seksualnom zdravlju kod učenica nakon intervencije može da nastane usled razlike u razvojnim stadijumima među polovima (17). Pored toga, razlog može biti da su učenice bolje razumele edukativni materijal ili je program više prilagođen ženskom polu. Rezultat da postoje polne razlike u znanju treba primeniti prilikom planiranja narednih intervencija za unapređenje seksualnog i reproduktivnog zdravlja, i program više prilagoditi muškom polu.

Urbano-ruralna stratifikacija je važna varijabla koja utiče na ishode reproduktivnog zdravlja. U ovom istraživanju postoje značajne razlike u znanju u odnosu na mesto prebivališta u sva 3 posmatrana ciklusa i to takve da učenici iz urbanih sredina imaju značajno bolje znanje o seksualnom zdravlju. Iako se urbano-ruralna stratifikacija razlikuje u različitim zemljama, literaturni navodi upućuju da je znanje veće kod učenika iz urbanih sredina (179, 183, 184). Razlog za to mogu biti veće mogućnosti za obrazovanje u urbanim sredinama, što prati bolji školski uspeh dece u školi i generalno veća znanja, mada nismo pronašli da je ispitivan uticaj urbano-ruralnih karakteristika na obrazovne ishode u Srbiji. Takođe, u urbanim sredinama je više dostupnih materijala za edukaciju o seksualnom i reproduktivnom zdravlju i više sprovedenih zdravstveno-vaspitnih intervencija, naročito od strane civilnog sektora.

Bolja znanja u sva tri ciklusa imaju učenici sa boljim uspehom u školi i učenici koji pohađaju gimnaziju. Rezultati su u skladu sa istraživanjem sprovedenim u Beogradu, koje je pokazalo da učenici sa boljim uspehom u školi imaju bolje znanje o seksualnom i reproduktivnom zdravlju (97), kao i učenici koji pohađaju gimnaziju, što prati nalaz

povezanosti znanja sa boljim uspehom u školi, zbog višeg kriterijuma opšteg znanja za upis i sveobuhvatnijeg obrazovanja u gimnazijama. Rezultat je u skladu sa istraživanjem sprovedenim među učenicima u Belgiji, Holandiji, Švedskoj i Italiji (59, 60, 181, 185, 186). Istraživanje među učenicima u Italiji je pokazalo da učenici iz gimnazija u odnosu na učenike iz srednjih stručnih škola češće potcenjuju svoje znanje (181). U istraživanju znanja i ponašanja učenika iz različitih srednjih škola u Belgiji utvrđeno je da učenici iz srednjih opštih škola, što bi bio ekvivalent gimnaziji, imaju bolja znanja nego učenici iz srednjih stručnih škola (59). Zbog navedenog, preporuka bi mogla biti da je potrebno razvijati različite methodske pristupe seksualnom obrazovanju u odnosu na tip škole, što bi u nekim opštim srednjim školama možda značilo da se primenjuje više akademski pristup (predavanja), dok bi u ostalim školama metod trebalo prilagoditi pretežno praktičnoj obuci i češće ponavljati edukacije u srednjim stručnim školama (59).

Učenici koji su naveli prosečno materijalno stanje imali su veći skor znanja u odnosu na učenike koji su naveli dobro materijalno stanje, za razliku od adolescenata u Italiji, gde su bolje znanje imali učenici sa visokim socioekonomskim statusom, međutim, u tom istraživanju je socioekonomski status izveden iz zanimanja oca, za razliku od našeg istraživanja koje se odnosilo na samoprocenu socioekonomskog statusa (181). U drugom ciklusu razlike u znanju učenika u odnosu na imovno stanje ne postoje. U našem istraživanju nije bilo značajne razlike u znanju između lošeg materijalnog stanja u odnosu na ostale dve kategorije, dok je evaluacija programa seksualne edukacije „*Health Smart*“ primenjene u SAD utvrdila je da materijalno ugroženi učenici imaju značajno lošija znanja o seksualnom zdravlju od učenika koji nisu ugroženi (182). Subjektivna samoprocena socioekonomskog statusa mogla je pokazati različito rangiranje na trostepenoj skali od nekog kompozitnog, objektivnog, indeksa procene socioekonomskog statusa koji se neretko koristi u ovakvim istraživanjima, kakav je, na primer, Indeks blagostanja (*Wealth Index*) (187) ili je socioekonomski status korišćen kao kompozitni indikator, sačinjen od indikatora prihoda i obrazovanja roditelja (45). Razlike u odnosu na druga istraživanja mogu nastati upravo zbog toga što postoje različiti kriterijumi za definisanje socioekonomskog statusa.

Viši nivo obrazovanja roditelja deluje protektivno na seksualna ponašanja, jednim delom zbog toga što majke koje imaju više nivo obrazovanja mogu svojoj deci da obezbede pouzdane informacije o sigurnoj seksualnoj praksi (188). Generalno, u odnosu na obrazovanje roditelja, niži nivo obrazovanja roditelja utiče na to da mladi imaju manja znanja o seksualnom

zdravlju i da se rizičnije ponašaju (189, 190), što je potvrđeno i u našem istraživanju. Utvrđena razlika u znanju je u 1 i 3. ciklusu pronađena između kategorije samo osnovno obrazovanje majke u odnosu na srednje i visoko obrazovanje, tako da je ono kod učenika čije majke imaju samo osnovno obrazovanje značajno niže. U 2. ciklusu takođe, znanje je bilo značajno niže kod učenika čije majke imaju samo osnovno obrazovanje u odnosu na učenike čije majke imaju visoko obrazovanje, s tim da u odnosu na učenike koji navode srednji nivo obrazovanja majke nije bilo razlike. Ovim je potvrđen deo 3. hipoteze „da su prediktori višeg nivoa znanja o seksualnom zdravlju ženski pol, bolji uspeh u školi i viši nivo obrazovanja majke“. Međutim, deo hipoteze koji tvrdi da učenici sa višim nivoom samoprocenjenog socioekonomskog statusa imaju bolje znanje, nije potvrđen, budući da je dobijen rezultat da su učenici sa prosečnim imovnim stanjem imali bolja znanja. Ovo bi se moglo objasniti time što je prosečno materijalno stanje kategorija koja je najčešća među visokoobrazovanim roditeljima, a kako nivo obrazovanja roditelja utiče na znanje, moguće je da postoji efekat obrazovanja preko varijable prosečnog materijalnog stanja.

Značajan faktor u sprovođenju intervencija je efekat doze, odnosno trajanje i intezitet primenjene intervencije (70). Evaluacijom intervencija za unapređenje seksualnog i reproduktivnog zdravlja utvrđeno je da su programi koji su duže trajali ili su sprovedeni sa jačim intezitetom - bili efektivniji (62), i da je znanje bolje ukoliko je pohađano više časova edukacije (62, 191-193). Ispitujući povezanost kontekstualnih faktora (vrsta edukacije, broj časova, raspored tema edukacije i efikasnost edukatora) sa unapređenjem nivoa znanja, utvrđeno je da su u drugom ciklusu veći broj pohađanih radionica i više ocene edukatora i radionica od strane učenika, povezane sa boljim znanjem. U trećem ciklusu nije bilo značajnih povezanosti između broja časova, ocena edukatora i radionica sa znanjem ali se mora napomenuti da je više od 1/3 učenika ocenilo radionice sa niskim ocenama (ocena 1 i 2) i da skoro 2/5 učenika nije pohađala radionice ili je pohađala manje od 5 radionica. Kao značajan faktor efektivnosti programa ističe se način na koji nastavnici predstavljaju plan i program, odnosno njihova motivacija i veštine da primene participativne metode podučavanja (61) a učenici su u trećem ciklusu nisko ocenili edukatore i radionice. Razlika u rezultatima u odnosu na neke druge studije mogla je da nastane usled varijabilnosti u načinu na koji je merena primljena doza (npr. doza se može meriti u vremenu provedenom na intervenciji ili u ukupnom broju poseta). Rezultati istraživanja u Ugandi su pokazali da je efekat intervencije izostao ako je primljeno manje od 50% predavanja (194), pa time možemo da objasnimo naš nalaz u 3. ciklusu. Razlika u ocenama edukatora i radionica između 2 i 3. ciklusa može biti rezultat

ujednačenije obuke edukatora u 2. ciklusu, bolje organizovanog monitoring u 2. ciklusu, boljeg prijema edukatora u školama u 2. ciklusu, bolje motivacije edukatora u školama u 2. ciklusu. Analizama medijacije i moderacije utvrđeno je da bez obzira na to ko je sprovodio edukaciju (vršnjački ili profesionalni edukatori), koliko je trajala edukacija (14 ili 16 radionica), efekti na znanje postoje ali bez značajnih razlika u ciklusima.

### ***5.2.3 Najvažniji indikatori stavova u vezi sa autonomnošću odluka u partnerskim odnosima pre i nakon edukacije***

Stavovi o seksualnosti su široko definisani i za ispitivanje stavova u vezi sa seksualnošću postoje različite skale (195). *UNESCO* pregled zaključuje da Programi seksualnog obrazovanja utiču pozitivno na stavove povezane sa seksualnim i reproduktivnim zdravljem (70, 94), pa tako pozitivniji stavovi prema kontracepciji u adolescenciji predviđaju efikasniju i dosledniju upotrebu kontracepcije u odraslom dobu, naglašavajući važnost sveobuhvatnih programa edukacije o seksualnom zdravlju (196).

U ovom radu su se istražili stavovi u vezi sa autonomnošću odluka u partnerskim odnosima, što bi bio ekvivalent ispitivanja seksualne asertivnosti. Morokoff i saradnici (*Morokoff et al*) (197) definišu seksualnu asertivnost kao „ponašanje kojim se saopštava šta neko želi u seksualnom kontekstu, uključujući prihvatanje onoga što se želi, odbijanje onoga što se ne želi i zalaganje za bezbedan seksualni odnos”, što se može poistovetiti sa analiziranim stavovima u vezi sa odbijanjem seksualnog odnosa i stavovima u vezi sa upotrebom kondoma i testiranja na seksualno prenosive infekcije. Viši nivo seksualne asertivnosti je povezan sa neučestvovanjem u neželjenom seksualnom odnosu (198, 199).

Nakon edukativne intervencije, u prvom ciklusu značajno veći broj učenika je imao poželjan stav da je u redu da momak otvoreno kaže devojci da ne želi da ima seks ukoliko se tako oseća, kao i da je u redu tražiti od seksualnog partnera/partnerke da ispita da li ima neku seksualno - prenosivu infekciju. U drugom ciklusu, značajno veći broj učenika je imao poželjne sve ispitivane stavove. U trećem ciklusu, značajno više učenika je imalo poželjan stav da je u redu da mladić kaže devojci da ne želi da ima seksualne odnose ukoliko se tako oseća, kao i u prvom i drugom ciklusu, i da je u redu da se devojka/momak otvoreno izjasni da želi da ima seksualne odnose. Kod stava da je u redu da devojka otvoreno kaže momku da ne želi da ima seks ako se tako oseća, značajno manji broj svih ispitanika je imao poželjan stav. Na osnovu analize pitanja iz *SERAT* upitnika utvrđeno je da je obostrani pristanak (kao ključni uslov pre

seksa sa partnerom), kao tema Programa dobro obrađen, tako da Program sadrži komponente koje utiču na formiranje stavova u vezi sa odbijanjem neželjenog seksualnog odnosa te da rezultat u 1. ciklusu, kada nakon intervencije nije povećana proporcije učenika koji imaju poželjan ovaj stav, kao ni rezultat u 3. ciklusu, kada je značajno manji broj učenika imao poželjan ovaj stav - nije očekivan. Objašnjenja za to mogu biti raniji nedostatak edukacije na ovu temu, kratak period za usvajanje veština asertivnosti u oblasti seksualnosti, kao i kulturološki faktori koji utiču na to da učenice smatraju normalnim da pristaju na seksualni odnos i kada to ne žele. U skladu sa tim, potrebno je češće primenjivati edukativne intervencije na ovu temu da bi se devojke osnažile i da bi se tradicionalni stavovi promenili. Intervencija zasnovana na istom planu i programu kao i naš Program je pokazala značajno unapređenje stavova u vezi sa seksualnim i reproduktivnim zdravljem, unapređenje samoeфикаsnosti, dok stavovi koji se odnose na pregovaranje sa partnerima u vezi sa seksualnim ponašanjem nisu unapređeni (171). Unapređeni stavovi o različitim pitanjima u vezi sa seksualnošću kod edukativnih intervencija ovog tipa su zapaženi i pri primeni drugih programa (140-143, 147, 175, 200) iako nisu ispitivani identični stavovi kao u našem istraživanju. Program sproveden među adolescentima u Kolumbiji je pokazao unapređenje asertivnosti u vezi sa odbijanjem neželjenog seksualnog odnosa i pregovaranja o upotrebi kondoma (141). Program primenjen u SAD, koji prema kriterijumima *CDC-a* spada u intervencije sa dokazanom efektivnošću, pokazuje statistički značajan napredak učenika u psihosocijalnim ishodima, kao što su odbijanje seksualnog odnosa i samoeфикаsnost prema upotrebi kondoma (147, 201).

#### *Demografski i socijalnoekonomski prediktori ispravnih stavova o seksualnosti*

Ispitivali smo prediktore stavova, jer su stavovi o seksualnosti kao i ponašanja adolescenata pod velikim uticajem njihovih roditelja, vršnjaka i drugih demografskih i socijalnih faktora (33-35). Iako je veliki procenat ispitanika odgovorio ispoljavajući poželjne stavove u vezi sa seksualnošću, nakon edukativne intervencije u uzoračkom pulu (odgovori za sva tri ciklusa zajedno) postoje razlike u stavovima u odnosu na demografske i socioekonomske faktore.

Poznato je da će programi koji podučavaju veštine odbijanja prema Kirbiju (*Kirby, 2004*), biti efikasniji za devojke zbog toga što se devojke češće nalaze u situacijama kada treba da odbiju seksualni odnos (157), što je potvrđeno i u ovom radu.

Prema našim rezultatima u modelima multivarijantne analize, u kojoj su uključeni demografski i socioekonomski faktori kao nezavisne varijable, analizirani su poželjni stavovi u vezi sa seksualnošću. Za poželjan stav da devojka treba otvoreno da kaže da ne želi da ima seksualni odnos značajno manju šansu su imali učenici u odnosu na učenice, dok su za to tri puta više šanse imali učenici sa dobrim i prosečnim materijalnim stanjem. Skoro dva puta više šanse su imali i učenici sa boljim uspehom u školi i učenici iz ruralnih sredina.

Za poželjan stav da momak treba otvoreno da kaže da ne želi da ima seksualni odnos, takođe, značajno manju šansu su imali učenici u odnosu na učenice a značajno veću šansu učenici sa prosečnim materijalnim stanjem i boljim uspehom u školi. Literatura ukazuje na to da je u većini slučajeva prediktor poželjnih stavova o seksualnim pravima ženski pol (202). Međutim, obrazac da devojke imaju povoljnije stavove u vezi sa seksualnom asertivnošću, ipak nije univerzalan. U studiji Lamersa i Stokera (*Lammers & Stoker*) viši nivo seksualne asertivnosti je bio zastupljen kod mladića u Aziji, u Holandiji kod devojaka u odnosu na mladiće, dok u SAD razlike između mladića i devojaka ne postoje (203). U istraživanju stavova o seksualnosti kod adolescenata u Brazilu utvrđeno je da su učenici sa lošim imovnim stanjem značajno češće imali nepoželjne stavove o seksualnosti (204), što je potvrđeno i u našem istraživanju. Pohađanje gimnazije kao prediktor za bolju razvijenu veštinu odbijanja neželjenog seksualnog odnosa, je potvrđena u studiji sprovedenoj u Holandiji (60), a u našem istraživanju je samo u univarijantnoj analizi utvrđeno da učenici koji pohađaju gimnaziju imaju veću šansu da imaju poželjan stav u vezi sa odbijanjem seksualnog odnosa.

Za stav da devojka treba otvoreno da se izjasni da želi da ima seksualne odnose dva puta veću šansu su imali učenici u odnosu na učenice, što govori u prilog tome da mladići očekuju od devojaka da se izjasne u vezi sa tim i da će sticanje veština asertivne komunikacije pomoći i mladićima da procene rizik upuštanja u seksualne odnose. Takođe, učenici sa boljim uspehom u školi i učenici koji pohađaju gimnaziju su imali veću šansu da izraze ovaj poželjan stav. Povezanost je utvrđena i sa prebivalištem učenika, takva da učenici iz ruralnih sredina imaju manje šanse da smatraju da je redu da se devojka otvoreno izjasni da želi da ima seksualni odnos, ali se u modelu multivarijantne analize pod uticajem drugih varijabli, značajnost izgubila.

Za stav da momak treba otvoreno da se izjasni da želi da ima seksualni odnos, u multivarijantnoj analizi veća šansa je utvrđena samo kod učenika sa boljim materijalnim stanjem, iako je u univarijantnoj analizi utvrđeno da muški pol, učenici iz ruralnih sredina i

učenici čiji otac ima niži nivo obrazovanja imaju manju šansu da imaju poželjan stav, dok učenici sa boljim materijalnim stanjem i boljim uspehom u školi imaju veću šansu za to.

Da je u redu tražiti od partnera da koristi zaštitu tokom seksualnog odnosa značajno manju šansu imaju učenici u odnosu na učenice, a značajno veću učenici sa boljim materijalnim stanjem. Istraživanje seksualnog ponašanja adolescenata u Kolumbiji je pokazalo da su stavovi učenica bili znatno povoljniji od stavova učenika prema korišćenju kondoma (180). Nakon primene programa seksualnog obrazovanja primenjenih u Kolumbiji i Meksiku, takođe je utvrđeno da se značajno veći procenat učenica u odnosu na učenike izjasnio da da je u redu odbiti seksualni odnos ako njihov partner ne koristi kondom (141, 193). Univarijantnom analizom je utvrđeno i da učenici sa boljim uspehom u školi imaju veću šansu da imaju poželjan stav u vezi sa upotrebom kontracepcije. Urbana sredina je protektivni faktor za upotrebu kontracepcije (43), i u našem istraživanju je prediktor boljeg znanja o reproduktivnom zdravlju koje se odnosi i na znanje o kontracepciji, pa se očekuje i da je prediktor poželjnog stava da se traži od partnera da koristi zaštitu prilikom seksualnog odnosa, međutim, u našem istraživanju to nije utvrđeno.

Za poželjan stav, da je u redu tražiti od partnera da se testira na seksualno prenosive infekcije u multivarijantnoj analizi značajno manju šansu su takođe imali učenici, a značajno veću šansu učenici sa boljim uspehom u školi i učenici koji pohađaju gimnaziju. Istraživanje u Kolumbiji je pokazalo da su stavovi učenica bili znatno povoljniji od stavova učenika prema testiranju na seksualno prenosive infekcije (180). U univarijantnoj analizi učenici sa boljim materijalnim stanjem su imali veću šansu da smatraju da je u redu da se zahteva od partnera da se testira na seksualno prenosive infekcije, dok multivarijantna analiza nije utvrdila značajnu povezanost.

Istraživanja ukazuju na to da niži nivo obrazovanja roditelja utiče na to da mladi imaju manja znanja o seksualnom zdravlju i da se rizičnije ponašaju (189, 190). U literaturi se navodi da učenici koji navode niži nivo obrazovanja roditelja češće imaju nepoželjne stavove o seksualnosti (204). U ovom istraživanju, univarijantnom analizom je utvrđena statistički značajna povezanost između obrazovanja oca učenika i stavova da je u redu tražiti od partnera da koristi zaštitu tokom seksualnog odnosa i da je u redu da momak devojci treba otvoreno da kaže da želi da ima seksualne odnose, takva da su manju šansu za poželjne stavove imali učenici čiji očevi imaju niži nivo obrazovanja u odnosu na učenike čiji očevi imaju viši nivo obrazovanja.



Srednji nivo obrazovanja majke se u univarijantnoj analizi prikazao kao značajno povezan sa poželjnim stavovima da se devojka i momak otvoreno izjasne da ne žele da imaju seksualne odnose, ali se u modelu u interakciji sa ostalim nezavisnim varijablama ta značajnost izgubila. Više obrazovanje majke u multivarijantnom modelu se nije izdvojilo kao očekivani prediktor poželjnih stavova.

Prema tome, deo 2. hipoteze koji navodi da su prediktori adekvatnih stavova, ženski pol, bolji uspeh u školi, viši nivo samoprocenjenog socioekonomskog statusa - u većini slučajeva je potvrđen, međutim, viši nivo obrazovanja majke kao prediktor poželjnih stavova - nije dokazan u multivarijantnom modelu.

Evaluacijom edukativnih intervencija za unapređenje seksualnog i reproduktivnog zdravlja utvrđeno je da su programi koji su duže trajali ili su sprovedeni sa jačim intezitetom bili efektivniji u smislu unapređenja stavova (62, 191 - 194). U drugom ciklusu, što je veći broj pohađanih radionica - veći broj ispitanika je imao poželjan stav da se devojka/momak otvoreno izjasne da ne žele da imaju seksualne odnose i da devojka otvoreno kaže momku da želi da ima seksualne odnose.

Ovim je delimično potvrđena hipoteza da je veći broj radionica prediktor poželjnih stavova (3 od 6 ispitivanih stavova). U trećem ciklusu nije bilo značajnih povezanosti, prema tome, hipoteza u odnosu na treći ciklus nije potvrđena, a mogući razlozi za to su navedeni ranije u diskusiji.

#### ***5.2.4 Ponašanja učenika pre i nakon intervencije***

U prvom ciklusu u seksualne odnose je stupilo 129 učenika (13,2%), u trećem ciklusu 1.180 učenika (24,2%), a razlika u udelu seksualno aktivnih učenika između dva ciklusa može da bude zbog toga što je u trećem ciklusu učestvovalo 5 puta više učenika, čime je povećana reprezentativnost uzorka i preciznost proporcije istraživanog ponašanja koje se, prema israživanjima, u tom uzrastu očekuje kod oko 15-30% adolescenata. Svakako, udeo je visok, s obzirom da su učenici prosečnog uzrasta 16 godina. U istraživanju sprovedenom između 2009 i 2010. godine u 168 škola u 10 evropskih zemalja kod adolescenata prosečne starosti 15 godina, utvrđeno je da je 19,2% bilo seksualno aktivno (78). U istraživanju sprovedenom među učenicima srednjih škola u Sarajevu 18,1% učenika gimnazija je stupilo u seksualne odnose (205). Na osnovu istraživanja rizičnog ponašanja među srednjoškolcima u SAD (*Youth Risk Behaviour Survey*) 27,4% učenika je bilo seksualno aktivno (206), dok je u Švedskoj 37%

mladih uzrasta 16 godina stupilo u seksualne odnose (207). U Meksiku, taj procenat je nešto manji, odnosno, 1/4 adolescenata uzrasta od 12 do 19 godina je imalo seksualne odnose (208).

Tokom prvog ciklusa, prosečna dob u kojoj su učenici stupili u seksualne odnose bila je 14,3 godina, dok u trećem ciklusu nije izračunata prosečna dob ali je svakako najveći broj mladih stupio u seksualne odnose sa 15 godina, pri čemu se to samo odnosi na naš uzorak koji čine isključivo učenici uzrasta 16 godina, zbog čega nije uporediv sa drugim podacima koji najčešće obuhvataju uzrast od 15 do 19 godina. U Švedskoj, među učenicima starosti 16 godina, prosečna starost započinjanja seksualne aktivnosti iznosi 15 godina (207), dok u Meksiku, prosečna starost započinjanja seksualnog života za žene je bila 15,9 godina, od kojih je polovina započela seksualnu aktivnost pre 15. godine (208). U studiji koja je uključivala veliki uzorak adolescenata u Španiji (n=9340) prosečne starosti 15 godina, 30,5% je imalo seksualne odnose barem jednom (209). Jasno je da kulturološke razlike između zemalja utiču na razvoj seksualnosti i započinjanja seksualne aktivnosti kod adolescenata.

U prvom ciklusu, učenici su najčešće naveli da su imali jednog seksualnog partnera. U trećem ciklusu najčešće su naveli da su imali jednog seksualnog partnera, međutim, čak svaki četvrti seksualno aktivan učenik je naveo da je imao 4 i više partnera ali se ovaj nalaz treba uzeti sa rezervom zbog iskrenosti u odgovorima ispitanika. Istraživanje u SAD je pokazalo da je među seksualno aktivnim ispitanicima 8,6% imalo seksualni odnos sa više od 4 osobe (206).

Najveći broj seksualno aktivnih pri prvom seksualnom odnosu sa novim partnerom/-kom uvek koristi kondom, takođe su kao zaštitu tokom svakog seksualnog odnosa u najvećem procentu navodili kondom. Prema Nacionalnom istraživanju zdravlja, tek nešto preko 50% mladih uzrasta od 15 do 19 godina je koristilo kondom kao kontracepciju i to češće dečaci nego devojčice, međutim, pitanje se odnosilo na poslednji seksualni odnos (96). U Sarajevu 71,4% seksualno aktivnih učenika koji pohađaju gimnaziju je koristilo kondom kao kontracepciju (205). U nekim drugim zemljama taj procenat je dosta niži, što govori o uticaju determinanti zdravlja na ova ponašanja ili o neuporedivosti istraživanja zbog različitog uzrasta mladih. U Meksiku samo 1/3 učenica starosti od 15 do 19 godina je prijavila da je koristila neku metodu kontrole rađanja tokom svog prvog seksualnog odnosa (208), dok je u SAD većina seksualno aktivnih učenika koristila kondom prilikom poslednjeg seksualnog odnosa (206). U Švedskoj više od 2/3 učenika uzrasta 16 godina je koristilo kondom prilikom prvog seksualnog odnosa (207). Podaci velike međunarodne studije „Ponašanje u vezi sa zdravljem školske dece” iz 41 zemlje učesnice, ukazuje da je najmanja prevalencija upotrebe kondoma bila na Malti. Takođe,

nizak nivo upotrebe kondoma je zapažen u Albaniji, Moldaviji, Švedskoj i Ujedinjenom Kraljevstvu (Vels), gde je manje od 50% adolescenata prijavilo da su koristili kondom pri poslednjem seksualnom odnosu (210). Upotreba kontraceptiva bila je najveća u Španiji (209, 210). U našem istraživanju kontraceptivnu pilulu je koristilo oko 2% devojaka. Razlog za mali procenat korišćenja kontraceptivnih pilula, može biti slabija dostupnost (211). Skoro 1/5 učenika je tokom oba ciklusa navela da se nisu poznavali pre stupanja u seksualne odnose.

Razlozi za stupanje u seksualne odnose se razlikuju među polovima. U istraživanju prema Ott i saradnicima (*Ott et al.*), utvrđeno je da je ženskim ispitanicama više bitna intimnost u vezi, a manje bitno zadovoljstvo, dok je obrnut slučaj kod muških ispitanika (očekuju da će seksualno iskustvo dovesti više do zadovoljstva nego do produbljivanja intimnosti), takođe, devojke češće navode da žele da ostvare emocionalnu bliskost sa svojim partnerom, dok su mladići više navodili avanturu nego potrebu za emocionalnom bliskošću (71, 212), što je potvrđeno i u našem istraživanju kada je utvrđeno da muški pol značajno češće kao razlog za stupanje u seksualne odnose navodi seksualnu želju ili fizičku privlačnost a ženski pol ljubav ili zaljubljenost.

#### *Efekti intervencije na promenu u seksualnim ponašanjima*

U skladu sa ciljem ove disertacije istraživana je efekat edukativne intervencije na promenu ponašanja. Studija Vajt i saradnika (*Wight et al.*) (213) koja se odnosila na evaluaciju tri nacionalna sveobuhvatna programa seksualnog obrazovanja koji su sprovedeni u Velikoj Britaniji utvrdila je da su sva tri programa imala pozitivan uticaj na znanje o seksualnom zdravlju učenika i na određene stavove, dok su na ponašanje imali minimalan efekat. I kod intervencije primenjene u Ugandi koja je sprovedena među mlađim adolescentima, a zasnivala se na vodičima i standardima koji su primenjeni i u našem Programu, nakon evaluacije nije uočeno unapređenje ponašanja (175). U drugim istraživanjima, evaluacijom programa utvrđena je u većini intervencija efektivnost u promeni analiziranih rizičnih ponašanja, ali u našem istraživanju to nije utvrđeno (132, 157, 182, 214). Treba imati u vidu da se prilikom interpretacije rezultata u vezi sa ponašanjem, govori se o postojanju statistički značajne razlike u proporciji učenika koji praktikuju određeno ponašanje pre i posle intervencije, jer uzorak nije uparen. Neki od postignutih pozitivnih ishoda kod intervencija primenjenih u školskom okruženju je povećana upotreba kontracepcije i smanjenje adolescentske trudnoće (214) ili povećana upotreba kondoma prilikom poslednjeg seksualnog odnosa (182). Na nepostojanje razlika u rizičnim ponašanjima po zdravlje mogao je uticati kriterijum za varijable, ili je bilo

potrebno u analizu uključiti samo učenike koji su započeli seksualni odnos posle perioda preinterventnog istraživanja, jer se zbog obezbeđenja anonimnosti metodološki izbeglo uparivanje uzoraka pre- i post-interventnog istraživanja (koje bi omogućilo da se isključe iz analize oni učenici koji su pre početka programa imali iskustva sa rizičnim oblicima ponašanja). Moguće rešenje, koje zadovoljava i anonimnost i uvid u preciznu pojavu rizičnog ponašanja tokom trajanja edukativne intervencije, je da se u upitnik uvedu pitanja koja se odnose na rizično seksualno ponašanje samo u poslednjih 9 meseci. Ovo se posebno odnosi na procenu uzrasta stupanja u seksualni odnos, broj seksualnih partnera i učestvovanje u neželjenom seksualnom odnosu. Ovakav način postavljanja pitanja u upitniku unapredio bi evaluaciju programa. U metaanalizi koju je sproveo Kirby, većina analiziranih programa je imala pozitivan efekat na relevantno znanje o seksualnom zdravlju, na vrednosti i stavove, odnosno na faktore koji se navode kao determinante ponašanja. Empirijski je utvrđeno da su ove determinante povezane sa seksualnim ponašanjem i da će njihovo unapređenje dovesti do pozitivnih promena u seksualnom ponašanju (132). U evaluaciji programa "FLASH" primenjenog u SAD utvrđeno je da program nije imao uticaja na smanjenje rizičnog ponašanja među seksualno aktivnim učenicima ali je imao zaštitni efekat na učenike koji nisu imali seksualno iskustvo na početku (147). Jedan od razloga zbog čega nemamo pozitivan ishod u promeni ponašanja može biti to što smo ocenjivali njegovu kratkoročnu efektivnost, a promena ponašanja je proces za koji je potrebno vreme. Prema Albaracin i saradnicima (*Albaracin et al.*) nakon intervencije, prvo se javljaju promene u znanju i promene motivacije, kasnije se motivacija smanjuje a ponašanje menja (144), a u našem istraživanju su učenici anketirani neposredno nakon završetka programa, prema tome i to može biti razlog zašto nema značajne promene u svim ponašanjima.

Ipak, neke razlike u promeni rizičnih ponašanja se uočavaju. Važna mera seksualne aktivnosti je uzrast započinjanja seksualnih odnosa (132). Kao što je objašnjeno ranije, rizično stupanje u seksualne odnose smo definisali kao stupanje u seksualne odnose sa 15 i manje godina, što je u skladu sa članom 23 Porodičnog zakona (*Sl. glasnik RS 18/2005 i 6/2015*) koji propisuje da "sud može, iz opravdanih razloga, dozvoliti sklapanje braka maloletnom licu koje je navršilo 16. godinu života, a dostiglo je telesnu i duševnu zrelost potrebnu za vršenje prava i dužnosti u braku" (215). Ovakva podela je u skladu i sa drugim istraživanjima (77-79). Nakon edukativne intervencije značajno je manji broj onih koji su stupili u seksualne odnose prema navedenom kriterijumu (sa 15 godina i manje), odnosno, značajno je veći broj učenika stupilo u seksualne odnose sa 16 i više godina, što se može pripisati vremenu koje je prošlo između pre-testa i post-testa. Kako učenici postaju stariji, od njih se i očekuje da će stupiti u seksualne

odnose i da će se sa povećanjem starosti ponašati rizičnije (216, 217), a u post-testu su adolescenti devet meseci stariji, te prema tome, ovaj nalaz ne odstupa od očekivanog usled sistemskih faktora (razvojnih karakteristika tog dela adolescencije) i ne može se pripisati efektu intervencije. U trećem ciklusu, nakon intervencije, značajno je manji broj učenika koji su stupili u seksualne odnose u vezi kraćoj od tri meseca ili ukoliko se nisu poznavali pre seksualnog odnosa, odnosno, značajno više učenika je stupilo u seksualne odnose nakon 3 meseca i kasnije od upoznavanja partnera, što bi bio pozitivan efekat intervencije - Program je uticao na adolescente da ne stupaju u seksualne odnose sa nepoznatim partnerom, da bolje upoznaju svoje partnere i da odlože seksualnu aktivnost u intimnoj vezi za kasnije.

Druga važna mera seksualne aktivnosti je broj seksualnih partnera (132). Nakon intervencije nisu primećene značajne promene u broju seksualnih partnera. Postoje različiti literaturni navodi za kriterijum većeg broja seksualnih partnera i kreću se od 1 partnera u poslednjih godinu dana, više od jednog partnera za vreme sprovođenja istraživanja, zatim dva ili više partnera u poslednjih 6 meseci i dva ili više partnera pri čemu period nije definisan (206, 218-221). Kriterijum rizičnog broja seksualnih partnera u velikoj meri zavisi od kulturološkog konteksta. U našem istraživanju smo kao rizičan broj seksualnih partnera definisali više od dva partnera što je u skladu sa pronađenim istraživanjima (218, 221). Na nepostojanje razlika je možda upravo uticao ovaj kriterijum za varijablu ili je bilo potrebno u analizu uključiti samo učenike koji su započeli seksualni odnos posle perioda preinterventnog istraživanja. Kod programa *COMPAS* takođe nije došlo na smanjenja broja seksualnih partnera (140, 221). Međutim, evaluacija Programa "*Health Smart*" utvrdila je da su učenici imali manje šanse da prijave da su imali seksualni odnos sa više od 4 partnera u odnosu na period pre intervencije (182).

Nakon intervencije, nema značajne razlike u upotrebi kondoma pri prvom seksualnom odnosu sa novim partnerom, što je u skladu sa efektima Programa *COMPAS* sprovedenom u Španiji koji primenjuje sličan model edukacije, i u kome nakon 1 godine od intervencije nije uočena povećana upotreba kondoma (221). Međutim, nakon primene Programa *COMPAS* u Kolumbiji, utvrđeno je unapređenje stavova i namere prema upotrebi kondoma, 6 meseci nakon intervencije (141). Kod Programa "*Safer Choices*" koji se baziran na apstinenciji, pri čemu je sadržao u kurikulumu i obuku veština za upotrebu kondoma, uočena je povećana upotreba kondoma nakon intervencije pri čemu je kriterijum za upotrebu kondoma bio upotreba kondoma tokom poslednjeg seksualnog odnosa (156, 157). Evaluacija Programa "*Health Smart*" pokazala je da nakon intervencije učenici imaju veću šansu za upotrebu kondoma prilikom

poslednjeg seksualnog odnosa (182). Razlika u našim nalazima u odnosu na druge studije osim vrste i načina sprovedene edukacije, može biti i rezultat različitog kriterijuma za upotrebu kondoma - u našem istraživanju se odnosi na prvi seksualni odnos sa novim partnerom, pri čemu smo smatrali da se svaka neupotreba kondoma (odnosno, upotreba kondoma ponekad ili nikad pri prvom seksualnom odnosu sa novim partnerom), smatra rizičnom. Međutim, analizirajući stavove, uočili smo da se poboljšao stav da je u redu tražiti od partnera da koristi zaštitu u 2. ciklusu kao i da se povećalo znanje, pa bi smo prema teorijskim modelima zdravlja i drugim istraživanjima mogli očekivati da bi došlo i do unapređenja ponašanja u ovom segmentu (132, 141, 154, 222) iako u 2. ciklusu rizična seksualna ponašanja nisu ispitivana. Prema istraživanju primenjenom kod adolescenata u Španiji utvrđeno je da je najbolji prediktor upotrebe kondoma kod adolescenata namera, kojoj prethode poželjni stavovi prema upotrebi kondoma (222). Kako je namera za upotrebom kondoma povezana sa njegovom upotrebom, a stavovi prediktori namere što su zaključili i Albaracin i saradnici na osnovu analize 96 studija (223), programi seksualnog obrazovanja treba da budu usmereni na unapređenje stavova.

Kod učestvovanja u neželjenom seksualnom odnosu, koji se smatra jednim oblikom rizičnog seksualnog ponašanja, nisu primećene statistički značajne razlike u učestalosti pre i posle intervencije. U prvom ciklusu, pre edukacije, 1/5 seksualno aktivnih učenika je učestvovala u neželjenom seksualnom odnosu, a u trećem ciklusu 1/4 učenika. Pristanak na seksualni odnos je kao tema obrađena kroz sadržaj ovog Programa, koji u nastavnom planu sadrži elemente za usvajanje pregovaračkih veština kao što je donošenje odluke o stupanju u seksualne odnose; komunikacija u konfliktnim situacijama; odbijanje ponude za stupanje u seksualne odnose, kao i pitanja roda i moći i od njega se očekuje da će uticati na smanjenje učestalosti neželjenog seksualnog odnosa. Međutim, ova analiza je upoređivala istu populaciju i očekivan broj onih koji su stupili u neželjen seksualni odnos nakon 9 meseci objektivno ne može biti manji, s obzirom da će oni koji su stupili u neželjene seksualne odnose i nakon edukativne intervencije imati iskustvo koje su referisali u pre-testu. Upravo bi nepronalaženje statistički značajne razlike u povećanju broja učenika koji su na početku i na kraju primene Programa iskusili neželjene seksualne odnose moglo da se tumači protektivnim uticajem Programa na ponašanje u ovoj sferi.

U odnosu na postavljenu 2. hipotezu, Program nije doveo do značajnog smanjenja rizičnih seksualnih ponašanja, odnosno, unapređenja svih ispitivanih ponašanja, izuzev u smislu dužeg poznavanja partnera pre započinjanja seksualnih odnosa, međutim, nije doveo ni do značajnog porasta rizičnog seksualnog ponašanja, što se u slučaju stagniranja broja

neželjenih seksualnih odnosa kao i drugih analiziranih seksualnih ponašanja kod kojih nije došlo do značajne promene pre i nakon intervencije, može smatrati njegovim protektivnim uticajem.

*Protektivna ponašanja u odnosu na sociodemografske karakteristike*

Postoji stalna potreba za identifikacijom faktora povezanih sa rizičnim seksualnim ponašanjem među adolescentima kako bi se bolje osmislili efikasni programi intervencije. Faktori koji štite ili promovišu bezbedno seksualno ponašanje kod adolescenata mogu se naći na mnogim nivoima socijalno-ekološkog modela, od pojedinca do društva u celini (36). Odeljenje za decu, adolescentno zdravlje i razvoj adolescenata (CAH) je sačinilo sveobuhvatan pregled literature, u pogledu toga šta se smatra rizičnim, a šta protektivnim faktorom u odnosu na seksualno i reproduktivno zdravlje adolescenata (43). Brojne studije su utvrdile povezanost socijalnih determinanti zdravlja sa rizičnim seksualnim ponašanjem a kada se ispituje smer povezanosti demografskih i socijalno-ekonomskih varijabli sa pojedinačnim rizičnim ponašanjem, literatura ukazuje na različite rezultate, pa su tako Petersen i Hajd (*Petersen & Hyde*) u metaanalizi utvrdili da se učenici rizičnije ponašaju od učenica (224) i da češće stupaju u seksualne odnose, što su potvrdile i druge studije (59, 210, 211, 225). Na osnovu toga učenice češće imaju protektivna ponašanja pa se i nakon intervencije očekuje isti ishod. U našem istraživanju, u univarijantnoj i multivarijantnoj analizi kao kriterijumske varijable definisana su protektivna ponašanja a kao nezavisni činioci demografski i socioekonomski faktori.

Učenici su imali manju šansu u odnosu na učenice da će ispoljiti protektivna ponašanja, odnosno, da će stupiti u seksualne odnose sa 16 i više godina, odnosno učenice su imale više šanse da će kasnije stupiti u seksualne odnose, što je potvrđeno i u studiji u Libanu (226). U međunarodnoj studiji istraživanja zdravlja školske dece je utvrđeno da učenici češće stupaju u seksualne odnose sa 15 godina od učenica (210). Razlika među polovima se može objasniti kulturološkim faktorima, pri čemu muški pol svoju seksualnost dokazuje kroz broj seksualnih partnera, za razliku od ženskog pola, koji češće traže ljubavne veze (227). Samoprocena materijalnog stanja i uspeh u školi se nisu izdvojili kao prediktori ranijeg stupanja u seksualne odnose, dok u drugim istraživanjima jesu odnosno, učenici sa boljim materijalnim stanjem i boljim uspehom u školi odlažu seksualne odnose za kasnije (59, 97, 228). Suprotan smer povezanosti su utvrdili autori Vuković i saradnici koji su na uzorku učenika uzrasta 15 godina utvrdili - da kod učenika koji ocenjuju svoje materijalo stanje kao bolje postoji veća verovatnoća da su stupili u seksualne odnose (229). Razlika u nalazima naših i pomenutih studija se može objasniti uticajem različitih kontekstualnih faktora iz socijalnoekološkog modela, koji mogu imati važnu ulogu u određivanju seksualnog ponašanja, pri čemu je u našem istraživanju korišćena samoprocena SES a u nekim drugim istraživanjima Indeks blagostanja ili druge objektivizujuće ili subjektivnije metode (45, 181). Urbana sredina je rizični faktor za



raniji početak seksualnih odnosa (43, 225), odnosno adolescenti koji žive u ruralnim sredinama odlažu seksualno iskustvo za kasnije. U jednom drugom istraživanju, žene koje žive u ruralnim područjima su češće prijavljivale prvi seksualni odnos u ranijoj dobi u poređenju sa ženama iz urbanih sredina (230). I istraživanje sprovedeno među adolescentima u Irskoj je pokazalo da učenici iz ruralnih sredina češće prijavljuju veoma rani seksualni odnos (pre 14 godine) (30). Istraživanje seksualnog ponašanja adolescenata u Vojvodini je potvrdilo da adolescenti iz ruralnih sredina češće stupaju u seksualne odnose sa 15 i manje godina (231). Istraživanje u Poljskoj nije utvrdilo razlike u dobi započinjanja seksualne aktivnosti između učenika iz sela i grada (232). U ovom istraživanju veza između mesta prebivališta, tipa škole i započinjanja seksualnih odnosa je istraživana, ali nije potvrđena. Sprovedeno istraživanje u Holandiji je utvrdilo je da učenici iz srednjih stručnih škola ranije stupaju u seksualne odnose, imaju lošije razvijene veštine odbijanja i veći rizik od adolescentske trudnoće (60).

Prediktori većeg broja seksualnih partnera na osnovu literaturnih navoda su muški pol, upotreba psihoaktivnih supstanci i prijatelji koji su već imali seksualni odnos (43). U našem istraživanju manju šansu za manji broj seksualnih partnera nakon intervencije su imali učenici muškog pola, odnosno učenice su imale više šanse da imaju manji broj seksualnih partnera što je potvrđeno u oba ciklusa, a u skladu je sa istraživanjem sprovedenom u Hrvatskoj i Vojvodini u kojima učenici navode značajno više seksualnih partnera u odnosu na vršnjakinje (212, 231). Istraživanje sprovedeno među učenicima u Beogradu je pokazalo da su seksualno aktivni mladići češće imali više od jednog partnera u odnosu na devojke (229). U drugim istraživanjima se takođe muški pol navodi kao prediktor većeg broja seksualnih partnera (78, 218, 224, 233). U trećem ciklusu, veću šansu za manji broj seksualnih partnera u multivarijantnom modelu su imali učenici sa boljim materijalnim stanjem, dok su u univarijantnoj analizi i učenici sa boljim uspehom u školi imali veću šansu da imaju ovo protektivno ponašanje. Mesto prebivališta učenika nije utvrđeno kao prediktor broja seksualnih partnera, iako se u literaturi pronalazi podatak da se urbana sredina povezuje sa većim brojem seksualnih partnera (163).

Manju šansu da imaju dužu vezu pre stupanja u seksualne odnose su imali učenici muškog pola, odnosno učenice su imale veću šansu da imaju dužu vezu pre stupanja u seksualne odnose pri čemu će više upoznati partnera, dok su u trećem ciklusu pored učenica, skoro tri puta veću šansu imali i učenici sa dobrim i prosečnim materijalnim stanjem od učenika koji su naveli loše materijalno stanje. U univarijantnoj analizi se kao značajno povezano sa ovim protektivnim faktorom izdvojilo pohađanje gimnazije u prvom ciklusu i bolji uspeh u školi u

trećem ciklusu, međutim, u multivarijantnom modelu ove varijable nisu zadržale statističku značajnost.

Muški pol se navodi kao prediktor češće upotrebe kondoma (96, 180, 206, 210, 232), što je i potvrđeno u 1. ciklusu kada su učenici imali dva puta veću šansu za to. Generalno, programi za prevenciju HIV-a i seksualno prenosivih infekcija koji nastavnim planom i programom utiču na povećanje upotrebe kondoma, veći uticaj imaju na muški pol. To je zbog činjenice da muški pol ima bolju kontrolu nad upotrebom kondoma nego ženski pol (157). Međutim, u 3. ciklusu su učenice imale više šanse za upotrebu kondoma sa svojim partnerom. Objašnjenje može biti da je u trećem ciklusu Program više uticao na učenice da razviju svest o važnosti upotrebe kondoma i da ga više koriste. U prvom ciklusu, više šanse za upotrebu kondoma su imali i učenici koji pohađaju gimnaziju, te prema tome, može se reći da učenici iz gimnazija češće imaju protektivna ponašanja, ili da je jači efekat intervencije na njih. U Belgiji, učenici srednjih stručnih škola u odnosu na opšte srednje škole (gimnazije) imaju manje znanja o seksualnom zdravlju i ispoljavaju češće rizično seksualno ponašanje koje se odnosi i na neupotrebu kondoma (59). U ostalim studijama su primećeni slični rezultati (185, 186, 207, 212). Manju šansu u prvom ciklusu su imali učenici iz ruralnih sredina, kako je utvrđeno i u istraživanju u Poljskoj i u Supsaharskoj Africi (220, 232). Protektivna uloga urbane sredine za upotrebu kontracepcije se navodi u istraživanjima (43). Verovatni razlog je to što urbana sredina nudi logističke prednosti za snadbavanje kontraceptivnim metodama, više medijskih aktivnosti i više edukativnih intervencija, zatim, generalno, bolja znanja kod učenika iz urbanih sredina jer su u urbanim sredinama nalaze gimnazije, u okviru kojih se pruža i bolje znanje o kontracepciji i važnosti njene primene. Istraživanja su pokazala slabije efekte seksualne edukacije na upotrebu kontraceptivnih sredstava kod mladih koji žive u ruralnim područjima u odnosu na mlade koji žive u urbanim područjima (234). Utvrđena manja šansa za upotrebu kondoma u ruralnim sredinama u 1. ciklusu ukazuje nam na potrebnu modifikaciju programa u odnosu na ovaj nalaz. U oba ciklusa su učenici sa boljim samoprocenjenim materijalnim stanjem imali veću šansu za upotrebu kondoma što se i navodi u literaturi (43, 220, 235, 236), i to u prvom ciklusu oko 7 puta veća, a u trećem 2-3 puta a razlog može biti bolja dostupnost kondoma u materijalnom smislu. Suprotan nalaz se nalazi u istraživanju sprovedenom među učenicima u Beogradu, kada su učenici koji su ocenili svoje materijalno stanje kao povoljnije imali manju verovatnoću da koriste kontracepciju, međutim, ukoliko su naveli veći nedeljni džeparac - češće su koristili kontracepciju (229). Prema Albaracin i saradnicima (*Albaracin et*

al.), intervencije zasnovane na Socijalno kognitivnoj teoriji i Teoriji planiranog ponašanja su najuspešnije u povećanju upotrebe kondoma (144).

Razlozi učestvovanja u neželjenom seksualnom odnosu, odnosno davanje saglasnosti za učešće u neželjenom seksualnom odnosu, može biti uslovljeno nizom različitih faktora: individualnih, kontekstualnih, ali i strukturalnih, kao što su pol, socijalni status, godine ili etnička pripadnost (237). Prema literaturnim navodima, ženski pol češće učestvuje u neželjenom seksualnom odnosu, ali u ovom istraživanju to nije potvrđeno (73, 238). U univarijantnoj analizi, u prvom ciklusu utvrđeno je da učenici sa boljim uspehom u školi imali skoro tri puta veću šansu da neučestvuju u neželjenom seksualnom odnosu, dok su u trećem ciklusu veću šansu za to imali učenici sa boljim materijalnim stanjem.

Obrazovanje majke se u multivarijantnom modelu nije pokazalo kao prediktor protektivnih ponašanja, postoji povezanost samo u univarijantnoj analizi, gde učenici čije majke imaju niže obrazovanje imaju više šanse da ranije stupaju u seksualne odnose i da imaju veći broj seksualnih partnera, što je pronađeno kao nalaz i u studijama sprovedenim među adolescentima u Brazilu (46, 239). Poznato je da se roditelji sa višim nivoom obrazovanja više vremena provode sa svojom decom (240). Međutim, postoje i nalazi gde je više obrazovanje majke povezano sa češćim uključivanjem u rizičnija seksualna ponašanja (216), a kao obrazloženje se navodi da viši nivo obrazovanja majke često iziskuje veću zauzetost majke oko poslovnih obaveza, pri čemu je komunikacija sa decom smanjena, što može biti obrazloženje i za nepronalaženje povezanosti u našoj analizi (241).

Literatura upućuje na povezanost nižeg nivoa obrazovanja oca sa rizičnijim seksualnim ponašanjem (43, 216, 242). Među mladima u Italiji utvrđena je pozitivna veza između višeg obrazovanja roditelja i upotrebe kontracepcije, ali je utvrđeno da mladi koji imaju roditelje sa višim nivoom obrazovanja stupanje u seksualne odnose ranije (52). Međutim, obrazovanje oca se nije izdvojilo kao prediktor nijednog analiziranog ponašanja u multivarijantnom modelu, a ni u istraživanju sprovedenom među učenicima u Beogradu kada je kao nezavisna varijabla upotrebljeno zanimanje oca, što bi se moglo poistovetiti sa nivoom obrazovanja oca u našem istraživanju (229).

Školski uspeh predstavlja jedan od najvažnijih prediktora seksualnog ponašanja. Što učenici više školu doživljavaju kao važan kontekst njihove sadašnjosti i budućnosti, to je manja verovatnoća da će se ponašati rizično (243). Bolja akademska postignuća su povezana sa ređim stupanjem u rizična ponašanja (244). Iako je bolji školski uspeh u našem istraživanju značajno povezan sa znanjem i pojedinim stavovima, u multivarijantnom modelu se nije izdvojio kao

značajan prediktor. U univarijantnoj analizi u 1. ciklusu bolji školski uspeh je značajno povezan sa neučestvovanjem u neželjenom seksualnom odnosu. U 3. ciklusu bolji školski uspeh je povezan sa manjim brojem seksualnih partnera, dužim trajanjem veze pre stupanja u seksualne odnose i sa upotrebom kondoma, međutim u multivarijantnim modelima se ta značajnost izgubila, a kao značajni prediktori navedenih protektivnih ponašanja (2 i manje seksualnih partnera, trajanje veze duže od 3 meseca pre stupanje u seksualne odnose i upotreba kondoma prilikom prvog seksualnog odnosa sa novim partnerom) u modelima su se zadržali muški pol i bolje imovno stanje. Ovo potvrđuje da je potreban sveobuhvatan pristup u seksualnoj edukaciji, gde će se pored intervencije usmerene na učenike sa lošijim uspehom u školi uzeti u obzir i druge varijable koji u modelu menjaju odnos šansi uspeha u školi na pojavu rizičnog ponašanja.

Broj pohađanih radionica, evaluacione ocene radionica i ocena efikasnosti edukatora se nisu pokazali kao značajno povezani sa navedenim protektivnim seksualnim ponašanjima, što je u skladu sa drugim istraživanjima u kojima pohađanje većeg broja časova edukacije nije bio povezan sa promenom u ponašanjima (191, 245).

Na osnovu provere postavljene hipoteze: "Prediktori protektivnih ponašanja (manji broj seksualnih partnera, duže trajanje veze pre stupanja u seksualne odnose, češće korišćenje kontracepcije, ređe iskustvo prinudnog seksualnog odnosa) su: ženski pol, bolji uspeh u školi, viši nivo samoprocenjenog socioekonomskog statusa, viši nivo obrazovanje majke i pohađanje većeg broja časova edukacije" - rezultat je delimično potvrđen, jer se viši nivo obrazovanja majke i uspeh u školi nisu izdvojili kao prediktori u multivarijantnom modelu, niti je uočena povezanost između broja pohađanih radionica i protektivnih ponašanja, što je potvrda za uticaj 2 od 5 nezavisnih faktora.

#### *Rizična ponašanja povezana sa reproduktivnim zdravljem*

Nakon edukativne intervencije značajno veći broj učenika konzumira cigarete, alkohol i drogu. To bi se moglo objasniti povećanjem prosečne starosti nakon 9 meseci od inicijalnog testa kao i uticaju starije vršnjačke grupe, s obzirom da su u istraživanju učestvovali učenici drugih razreda srednjih škola i gimnazija. Nalaz je u skladu sa istraživanjem u kojem je utvrđeno da sa povećanjem starosti - adolescenti imaju veću šansu da konzumiraju cigarete i alkohol (210).

#### *Povezanost upotrebe alkohola i rizičnih seksualnih ponašanja*

Da bi smo utvrdili da li postoje udružena rizična ponašanja među adolescentima pre primene programa istraživali smo povezanost upotrebe alkohola i definisanih rizičnih

ponašanja. U istraživanju seksualnog ponašanja u 50 zemalja je utvrđeno da je alkohol u pozitivnoj korelaciji sa ranijim seksualnim odnosom (235). Na taj zaključak se pozivaju i druge studije (43, 78, 227, 246), međutim, kod nas u istraživanju to nije potvrđeno. Razlog može biti drugačija kategorizacija varijable, ili drugi faktori utiču na ispoljavanje ranijeg seksualnog odnosa. Dokazano je da u 3. ciklusu upotreba alkohola pozitivno korelira sa ostalim navedenim rizičnim seksualnim ponašanjem (većim brojem seksualnih partnera, kraćim poznavanjem partnera pre stupanje u seksualne odnose, neupotrebom kondoma i sa učestvovanjem u neželjenom seksualnom odnosu), što je u skladu sa literaturnim navodima da je upotreba alkohola povezana sa nezaštićenim seksualnim odnosom (4, 28, 247, 248) kao i sa većim brojem seksualnih partnera (43, 78, 233, 247).

### **5.2.5 Razlike u edukaciji između vršnjačkih i profesionalnih edukatora**

U ovoj disertaciji su analizirani efekti Programa edukacije o seksualnom zdravlju na znanje u zavisnosti od toga da li su edukaciju vodili vršnjački ili profesionalni edukatori. Kada su se uporedili efekti intervencije u sva tri ciklusa u unapređenju znanja u našem radu nisu se uočile razlike u znanju bez obzira ko je sprovodio edukativnu intervenciju i koliko je ona trajala. Istraživanja pokazuju da kada se programi stratifikuju po tipu edukatora, intervencije vođene od strane zdravstvenih profesionalaca (npr. lekara, medicinskih sestara ili drugih zdravstvenih radnika), dovode do većeg znanja ispitanika u odnosu na one intervencija koje sprovode vršnjački edukatori (92, 94, 249). Prilikom sprovođenja programa *COMPAS* u Španiji više pozitivnih efekata je bilo nakon intervencije koju su sprovodili samo profesionalci u odnosu na intervencije koje su sprovodili i profesionalci i vršnjački edukatori (250). Evaluacija programa sprovedenih u Velikoj Britaniji je pokazala veće efekte na znanje u edukacijama koji su vodili profesionalni edukatori, dok je vršnjačka edukacija imala više efekata na stavove (213). Drugačiji nalaz je zabeležen u istraživanju sprovedenom u Italiji gde su takođe uočene razlike između efekata edukacije vođene od strane vršnjačkih i profesionalnih edukatora. Kod obe grupe primećene su poboljšanja u odnosu na znanja, stavove i veštine, s tim da je znanje više poboljšano u grupi koju su predvodili vršnjački edukatori (251). U jednom drugom istraživanju primećen je efekat vršnjačke edukacije na znanje o seksualnom zdravlju ali nije zabeležen značajan uticaj na povećanje upotrebe kontracepcije (214), dok je u metaanalizi intervencija utvrđen pozitivan efekat vršnjačke edukacije i na znanje i na promenu ponašanja (upotreba kondoma i testiranje na seksualno prenosive infekcije), na komunikaciju o seksualnom zdravlju sa partnerima i na pregovaranje

u vezi sa odbijanjem neželjenog seksualnog odnosa pri čemu je utvrđen veći efekat edukacije na ženski pol (252). U našem istraživanju u prvom ciklusu, kada su učestvovali vršnjački edukatori nije bilo značajnog povećanja upotrebe kondoma, a u odnosu na pol utvrđeno je da je nakon intervencije veći skor znanja kod ženskog pola, a veća šansa za upotrebu kondoma utvrđena je kod muškog pola, dok u odnosu na odbijanje neželjenog seksualnog odnosa nije bilo razlike u odnosu na pol.

Proverom (analizama medijacije i moderacije) da li određeni tip edukacije daje bolji efekat u skor u znanja nismo uočili razlike. Utvrđeno je da je bez obzira ko je spovodio edukaciju, profesionalci ili obučeni vršnjački edukatori, jednako povećan skor znanja, i zaključujemo da je važno da edukacija postoji, nezavisno od toga ko je sprovodi. Efekat početnog znanja: proveravali smo da li su edukacije prilagođenije učenicima sa lošijim znanjem ili učenicima koji imaju bolje znanje pre primene programa i utvrdili da je program jednako efikasan i kod učenika koji imaju manji skor znanja i kod učenika koji imaju veći skor znanja pre primenjene intervencije. Udruženi efekat, odnosno, efekat interakcije predznanja i tipa programa koji je učenik pohađao na znanje nakon primene programa – nije uočen. Udruženim efektom ispitivali smo da li postoji izolovani efekat na određenu grupu učenika, odnosno, da li program deluje samo na učenike koji su učestvovali u jednom ciklusu sa određenim predznanjem, a da na drugu grupu nije delovao, i pri tome nisu uočene razlike.

Iako nisu utvrđene razlike u znanju između ciklusa, u 2. ciklusu su značajno poboljšani svi stavovi, za razliku od delimično unapređenih u 1 i 3. ciklusu. Učenici su više posećivali radionice, bolje ocenjivali radionice i edukatore u 2. ciklusu pri čemu je uočena pozitivna korelacija između ovih varijabli sa znanjem i pojedinim stavovima, što nije slučaj u 3. ciklusu, što je verovatni razlog za ove rezultate. Razlika u ocenama edukatora i radionica između 2 i 3. ciklusa može biti rezultat ujednačenije obuke edukatora, bolje organizovanog monitoringa, boljeg prijema edukatora u školama u 2. ciklusu.

### ***5.3 Evaluacija efektivnosti primenom SERAT instrumenta***

Inicijalno, planirano je da se uradi analiza odgovora na *SERAT* upitnike za 80 edukatora, međutim, usled niže stope odgovora (71,2%), analizirano je 57 od planiranih 80 upitnika. Upotrebljeni plan i program edukacije je predviđen za učenike od 15 do 18 godina. Rezultati ukazuju na to da program ima jasne kognitivne, efektivne ciljeve i ciljeve sticanja veština.

Ispitanici su u najmanjem procentu odgovarali da Program sadrži ciljeve koji se odnose na smanjenje rodno-zasnovanog nasilja.

Kod analize efektivnog ponašanja, analizirali smo i pitanja koja se odnose na neželjen seksualni odnos i na osnovu njih utvrdili da su te teme bile dobro obrađene programom, odnosno da Program utiče na razvoj efektivnog ponašanja kao što je identifikovanje pritiska na seksualni odnos i predlaganje mera za odbijanje seksualnog odnosa. U zemljama gde je sličan model edukacije procenjivan kroz ovaj instrument, rezultat ukazuje na visoke ocene u smislu fokusiranja na efektivno ponašanje (253, 254). Segment koji se odnosi na to da li teme Programa uključuju ostale članove zajednice, pokazuje slabije karakteristike slično kao i u drugim zemljama (253, 254).

Analiza sadržaja programa ukazuje da su teme bile dobro obrađene i dobro zastupljene, odnosno, ukazuje da sadržaj programa pokriva teme sveobuhvatnog seksualnog obrazovanja. Međutim, uočene su neke slabosti u sadržaju poput toga što su ispitanici u najmanjem procentu odgovarali da se program bavi pitanjima odgovarajućih zakona koji se odnose na nasilje u partnerskim odnosima. Slabijom se pokazala i obrada tema o identifikaciji izvora moći i bespomoćnosti u međuljudskim odnosima. Seksualno i reproduktivno zdravlje ima visoke skorove, odnosno, skor jakih karakteristika što je i očekivano, jer su ove teme najšire obuhvaćene programom i njegova su suština kao i komunikacija, pregovaranje i donošenje odluka i ljudski razvoj. Percepcija zastupljenosti teme „odnosi i veze“, ima nižu ocenu od navedenih. To bi moglo biti zbog toga što pokrivenost ove teme nije percipirana kao relevantna u ovom tipu edukacije, za ovaj uzrast od strane edukatora, što bi se moglo razmotriti u pripremi nekih narednih edukativnih intervencija. Na slabiju karakteristiku kurikuluma u okviru ovog koncepta ukazuje niži skor pri evaluaciji teme „osnaživanje mladih“. U okviru sadržaja prema fokusu učenja, sve teme pokazuju dobre karakteristike (jake i umerene). Program je najviše usmeren na životne veštine i znanje. Visok skor za životne veštine ukazuje da je plan i program edukacije (kurikulum) adekvatan da omogući učenicima da razviju veštine asertivnosti, pregovaranja i drugih veština važnih za obezbeđivanje dobrog seksualnog, reproduktivnog i ukupnog zdravlja.

Teme koje se odnose na sticanje veština asertivnosti i pregovaranja da se odupre neželjenom seksualnom pritisku i učvrsti namera o primeni bezbednog seksa su dobro zastupljene, takođe i procenjivanje zašto je mnogim mladim ljudima teško da jasno i asertivno iskažu da ne žele seks. Obostrani pristanak, kao ključni uslov pre seksa sa partnerom/-kom

takođe je dobro zastupljen u programu. Sadržaj koji se odnosi na ljudska prava i društvene norme je manje zastupljen u odnosu na druge teme kada se analizira sadržaj prema fokusu učenja, prema tome, poželjno je revidirati program u skladu sa novim Tehničkim vodičem za edukaciju o seksualnosti u kome su ove teme više zastupljene. *UNESCO* je koristio *SERAT* instrument u više od 10 zemalja i među glavnim rezultatima je da je obuka nastavnika najslabiji segment u sprovođenju intervencija, te da sadržaj plana i programa edukacije pokazuje slične slabosti u svim zemljama a to su nedovoljan fokus na rodne i društvene norme (255).

Evaluacija procesa (implementacije) može pružiti uvid u to kako je intervencija sprovedena i kako se može unaprediti (256), pri čemu implementacija ima snažan uticaj na ishode programa (257). Evaluacija procesa se koristi za procenu doslednosti i kvaliteta implementacije, razjašnjavanje uzročnih mehanizama i identifikaciju kontekstualnih faktora povezanih sa varijacijama u ishodima (129), i potrebno je primenjivati zajedno sa evaluacijom ishoda (256-258). Sve karakteristike implementacije obrađene kroz evaluacione skorove u *SERAT* upitniku pokazuju najviše jake a potom umerene karakteristike. Utvrđeno je da implementacija Programa prati relevantna načela. Način izvođenja plana i programa i metode koje su upotrebljene - participativne metode, pokazuju uspešnost.

#### **5.4 Prednosti i ograničenja istraživanja**

Jedna od osnovnih prednosti ovog istraživanja je da je primenjeni Program sproveden u skladu sa međunarodnim vodičima i standardima i da je poslednji sveobuhvatniji program ove vrste koji je primenjen u Srbiji. Analizom ovog programa se stekao naučno-verifikovani okvir preporuka za planiranje budućih intervencija u ovom polju. Ipak, ova doktorska disertacija ima nekoliko ograničenja. Ograničenja studije, uprkos efektivnosti programa moraju se uzeti u obzir prilikom tumačenja rezultata. Program je primenjen kod adolescenata u Vojvodini, i ne odnosi se na svu populaciju adolescenata u Srbiji. Zbog navedenog, ne može se generalizovati na sve adolescente u Srbiji, s obzirom na velike obrazovne, ekonomske, kulturološke razlike unutar zemlje, koje kod neke populacije mladih mogu da budu prediktor vulnerabilnijeg reproduktivnog zdravlja. Drugo, adolescenti su odgovarali na pitanja o učestvovanju u seksualnom odnosu, pri čemu nije postojala opcija da se izjasne o svom seksualnom opredeljenju. Prema tome, nemamo informacije o pripadnicima *LGBTI* (*Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender & Intersex*) populacije. Normativno tumačenje seksualnog odnosa može prevideti pripadnike *LGBTI* populacije, među kojima su zdravstveni rizici veći (78, 259). Radi



detaljnije analize rizičnog ponašanja bilo bi potrebno prikupiti i podatke o drugim oblicima seksualnog ponašanja kao što je seksualno dodirivanje, kao što su predložili Kojl i saradnici (Coyle *at al.*) (260). Takođe, prilikom uopštavanja naših rezultata, treba imati u vidu da su podaci ovog istraživanja prikupljeni tokom 2013-2017. godine a rizična ponašanja adolescenata uzrasta 16 godina su se od tada mogla intezivirati, imajući u vidu da je tokom 2020-2021. godine pandemija uzrokovana virusom *COVID-19* dovela do pohađanja *on – line* nastave, tokom koje su učenici bili van škole, za koju se smatra da je protektivni faktor za seksualna ponašanja (47, 261).

Moguća preporuka za unapređenje evaluacije ishoda u odnosu na rizična seksualna ponašanja je da se u upitniku nakon intervencije uvedu pitanja koja se odnose na rizično seksualno ponašanje u definisanom periodu trajanja intervencije između pre-testa i post-testa. Ovo se posebno odnosi na vreme stupanja u seksualni odnos, broj seksualnih partnera i učestvovanje u neželjenom seksualnom odnosu.

Sledeće, kao što je uobičajena praksa u školskim interventnim studijama, podaci su prikupljeni samopopunjavanjem i mora se uzeti u obzir iskrenost ispitanika u odgovaranju s obzirom da su pitanja u upitniku osetljiva i da popunjavanje upitnika može biti pristrasno zbog društvenih pritisaka. Sledeće ograničenje je odsustvo definicije „seksualnog odnosa“, jer se adolescenti bave i alternativnim seksualnim ponašanjima, kao što je oralni seks (78). Različiti kriterijumi za definiciju rizičnog seksualnog ponašanja se moraju posmatrati sa oprezom, uzimajući u obzir kulturološke i društvene faktore koji se razlikuju između zemalja, kao i prisustvo seksualne edukacije u drugim zemljama. Ukoliko bi se efekti intervencije pratili duži period, to bi pomoglo da se procene različiti faktori koji su povezani sa seksualnim razvojem adolescenata, odnosno kako determinante iz socijalno ekološkog modela u ranijoj adolescenciji utiču na ponašanja relevantna za seksualno zdravlje u kasnoj adolescenciji.

Sledeće ograničenje je što uzorak nije uparen, što je bilo metodološki teško izvesti zbog uticaja na anonimnost podataka i time na iskrenost odgovora. Prilikom interpretacije analiza povezanosti nivoa znanja o seksualnom i reproduktivnom zdravlju i kontekstualnih faktora treba uzeti u obzir da u ovoj analizi nije uzet u obzir napredak u znanju već krajnji skor na testu (zbog nemogućnosti uparivanja ispitanika).

Ova studija je analizirala stavove o autonomnosti odluka u vezi sa seksualnošću, koje se mogu poistovetiti sa seksualnom asertivnošću, te bi bilo poželjno u nekim budućim istraživanjima uključiti i druge standardizovane skale za procenu stavova (195).

Iako smo dobili važne podatke o efektivnosti Programa primenom *SERAT* instrumenta, radi detaljnijeg sagledavanja Programa seksualnog obrazovanja, potrebno ga je procenjivati kroz sve komponente *SERAT-a*.

## Ključni nalazi:

Ključni nalazi evaluacije vannastavnog Programa "Zdravstveno vaspitanje o reproduktivnom zdravlju među adolescentima u Vojvodini" su:

- Evaluacijom vannastavnog Programa „Zdravstveno vaspitanje o reproduktivnom zdravlju među srednjoškolcima uzrasta 16 godina u AP Vojvodini“ primenom evaluacionog instrumenta – *SERAT*, dokazali smo u 18 od 19 ispitivanih karakteristika visoku efektivnost (jake ili umerene karakteristike prisutne 70-95%) programskih ciljeva i principa, sadržaja i implementacije i dobili okvir preporuka za planiranje budućih intervencija.
- Evaluacioni skorovi sadržaja programa pokazuju jake i umerene karakteristike (sve teme sveobuhvatnog seksualnog obrazovanja su dobro obrađene).
- Najveće mogućnosti unapređenja sadržaja programa postoje kod tema: ljudska prava, društvene norme, prepoznavanje rodni perspektiva i rodno-zasnovano nasilje, a u skladu sa novim *UNESCO* tehničkim vodičem za edukaciju o seksualnosti u kome su ove teme više zastupljene.
- Program zdravstvenog vaspitanja o reproduktivnom zdravlju u uzrastu 16 godina u AP Vojvodini pokazuje efektivnost u unapređenju znanja. Skor znanja učenika u sva tri ciklusa je bio veći posle primene interventnog programa.
- Skor znanja je značajno veći kod učenika: ženskog pola; iz urbanih sredina; sa odličnim ili vrlo dobrim školskim uspehom u odnosu na one sa lošijim uspehom; koji pohađaju gimnaziju u odnosu na učenike iz srednjih stručnih škola; koji imaju oca ili majku sa višim nivoom obrazovanja; koji procenjuju svoje materijalno stanje kao prosečno u odnosu na one koji ga procenjuju kao dobro, osim u 2. ciklusu gde nisu uočene razlike u znanju u odnosu na materijalno stanje.
- U 2. ciklusu je utvrđena i povezanost između većeg skora znanja i pohađanja većeg broja časova edukacije, dok u 3. ciklusu ta povezanost nije utvrđena.
- Program zdravstvenog vaspitanja o reproduktivnom zdravlju u uzrastu 16 godina u AP Vojvodini pokazuje efektivnost u unapređenju stavova. Nakon primene Programa, povećala se proporcija učenika koji imaju poželjne stavove o seksualnosti sa pojedinačnim razlikama u odnosu na cikluse: u 1. ciklusu istraživanja značajno veći broj učenika ima poželjan stav: da momak otvoreno kaže devojci da ne želi da ima seksualni odnos ukoliko se tako oseća i da se traži od seksualnog partnera/partnerke da ispita da

li ima neku seksualno prenosivu infekciju. U 2. ciklusu značajno su poboljšani svih 6 ispitivanih stavova. U 3. ciklusu značajno više učenika imaju poželjne stavove u vezi sa tim da mladić kaže devojci da ne želi da ima seksualne odnose ukoliko se tako oseća (kao i u 1 i 2. ciklusu) i da se momak/devojka otvoreno izjasne da žele da imaju seksualni odnos. U 1 i 3. ciklusu nakon intervencije nije došlo do povećanja proporcije učenika koji imaju poželjan stav u vezi sa tim da je u redu da devojka otvoreno kaže da ne želi da ima seksualne odnose.

- Kao prediktori adekvatnih (poželjnih) stavova izdvojili su se:
  - Kod stava da je u redu da devojka otvoreno kaže momku da ne želi da ima seksualne odnose: ženski pol, prebivalište iz ruralnih sredina, bolje materijalno stanje i bolji uspeh u školi.
  - Kod stava da je u redu da momak otvoreno kaže devojci da ne želi da ima seksualne odnose: ženski pol, prosečno materijalno stanje i bolji uspeh u školi.
  - Kod stava da je u redu da se traži od partnera da koristi zaštitu iako se protivi tome: ženski pol i bolje materijalno stanje.
  - Kod stava da je u redu da se traži od partnera da se testira na seksualno prenosive infekcije: ženski pol, bolji uspeh u školi i gimnazija kao tip škole.
  - Kod stava da je u redu da devojka otvoreno kaže momku da želi da ima seksualne odnose: muški pol, bolji uspeh u školi i gimnazija kao tip škole.
  - Kod stava da je u redu da momak otvoreno kaže devojci da želi da ima seksualne odnose: bolje materijalno stanje.
  - Pohađanje većeg broja časova edukacije je u pozitivnoj korelaciji sa poželjnim stavovima u 2. ciklusu programa (3 od 6 ispitivanih stavova), ali ne u 3. ciklusu.
- Program zdravstvenog vaspitanja o reproduktivnom zdravlju u uzrastu 16 godina u AP Vojvodini pokazuje efektivnost u unapređenju ponašanja učesnika. Nije došlo do značajnog smanjenja rizičnih seksualnih ponašanja (broj seksualnih partnera, upotreba kondoma, neželjeni seksualni odnos), ali ni do njihovog značajnog povećanja, što je očekivano sa povećanjem prosečne starosti ispitanika.
- Kao prediktori protektivnih ponašanja izdvojili su se:
  - Prediktor stupanja u seksualne odnose sa 16 i više godina je ženski pol.
  - Prediktori manjeg broja seksualnih partnera kao i dužeg trajanja veze pre stupanja u seksualne odnose u 1. ciklusu je ženski pol, a u 3. ciklusu i bolje materijalno stanje.

- Prediktori upotrebe kondoma u 1. ciklusu su muški pol, urbana sredina kao mesto stanovanja, bolje materijalno stanje i pohađanje gimnazije, dok su u 3. ciklusu to ženski pol i bolje materijalno stanje.
- Prediktori ređeg iskustva neželjenog seksualnog odnosa nisu utvrđeni, ali je uočena povezanost ređeg stupanja u neželjene seksualne odnose sa boljim uspehom u školi u 1. ciklusu i sa boljim materijalnim stanjem u 3. ciklusu.
- Uspeh u školi, obrazovanje majke i pohađanje većeg broja časova edukacije se nisu izdvojili kao značajni prediktori protektivnih ponašanja.
- Bolji uspeh u školi je u 1. ciklusu značajno povezan sa sa neučestvovanjem u neželjenom seksualnom odnosu a u 3. ciklusu sa protektivnim ponašanjem (stupanje u seksualne odnose sa 16 i više godina, manji broj seksualnih partnera, duže trajanje veze i upotreba kondoma).
- Niže obrazovanje majke je značajno povezano sa većim brojem seksualnih partnera.
- Znanje učenika je poboljšano, pri čemu se nije uočila značajna razlika u ciklusima u odnosu na vrstu (profesionalni ili vršnjački edukatori) i trajanje edukativne intervencije (14 ili 16 radionica).
- Učenici su pohađali više radionica i bolje su ocenili radionice i edukatore u 2. nego u 3. ciklusu programa, pri čemu je u 2. ciklusu postoji povezanost većeg broja pohađanih radionica sa boljim znanjem i sa 3 od 6 ispitivanih poželjnih stavova.

## 6. ZAKLJUČAK

Evaluacijom vannastavnog Programa “Zdravstveno vaspitanje o reproduktivnom zdravlju među adolescentima u Vojvodini” su se stekla saznanja o njegovoj efektivnosti.

1. Program zdravstvenog vaspitanja o reproduktivnom zdravlju u uzrastu 16 godina u AP Vojvodini pokazuje efektivnost u unapređenju znanja i stavova.
2. Program zdravstvenog vaspitanja o reproduktivnom zdravlju u uzrastu 16 godina u AP Vojvodini pokazuje efektivnost u unapređenju ponašanja u vezi sa seksualnim zdravljem, ali za punu potvrdu potreban je duži vremenski period.
3. Utvrđeni prediktori znanja ukazuju da ovakvi programi trebaju više da se prilagode: muškom polu, učenicima iz ruralnih sredina i sa lošijim uspehom u školi, onima koji pohađaju srednje stručne škole i učenicima čiji roditelji imaju niži nivo obrazovanja.
4. Utvrđeni prediktori poželjnih stavova ukazuju da ovakvi programi trebaju da se više prilagode: muškom polu, učenicima sa lošijim uspehom u školi, onima koji pohađaju srednje stručne škole i učenicima sa lošijim samoprocenjenim materijalnim stanjem.
5. Utvrđeni prediktori protektivnih ponašanja u vezi sa seksualnim zdravljem, ukazuju da bi ovakvi programi trebalo da se više prilagode učenicima muškog pola, iz ruralnih sredina, sa lošijim samoprocenjenim materijalnim stanjem i učenicima koji pohađaju srednje stručne škole.
6. Evaluacijom vannastavnog Programa „Zdravstveno vaspitanje o reproduktivnom zdravlju među srednjoškolcima uzrasta 16 godina u AP Vojvodini, primenom *SERAT* instrumenta dokazana je u 18 od 19 ispitivanih karakteristika visoka efektivnost programskih ciljeva i principa, sadržaja i implementacije (jake ili umerene karakteristike prisutne 70-95%).
7. Utvrđene su područja za unapređenje sadržaja programa: ljudska prava i društvene norme; identifikacija izvora moći i bespomoćnosti u međuljudskim odnosima; prepoznavanje rodni perspektiva i rodno-zasnovano nasilje, a u skladu sa novim *UNESCO* tehničkim vodičem za edukaciju o seksualnosti.
8. Potrebno je razvijati različite methodske pristupe seksualnom obrazovanju u odnosu na tip škole, većim akademskim pristupom jednom tipu škole (gimnazijama), odnosno, pretežnoj praktičnoj obuci i češćem ponavljanju edukacija u drugim školama (srednjim stručnim školama).

9. Dobro obučeni profesionalni edukatori i adekvatan monitoring treba da bude sastavni deo intervencije (po modelu drugog ciklusa, tokom kojeg je i pokazana najveća efektivnost u unapređenju stavova).

Istraživanjem su obezbeđeni neophodni podaci i prikazana je odgovarajuća efektivnost programa koji bi se mogao primeniti kao zdravstveno-vaspitni program obrazovanja o seksualnom i reproduktivnom zdravlju, uz uvažavanje minimalnih promena imajući u vidu ove rezultate.

## 7. LITERATURA

1. Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore SJ, Dick B, Ezech AC, et al. Adolescence: a foundation for future health. *Lancet*. 2012;379(9826):1630-40.
2. Jovanović Pivrodski J. Pedijatrija. Novi Sad: Medicinski fakultet; 2015. str. 683-4.
3. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet*. 2016;387(10036):2423-78.
4. Liang M, Simelane S, Fillo GF, Chalasani S, Weny K, Canelos PS, et al. The state of adolescent sexual and reproductive health. *J Adolescent Health*. 2019;65(6 Suppl):S3-15.
5. World Health Organization [Internet]. The Second Decade: Improving Adolescent Health and Development. 2001 [cited 2021 Dec 22]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/64320>
6. World Health Organization [Internet]. Adolescent Health. 2022 [cited 2021 Jun 14]. Available from: Adolescent health (who.int)
7. United Nations [Internet]. Definition of Youth. 2013 [cited 2021 Dec 22]. Available from: <https://www.un.org/esa/socdev/documents/youth/fact-sheets/youth-definition.pdf>
8. Eurostat [Internet]. Youth in Europe. Statistical Portrait. 2009 [cited 2021 Jan 23]. Available from: <https://www.europarl.europa.eu/euroscola/resource/static/files/youth-in-europe.pdf>
9. Vlada Republike Srbije. Zakon o mladima. Službeni glasnik Republike Srbije, br. 50/2011.
10. Vlada Republike Srbije. Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Službeni glasnik Republike Srbije, br. 25/2019.
11. Republika Srbija. Republički zavod za statistiku. [Internet]. Procene broja stanovnika u 2020. godini. 2022 [cited 2021 Jan 23]. Available from: <https://www.stat.gov.rs/sr-Latn/oblasti/stanovnistvo/procene-stanovnistva>
12. Age limits and adolescents. *Paediatr Child Health*. 2003;8(9):577-8.
13. Canadian Paediatric Society [Internet]. Office Practice Guidelines for the Care of Adolescents. 2022 [cited 2021 Dec 24]. Available from: [www.cps.ca/english/statements/am/am94-04.htm](http://www.cps.ca/english/statements/am/am94-04.htm)
14. Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. The age of adolescence. *Lancet Child Adolesc Health*. 2018;2(3):223-8.
15. World Health Organization [Internet]. Health for the World's Adolescents: a Second Chance in the Second Decade: Summary. 2014 [cited 2021 Dec 10]. Available from: [https://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/1612\\_MNCAH\\_HWA\\_Executive\\_Summary.pdf](https://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/1612_MNCAH_HWA_Executive_Summary.pdf)
16. World Health Organization [Internet]. Participants Manual: IMAI One-Day or Orientation on Adolescents Living with HIV. 2010 [cited 2021 Dec 24]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44258>
17. Gurian M, Stevens K. Boys and girls learn differently! A guide for teachers and parents. 10th ed. New Jersey: Jon Wiley and Sons; 2010.
18. OASH [Internet]. US Department of Health and Human Services. Office of Population



- Affairs. What is Adolescence? 2012 [cited 2021 Dec 26]. Available from: [http://www.hhs.gov/opa/familylife/tech\\_assistance/etraining/adolescent\\_brain/Overview/what\\_is\\_adolescence/](http://www.hhs.gov/opa/familylife/tech_assistance/etraining/adolescent_brain/Overview/what_is_adolescence/)
19. Global Health Estimates 2020: Disease burden by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2019. Geneva: World Health Organization; 2020.
  20. Mokdad AH, Forouzanfar MH, Daoud F, Mokdad AA, Bchearaoui CE, Moradi-Lakeh M, et al. Global burden of diseases, injuries, and risk factors for young people's health during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 2016;387(10036):2383-401.
  21. Chawla N, Sarkar S. Defining "High-risk sexual behavior" in the context of substance use. *J Psychosex Health*. 2019;1(1):26-31.
  22. Ljubičić M. Youth risk behaviors: a review of definitions and trends. *Teme*. 2012;36(1):85-100.
  23. Irwin Jr CE. The theoretical concept of risk adolescent. *Adolesc Med*. 1990;1(1):1-14.
  24. Boričić K, Simić S, Erić JM. Demographic and socio-economic factors associated with multiple health risk behaviours among adolescents in Serbia: a cross sectional study. *BMC Public Health*. 2015;15:157.
  25. Pengpid S, Peltzer K. Sexual behaviour and its correlates among adolescents in Brunei Darussalam. *Int J Adolesc Med Health*. 2018;33(1). DOI: 10.1515/ijamh-2018-0028.
  26. Prendergast LE, Toumbourou JW, McMorris BJ, Catalano RF. Outcomes of early adolescent sexual behavior in Australia: longitudinal findings in young adulthood. *J Adolesc Health*. 2019;64(4):516-22.
  27. Viner RM, Ozer EM, Denny S, Marmot M, Resnick M, Fatusi A, et al. Adolescence and the social determinants of health. *Lancet*. 2012;379(9826):1641-52.
  28. Noll M, Noll PRES, Gomes JM, Soares Júnior JM, Silveira EA, Sorpreso ICE. Associated factors and sex differences in condom non-use among adolescents: Brazilian National School Health Survey (PeNSE). *Reprod Health*. 2020;17(1):139.
  29. Furlanetto M, Ghedin DM, Goncalves TR, Marin AH. Individual and contextual factors associated with sexual initiation among adolescents. *Psicol Reflex Crít*. 2019;32(1):25.
  30. Young H, Burke L, Gabhainn SN. Sexual intercourse, age of initiation and contraception among adolescents in Ireland: findings from the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Ireland Study. *BMC Public Health*. 2018;18(1):362.
  31. Kim SJ, Cho KW. Interaction between smoking cigarettes and alcohol consumption on sexual experience in high school students. *Osong Public Health Res Perspect*. 2019;10(5):274-80.
  32. World Health Organization [Internet]. Health Promotion Glossary. 1998 [cited 2021 Nov 3]. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/64546/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1.pdf;jsessionid=6D17050B0DF96D1C54110889D069EF2E?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/64546/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf;jsessionid=6D17050B0DF96D1C54110889D069EF2E?sequence=1)
  33. Bronfenbrenner U. Toward an experimental ecology of human development. *Am Psychol*. 1977;32(7):513-31.
  34. Bronfenbrenner U. The ecology of human development: experiments by design and nature. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1979.
  35. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. *Health Educ Q*. 1988;15(4):351-77.
  36. DiClemente R. J, Salazar L F, Crosby R A, Rosenthal S L. Prevention and control of sexually transmitted infections among adolescents: The importance of a socio-

- ecological perspective: a commentary. *Public Health*. 2005;119:825-36.
37. Svanemyr J, Amin A, Robles OJ, Greene ME. Creating an enabling environment for adolescent sexual and reproductive health: a framework and promising approaches. *J Adolesc Health*. 2015;56(Suppl 1):S7-14.
  38. Muchimba, M. Social ecological predictors of risky sexual behavior among young adults. *J Soc Behav Health Sci*. 2019;13(1):1-14.
  39. Malinga T, Modie-Moroka T. Factors influencing adolescents' sexually risky behaviors in Botswana. *Int J Soc Sci Human Invent*. 2020;7(10):6229-40.
  40. Sallis J, Owen N. Ecological models of health behavior. In: Glanz K, Rimer B, Lewis F, editors. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. San Francisco: Jossey-Bass; 2002. p. 462-85.
  41. Rimer B, Glanz K. *Theory at a glance. A guide for health promotion practice*. 2nd ed. Bethesda: US Department of Health and Human Services; 2005.
  42. Voisin DR, DiClemente RJ, Salazar LF, Crosby RA, Yarber WL. Ecological factors associated with STD risk behaviors among detained female adolescents. *Soc Work*. 2006;51(1):71-9.
  43. World Health Organization [Internet]. Risk and Protective Factors Affecting Adolescent Reproductive Health in Developing Countries: An Analysis of Adolescent Sexual and Reproductive Health Literature from Around the World: Summary / [Robert Blum and Kristin Mmari]. 2021 [cited 2022 Jan 12]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43045>
  44. Lo TW, Tse JW, Cheng CHK, Chan GHY. The Association between Substance Abuse and Sexual Misconduct among Macau Youths. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(9):1643.
  45. Briant A, Peviani KM, Lee JE, King-Casas B, Kim-Spoon J. Socioeconomic risk for adolescent cognitive control and emerging risk-taking behaviors. *J Res Adolesc*. 2021;31(1):71-84.
  46. Roman Lay AA, Fujimori E, Simões Duarte L, Vilela Borges AL. Prevalence and correlates of early sexual initiation among Brazilian adolescents. *PLoS One*. 2021;16(12):e0260815.
  47. Hanson MD, Chen E. Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: a review of the literature. *J Behav Med*. 2007;30:263-85.
  48. Belardinelli P, Torbica A, Fattore G. Longitudinal associations between different measures of socioeconomic status and health behavior among adolescents. Data from a wealthy Italian region. *Prev Med*. 2022;160:107092.
  49. Lindberg LD, Maddow-Zimet I, Marcell AV. Prevalence of sexual initiation before age 13 years among male adolescents and young adults in the United States. *JAMA Pediatr*. 2019;173(6):553-60.
  50. Bozzini AB, Bauer A, Maruyama J, Simões R, Matijasevich A. Factors associated with risk behaviors in adolescence: a systematic review. *Braz J Psychiatry*. 2021;43(2):210-21.
  51. Kipping RR, Smith M, Heron J, Hickman M, Campbell R. Multiple risk behaviour in adolescence and socio-economic status: findings from a UK birth cohort. *Eur J Public Health*. 2015;25:44-9.
  52. Guetto R, Vignoli D, Lachi A. Higher parental socioeconomic status accelerates sexual debut: evidence from university students in Italy. *Adv Life Course Res*. 2022;51:100461.

53. Flores D, Barroso J. 21st century parent-child sex communication in the United States: a process review. *J Sex Res.* 2017;54(4-5):532-48.
54. Widman L, Evans R, Javidi H, Choukas-Bradley S. Assessment of parent-based interventions for adolescent sexual health: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2019;173(9):866-77.
55. Salazar LF, Bradley EL, Younge SN, Daluga NA, Crosby RA, Lang DL, et al. Applying ecological perspectives to adolescent sexual health in the United States: rhetoric or reality? *Health Educ Res.* 2010;25(4):552-62.
56. Magnani RJ, Seiber EE, Gutierrez EZ, Vereau D. Correlates of sexual activity and condom use among secondary-school students in urban Peru. *Stud Fam Plann.* 2001;32(1):53-66.
57. Pulerwitz R, Blum B, Cislighi E, Costenbader C, Harper L, Heise L, et al. Proposing a conceptual framework to address social norms that influence adolescent sexual and reproductive health. *J Adolesc Health.* 2019;64(4 Suppl):S7-9.
58. Kaufman MR, Cornish F, Zimmerman RS, Johnson BT. Health behavior change models for HIV prevention and AIDS care: practical recommendations for a multi-level approach. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2014;66(Suppl 3):S250-8.
59. Van Rosem A, Berten H, Van Tuyckom S. AIDS knowledge and sexual activity among Flemish secondary school students: a multilevel analysis of the effects of type of education. *BMC Public Health.* 2010;10:30.
60. De Graaf H, Vanwesenbeeck I, Meijer S. Educational differences in adolescents sexual health: a pervasive phenomenon in a National Dutch sample. *J Sex Res.* 2015;52(7):747-57.
61. Kontula O. The evolution of sex education and students' sexual knowledge in Finland in the 2000s. *Sex Educ.* 2010;10(4):373-86.
62. Chandra-Mouli V, Lane C, Wong S. What does not work in adolescent sexual and reproductive health: a review of evidence on interventions commonly accepted as best practices. *Glob Health Sci Pract.* 2015;3(3):333-40.
63. World Health Organization [Internet]. Reproductive Health. 2022 [cited 2020 Nov 3]. Available from: <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/reproductive-health>
64. World Health Organization [Internet]. Defining Sexual Health: Report of a Technical Consultation on Sexual Health. 2002 [cited 2020 Nov 3]. Available from: ([http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender\\_rights/defining\\_sexual\\_health.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf)).
65. World Health Organization [Internet]. Sexual Health and its Linkages to Reproductive Health: An Operational Approach. 2021 [cited 2022 Jan 15]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258738>
66. United Nations [Internet]. Report of the International Conference on Population and Development. 1994 [cited 2021 Mar 16]. Available from: [https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd\\_eng\\_2.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_eng_2.pdf)
67. United Nations [Internet]. Sustainable Development: Knowledge Platform. Transforming Our World. 2015 [cited 2020 Nov 10]. Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourwor>
68. Cislighi B, Bhatia A, Li M, Lian Q, Baird S, Kayembe P, Chipeta E, Moreau C. Changes in the sexual double standard associated with sociodevelopmental factors among young adolescents in Kinshasa. *J Adolesc Health.* 2021;69(1S):S23-30.
69. Kapamadžija A, Zotović M, Ukropina S, Dobanovački D. Zdravstveno vaspitanje o

- reproduktivnom zdravlju. 2. izd. Novi Sad: Pokrajinski sekretarijat za sport i omladinu AP Vojvodine; 2013.
70. United Nations [Internet]. International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence-Informed Approach. 2018 [cited 2020 Nov 10]. Available from: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ITGSE.pdf>
  71. Ott MA, Millstein SG, Ofner S, Halpern-Felsher BL. Greater expectations: adolescents' positive motivations for sex. *Perspect Sex Reprod Health*. 2006;38(2):84-9.
  72. World Health Organization [Internet]. Violence Against Women. 2022 [cited 2019 Nov 3]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.
  73. World Health Organization. Violence Against Women – Intimate Partner and Sexual Violence Against Women. 2012 [cited 2020 Nov 30]. Available from [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77434/1/WHO\\_RHR\\_12.37\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77434/1/WHO_RHR_12.37_eng.pdf).
  74. World Health Organization [Internet]. WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women: Initial Results on Prevalence, Health Outcomes and Women's Responses / Autors: Claudia Garcia Moreno ... [et al.]. 2021 [cited 2020 Feb 18]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43309>
  75. Willis M, Marcantonio TL. Sexual consent norms in a cross-sectional national sample of the UK. *J Public Health*. In press. DOI: 10.1093/pubmed/fdab361.
  76. Centres for Disease Control and Prevention. Youth risk behavior surveillance—United States, 2017. *MMWR Surveill Summ*. 2018;67(8):1-114.
  77. Epstein M, Furlong M, Kosterman R, Bailey JA, King KM, Vasilenko S, et al. Adolescent age of sexual initiation and subsequent adult health outcomes. *Am J Public Health*. 2018;108(6):822-8.
  78. Gambadauro P, Carli V, Hadlaczky G, Sarchiapone M, Apter A, Balazs J, et al. Correlates of sexual initiation among European adolescents. *PLoS One*. 2018;13(2):e0191451.
  79. Gazendam N, Cleverley K, King N, Pickett W, Phillips SP. Individual and social determinants of early sexual activity: A study of gender-based differences using the 2018 Canadian Health Behaviour in School-aged Children Study (HBSC). *PLoS One*. 2020;15(9):e0238515.
  80. Nogueira Avelar E Silva R, Wijtzes A, van de Bongardt D, van de Looij-Jansen P, Bannink R, Raat H. Early sexual intercourse: prospective associations with adolescents physical activity and screen time. *PLoS One*. 2016;11(8):e0158648.
  81. World Health Organization [Internet]. Proposed indicators for global adolescent health measurement by the Global Action for Measurement of Adolescent health (GAMA) Advisory Group [cited 2020 Nov 30]. Available from: [https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/advisory-groups/gama/gama-list-of-indicators-draft-2-v20201020.pdf?sfvrsn=f6d00176\\_6](https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/advisory-groups/gama/gama-list-of-indicators-draft-2-v20201020.pdf?sfvrsn=f6d00176_6)
  82. Heywood W, Patrick K, Smith AA, Pitts M. Associations between early first sexual intercourse and later sexual and reproductive outcomes: A systematic review of population-based data. *Arch Sex Behav*. 2015;44(3):531-69.
  83. ICF [Internet]. The DHS Program - STAT compiler. 2019 [cited 2020 Jan 19]. Available from: <https://www.statcompiler.com/en/>
  84. World Health Organization [Internet]. Adolescent Pregnancy. 2020 [cited 2021 Jan 23]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

85. Rutgers [Internet]. Sexuality Education and Information. 2016 [cited 2020 Jan 20]. Available from: <https://rutgers.international/themes/sexuality-education-and-information/>
86. Ketting E, Friele M, Michielsen K. Evaluation of holistic sexual education: a European expert group consensus agreement. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2016;21(1):68-80.
87. Ketting E, Brockschmidt L, Ivanova O. Investigating the 'C' in CSE: implementation and effectiveness of comprehensive sexuality education in the WHO European region. *Sex Educ*. 2020;21(2):133-47.
88. Global Public Health [Internet]. Vanwesenbeeck I. Comprehensive Sexuality Education. 2020 [cited 2022 Jan 13]. Available from: <https://oxfordre.com/publichealth/view/10.1093/acrefore/9780190632366.001.0001/acrefore-9780190632366-e-205>
89. WHO Regional Office for Europe and BZgA. Standards for sexuality education in Europe: A framework for policy makers, education and health authorities and specialists. Cologne: BZgA; 2010.
90. WHO. Regional Office for Europe and BZgA [Internet]. Standards for sexuality education in Europe. Guidance for implementation. [cited 2021 Jan 20]. Available from: [https://www.schulpsychologie.at/fileadmin/user\\_upload/Guidance\\_for\\_implementation.pdf](https://www.schulpsychologie.at/fileadmin/user_upload/Guidance_for_implementation.pdf)
91. Hague F, Miedema EAJ, Le MML. Understanding the “comprehensive” in comprehensive sexuality education: a literature review. Amsterdam: University of Amsterdam; 2017.
92. Fonner VA, Armstrong KS, Kennedy CE, O'Reilly KR, Sweat MD. School based sex education and HIV prevention in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2014;9(3):e89692.
93. Kirby D. Emerging Answers, 2007: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy and Sexually Transmitted Diseases. 2007 [cited 2021 Mar 2]. Available from: <https://powertodecide.org/sites/default/files/resources/primary-download/emerging-answers.pdf>
94. UNESCO [Internet]. Review of the Evidence on Sexuality Education: Report to Inform the Update of the UNESCO International Technical Guidance on Sexuality Education. 2018 [cited 2021 Mar 16]. Available from: <https://healtheducationresources.unesco.org/library/documents/review-evidence-sexuality-education-report-inform-update-unesco-international>
95. Publication Office of the European Union [Internet]. Sexuality Education Across the European Union: an overview. 2021 [cited 2021 Jan 28]. Available from: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/5724b7d8-764f-11eb-9ac9-01aa75ed71a1>
96. Republika Srbija. Ministarstvo zdravlja - Institut za javno zdravlje Srbije "Milan Jovanović Batut". Istraživanje zdravlja stanovništva Srbije 2019. Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije "Milan Jovanović Batut"; 2019.
97. Kisić Tepavčević D, Sterić M, Kisić V, Popović A, Pekmezović T. Knowledge, attitudes and behaviour of adolescents about reproductive health at Belgrade territory. *Srp Arch Celok Lek*. 2010;138(3-4):214-8.
98. Rasević M, Sedlecki K. Sexual and reproductive behaviour of young female Internet users in Serbia. *Srp Arch Celok Lek*. 2013;141(9-10):653-8.

99. Republika Srbija. Ministarstvo zdravlja - Institut za javno zdravlje Srbije "Milan Jovanović Batut". Rezultati istraživanja ponašanja u vezi sa zdravljem kod dece školskog uzrasta u Republici Srbiji 2018 godine. Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije "Milan Jovanović Batut"; 2019.
100. Rašević M. Srbija dvadeset godina posle Kairske konferencije: Ima li napretka u sferi reproduktivnog zdravlja? Zbornik Matice srpske za društvene nauke. 2013;144:413-28.
101. Pokrajinski zaštitnik građana - Ombudsman [Internet]. Maloletničke trudnoće i porođaji na teritoriji AP Vojvodine. 2021 [cited 2022 May 28]. Available from: <https://www.ombudsmanapv.org/riv/attachments/article/2398/Maloletnicke%20trudnoce%20-%20izvestaj.pdf>
102. Pravno informacioni sistem Republike Srbije [Internet]. Strategija za prevenciju i kontrolu HIV infekcije i AIDS-a u Republici Srbiji, 2018–2025. godine: 61/2018-92. 2018 [cited 2019 May 19]. Available from: <https://www.pravno-informacioni-sistem.rs/SlGlasnikPortal/eli/rep/sgrs/vlada/%20%20%20strategija/2018/61/%202/re g>
103. Mijatovic Jovanovic V, Ukropina S, Kvirgic S, Surkovic-Niciforovic O. Sexual behaviour of adolescents. *Med Pregl.* 2004;57(3-4):116-9.
104. Bogavac Lj, Otašević S, Cucić V, Popadić D. Prva nacionalna studija o društvenom problemu seksualnog zlostavljanja dece u Republici Srbiji – kratak preliminarni izveštaj. Beograd: Incest Trauma Centar; 2015.
105. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [Internet]. ESPAD Report 2019 – Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. 2019 [cited 2020 May 19]. Available from: [https://www.emcdda.europa.eu/publications/joint-publications/espac-report-2019\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/joint-publications/espac-report-2019_en)
106. Kapamadzija A, Vejnovic T, Novakov Mikic A, Vukelic J, Kopitovic V, Bjelica A. Sexual knowledge, attitudes and practice of adolescents in Northern Serbia-are we making any progress? Follow up study 2000-2008. *J Reprod Med Endocrinol.* 2010;7(Spec issue 1):106-11.
107. Mijatović Jovanović V. Seksualno ponašanje adolescenata [specijalistički rad]. Novi Sad: Medicinski fakultet; 2002.
108. Korać Mandić D. Pristup adolescenata informacijama o seksualnom i reproduktivnom zdravlju. 2. izd. Novi Sad: Novosadski humanitarni centar; 2019.
109. Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja [Internet]. Plan realizacije nastave za osnovnu školu. 2022 [cited 2022 Jan 30]. Available from: <https://zuov.gov.rs/plan-realizacije-nastave-os-skolska-2021-22-godina/>.
110. UNICEF Srbija [Internet]. Situaciona analiza dece i adolescenata u Srbiji 2019. 2020 [cited 2022 Jan 10]. Available from: <https://www.unicef.org/serbia/publikacije/situaciona-analiza-dece-i-adolescenata-u-srbiji>
111. Dom zdravlja Novi Sad [Internet]. Početak rada Gradskog centra za unapređenje reproduktivnog zdravlja. 2021 [cited 2021 Jan 30]. Available from: <https://dzns.rs/pocetak-rada-gradskog-centara-za-unapredjenje-reproduktivnog-zdravlja/>.
112. Vlada Republike Srbije. Strategija za rodnu ravnopravnost za period 2021. do 2030. godine, "Službeni glasnik Republike Srbije, br. 103/2021.
113. Vlada Republike Srbije. Uredba o nacionalnom programu očuvanja i unapređenja

- seksualnog i reproduktivnog zdravlja građana Republike Srbije, Službeni glasnik Republike Srbije br. 120/2017.
114. Vlada Republike Srbije. Uredba o Nacionalnom programu zdravstvene zaštite žena, dece i omladine. Službeni glasnik Republike br. 28/2009.
  115. Institut za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović Batut". Zdravstveno statistički godišnjak Republike Srbije 2020. godine. Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović Batut"; 2020.
  116. Simić S, Babić M, Bjegović Mikanović V, Vuković D. Socijalna medicina: udžbenik za studente medicine. 1. izd. Beograd: Medicinski fakultet; 2012.
  117. Green L, Kreuter M. Health promotion planning: an educational and environmental approach. Palo Alto: Mayfield Publishing; 1991. p. 20.
  118. Sharma M. Theoretical foundations of health education and health promotion. 3rd ed. Burlington: Jones and Bartlet Learning; 2016.
  119. Ukropina S. Promocija zdravlja. Definicije i ciljevi zdravstvenog vaspitanja. U: Jevtić M, Ač Nikolić E, urednice. Javno zdravlje za studente stomatologije. Novi Sad: Medicinski fakultet; 2012. str. 25.
  120. Koelen MA, van den Ban A. Health education and health promotion. Wageningen: Wageningen Academic Publishers; 2004.
  121. United Nations [Internet]. International Technical Guidance on Sexuality Education. 2009 [cited 2020 Jan 30]. Available from: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000183281>
  122. Goldfarb ES, Lieberman LD. Three decades of research: the case for comprehensive sex education. *J Adolesc Health*. 2021;68(1):13-27.
  123. Population Council [Internet]. It's All One Curriculum. Guidelines for a Unified Approach to Sexuality, Gender, HIV, and Human Rights Education. 2009 [cited 2020 Jan 30]. Available from: [https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2011PGY\\_ItsAllOneGuidelines\\_en.pdf](https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2011PGY_ItsAllOneGuidelines_en.pdf)
  124. Population Council [Internet]. It's All One Curriculum. Activities for a Unified Approach to Sexuality, Gender, Hiv, and Human Rights Education. 2009 [cited 2020 Jan 30]. Available from: [https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2011PGY\\_ItsAllOneActivities\\_en.pdf](https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2011PGY_ItsAllOneActivities_en.pdf)
  125. Research to Prevention [Internet]. Peer Education – Rigorous Evidence, Usable Results; 2010 [cited 2018 Jun 4]. Available from: <https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/research-to-prevention/publications/peereducation.pdf>
  126. Siddiqui M, Kataria I, Watson K, Chandra-Mouli V. A systematic review of the evidence on peer education programmes for promoting the sexual and reproductive health of young people in India. *Sex Reprod Health Matters*. 2020; 28(1):1741494.
  127. Bonell C, Bennett R, Oakley A. Sexual health interventions should be subject to experimental evaluation. In: Stephenson JM, Imrie J, Bonell C, editors. *Effective sexual health interventions: Issues in experimental evaluation*. Oxford: Oxford University Press; 2003. p. 3-16.
  128. Nutbeam D, Bauman A. *Evaluation in a nutshell: a practical guide to the evaluation of health promotion programs*. Sidney: McGraw-Hill; 2004.
  129. Linnan L, Steckler A. Process evaluation for public health Interventions and research: an overview. In: Steckler A, Linnan L, editors. *Process evaluation for public health interventions and research*. San Francisco: Jossey Bass; 2002. p. 1-24.

130. Laga M, Rugg D, Peersman G, Ainsworth M. Evaluating HIV prevention effectiveness: the perfect as the enemy of the good. *AIDS*. 2012;26(7):779-83.
131. Harris AD, McGregor JC, Perencevich EN, Furuno JP, Zhu J, Peterson DE, et al. The use and interpretation of quasi-experimental studies in medical informatics. *J Am Med Inform Assoc*. 2006;13(1):16-23.
132. Kirby DB, Laris BA, Roller LA. Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *J Adolesc Health*. 2007;40(3):206-17.
133. Haberland N., Rogow D. Sexuality education: emerging trends in evidence and practice. *J Adolesc Health*. 2015;56(1 Suppl):S15-21.
134. UNESCO [Internet]. Sexuality Education Review and Assessment Tool (SERAT). 2020 [[cited 2020 May 20]. Available from: <https://healtheducationresources.unesco.org/library/documents/sexuality-education-review-and-assessment-tool-serat>
135. Mirzazadeh A, Biggs MA, Viitanen A, Horvath H, Wang LY, Dunville R, et al. Do school-based programs prevent HIV and other sexually transmitted infections in adolescents? A systematic review and meta-analysis. *Prev Sci*. 2018;19(4):490-506.
136. Ivanova O, Rai M, Michielsen K, Dias S. How sexuality education programs have been evaluated in low-and lower-middle-income countries? A systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(21):8183.
137. Cook TD, Campbell DT. Quasi-experimentation: Design and analysis issues for field settings. Boston: Houghton-Mifflin; 1979.
138. Haberland NA. The case for addressing gender and power in sexuality and HIV education: a comprehensive review of evaluation studies. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2015;41(1):31-42.
139. Rogow D, Haberland N, del Valle AE, Lee N, Osakue G, Sa Z, et al. Integrating gender and rights into sexuality education: field reports on using It's All One. *Reprod Health Matters*. 2013;21(41):154-66.
140. Espada JP, Morales A, Orgilés M, Jemmott JB, Jemmott LS. Short-term evaluation of a skills-development sexual education program for Spanish adolescents compared with a well-established program. *J Adolesc Health*. 2015;56:30-7.
141. Gómez-Lugo M, Morales A, Saavedra-Roa A, Niebles-Charris J, Abello-Luque D, Marchal-Bertrand L, et al. Effects of a sexual risk-reduction intervention for teenagers: a cluster-randomized control trial. *AIDS Behav*. 2022;26(7):2446-58.
142. Villarruel AM, Jemmott JB, III, Jemmott LS. A randomized controlled trial testing an HIV prevention intervention for Latino youth. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006;160(11):772-7.
143. García-Vázquez J, Quintó L, Agulló-Tomás E. Impact of a sex education programme in terms of knowledge, attitudes and sexual behaviour among adolescents in Asturias (Spain). *Glob Health Promot*. 2020;27(3):122-30.
144. Albarracín D, Durantini MR, Earl A. Empirical and theoretical conclusions of an analysis of outcomes of HIV-prevention interventions. *Curr Dir Psychol Sci*. 2006;15(2):73-8.
145. Durantini MR, Albarracín D, Mitchell AL, Earl AN, Gillette JC. Conceptualizing the influence of social agents of behavior change: A meta-analysis of the effectiveness of HIV-prevention interventionists for different groups. *Psychol Bull*. 2006;132(2):212.
146. Morales A, Espada JP, Orgilés M, Escribano S, Johnson BT, Lightfoot M.



- Interventions to reduce risk for sexually transmitted infections in adolescents: a meta-analysis of trials, 2008-2016. *PLoS One*. 2018;13(6):e0199421.
147. Coyle K, Anderson P, Laris BA, Barrett M, Unti T, Baumler E. A group randomized trial evaluating high school FLASH, a comprehensive sexual health curriculum. *J Adolesc Health*. 2021;68(4):686-95.
  148. Morales A, Espada JP, Orgilés M, Secades-Villa R, Remor E. The short-term impact of peers as co-facilitators of an HIV prevention programme for adolescents: A cluster randomised controlled trial. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2014;19(5):379-91.
  149. Escribano S, Espada JP, Morales A, Orgilés M. Mediation analysis of an effective sexual health promotion intervention for Spanish adolescents. *AIDS Behav*. 2015;19(10):1850-9.
  150. Espada JP, Escribano S, Morales A, Orgilés M. Two-year follow-up of a sexual health promotion program for Spanish adolescents. *Eval Health Prof*. 2017;40(4):483-504.
  151. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. Compendium of Evidence-Based Interventions and Best Practices for HIV Prevention. 2022 [cited 2020 Jul 26]. Available from: <https://www.cdc.gov/hiv/research/interventionresearch/compendium/index.html>
  152. Fisher JD, Fisher WA. Changing AIDS-risk behavior. *Psychol Bull*. 1992;111(3):455-74.
  153. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977;84(2):191-215.
  154. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Dec*. 1991;50(2):179-211.
  155. Morales A, Garcia-Montaña E, Barrios-Ortega C, Niebles-Charris J, Garcia-Roncallo P, Abello-Luque D, et al. Adaptation of an effective school-based sexual health promotion program for youth in Colombia. *Soc Sci Med*. 2019;222:207-15.
  156. Coyle K, Basen-Engquist K, Kirby D, Parcel G, Banspach S, Collins J, et al. Safer choices: reducing teen pregnancy, HIV, and STDs. *Public Health Rep*. 2001;116(Suppl 1):S82-93.
  157. Kirby DB, Baumler E, Coyle KK, Basen-Engquist K, Parcel GS, Harrist R, et al. The "Safer Choices" intervention: its impact on the sexual behaviors of different subgroups of high school students. *J Adolesc Health*. 2004;35(6):442-52.
  158. Widman L, Choukas-Bradley S, Noar SM, Nesi J, Garrett K. Parent-adolescent sexual communication and adolescent safer sex behaviour: a meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2016;170(1):52-61.
  159. Van de Bongardt D, De Graaf H, Reitz E, Dekovic M. Parents as moderators of longitudinal associations between sexual peer norms and Dutch adolescents' sexual initiation and intention. *J Adolesc Health*. 2014;55:388-93.
  160. Bonafide KE, Vanable PA, Carey MP. The association between African American parent-child sex communication and adolescent condomless sex. *AIDS Behav*. 2020;24(3):847-53.
  161. Silva RNA, Raat H, Reitz E, Plat M, Deković M, Van De Bongardt D. Longitudinal associations between sexual communication with friends and sexual behaviors through perceived sexual peer norms. *J Sex Res*. 2020;57(9):1156-65.
  162. Puharić D, Borovac JA, Petrov B. Attitudes of adolescents towards sexual health in three cities from Croatia and Bosnia and Herzegovina. *Int Nurs Rev*. 2015;62(3):294-302.

163. Rada C. Sexual behaviour and sexual and reproductive health education: a cross-sectional study in Romania. *Reprod Health*. 2014;11:48.
164. Martinović I, Kim SU, Stanarević Katavić S. Study of health information needs among adolescents in Croatia shows distinct gender differences in information seeking behaviour. *Health Info Libr J*. In press. DOI: 10.1111/hir.12369
165. Kashefi F, Bakhtiari A, Pasha H, Amiri FN, Bakouei F. Student attitudes about reproductive health in public universities: a cross-sectional study. *Int Q Community Health Educ*. 2021;41(2):133-42.
166. Scull TM, Malik CV, Morrison A, Keefe EM. Study protocol for a randomized controlled trial to evaluate a web-based comprehensive sexual health and media literacy education program for high school students. *Trials*. 2020;21(1):50.
167. Jarrett C, Dadich A, Robards F, Bennett D. 'Adolescence is difficult, some kids are difficult': general practitioner perceptions of working with young people. *Aust J Prim Health*. 2011;17(1):54-9.
168. Institut za javno zdravlje Vojvodine. *Zdravstveno stanje stanovništva AP Vojvodine, 2018. godine*. Novi Sad: Institut za javno zdravlje Vojvodine; 2019.
169. Cook HD. *Examining the effects of sex education on young adults' sexual behaviors and health [dissertation]*. San Marcos: Texas State University; 2017.
170. Grossman JM, Jenkins LJ, Richer AM. Parents' perspectives on family sexuality communication from middle school to high school. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(1):107.
171. Constantine NA, Jerman P, Berglas NF. Short-term effects of a rights-based sexuality education curriculum for high-school students: a cluster-randomized trial. *BMC Public Health*. 2015;15:293.
172. Ayu SM, Sofiana L, Wibowo M, Gustiana E, Setiawan A. Predisposing, enabling and reinforcing factors of premarital sex behavior in school adolescents. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 2019;15(1):29-38.
173. Okunola DA, Alawode OA, Ajayi AI. Association between sexual and reproductive health knowledge and protective sexual behaviors among young women in Nigeria. medRxiv. In press. DOI: 10.1101/2022.02.16.22271074.
174. Swenson RR, Rizzo CJ, Brown LK, Vanable PA, Carey MP, Valois RF, DiClemente RJ, Romer D. HIV knowledge and its contribution to sexual health behaviors of low-income African American adolescents. *J Natl Med Assoc*. 2010;102(12):1173-82.
175. Kemigisha E, Bruce K, Ivanova O. Evaluation of a school based comprehensive sexuality education program among very young adolescents in rural Uganda. *BMC Public Health*. 2019;19:1393.
176. Harper GW, Muthigani A, Neubauer LC, Simiyu D, Murphy AG, Ruto J, et al. The development and evaluation of a national school-based HIV prevention intervention for primary school children in Kenya. *J HIV AIDS*. 2018;4(1):10.16966/2380-5536.150.
177. Ma X, Yang Y, Chow KM, Zang Y. Chinese adolescents' sexual and reproductive health education: A quasi-experimental study. *Public Health Nurs*. 2022;39(1):116-125.
178. Peskin MF, Shegog R, Markham CM, Thiel M, Baumler ER, Addy RC, et al. It's your game-tech: a computer-based sexual health education program for middle school youth. *J Adolesc Health*. 2015;56(5):515-21.
179. Phongluxa K, Langeslag G, Jat TR, Kounnavong S, Khan MA, Essink DR. Factors

- influencing sexual and reproductive health among adolescents in Lao PDR. *Glob Health Action*. 2020;13(Suppl 2):S1791426.
180. Morales A, Vallejo-Medina P, Abello-Luque D. Sexual risk among Colombian adolescents: knowledge, attitudes, normative beliefs, perceived control, intention, and sexual behavior. *BMC Public Health*. 2018;18:1377.
  181. Brunelli L, Bravo G, Romanese F, Righini M, Lesa L, De Odorico A, et al. Sexual and reproductive health-related knowledge, attitudes and support network of Italian adolescents. *Public Health Pract*. 2022;3:100253.
  182. Raspberry CN, Young E, Szucs LE, Murray C, Sheremenko G, Parker JT, Roberts G, Lesesne CA. Increases in student knowledge and protective behaviors following enhanced supports for sexual health education in a large, urban school district. *J Adolesc Health*. 2022;70(4):588-97.
  183. Sultana T, Chowdhury HA, Akter J. A comparative study on knowledge about reproductive health among urban and rural women of Bangladesh. *J Family Reprod Health*. 2015;9(1):35-40.
  184. Folayan MO, Adebajo S, Adeyemi A, Ogungbemi KM. Differences in sexual practices, sexual behavior and HIV risk profile between adolescents and young persons in rural and urban Nigeria. *PLoS One*. 2015;10(7):e0129106.
  185. Häggström-Nordin E, Borneskog C, Eriksson M, Tydén T. Sexual behaviour and contraceptive use among Swedish high school students in two cities: comparisons between genders, study programmes, and over time. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2011;16(1):36-46.
  186. Holmberg LI, Hellberg D. Health, health-compromising behavior, risk-taking behavior and sexuality in female and male high school students in vocational compared with theoretical programs in Sweden. *Int J Adolesc Med Health*. 2007;19:459-72.
  187. Poirier MJP, Grepin KA, Grignon M. Approaches and alternatives to the wealth index to measure socioeconomic status using survey data: a critical interpretative synthesis. *Soc Indic Res*. 2020;148:1-46.
  188. Lee RLT, Loke AY, Hung TTM, Sobel H. A systematic review on identifying risk factors associated with early sexual debut and coerced sex among adolescents and young people in communities. *J Clin Nurs*. 2018;27(3-4):478-501.
  189. Hale DR, Viner RM. The Correlates and course of multiple health risk behaviour in adolescence. *BMC Public Health*. 2016;16:458.
  190. Gonçalves H, Machado EC, Soares AL, Camargo-Figuera FA, Seering LM, Mesenburg MA, et al. Sexual initiation among adolescents (10 to 14 years old) and health behaviors. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(1):25-41.
  191. Doyle AM, Weiss HA, Maganja K, Kapiga S, McCormack S, Watson-Jones D, et al. The long-term impact of the MEMA kwa Vijana adolescent sexual and reproductive health intervention: effect of dose and time since intervention exposure. *PLoS One*. 2011;6(9):e24866.
  192. Benton AD, Nason E, Lewis C, Vinklerek A, Santana A. Dose matters in evaluation of a school-based adolescent sexual health education program. *J Sch Health*. In press. DOI: 10.1111/josh.13158.
  193. de Castro F, Rojas-Martínez R, Villalobos-Hernández A, Allen-Leigh B, Breverman-Bronstein A, Billings DL, et al. Sexual and reproductive health outcomes are positively associated with comprehensive sexual education exposure in Mexican high-school students. *PLoS One*. 2018;13(3):e0193780.

194. Rijdsdijk EL, Lie R, Bos AER, Leerlooijer JN, Kok G. Sexual and reproductive health and rights: Implications for comprehensive sex education among young people in Uganda. *Sex Education*. 2013;13(4):409-22.
195. Fisher TD, Davis CM, Yarber L. *Handbook of sexuality-related measures*. 3rd ed. New York: Routledge; 2013.
196. Guzzo KB, Hayford SR. Adolescent reproductive and contraceptive knowledge and attitudes and adult contraceptive behavior. *Matern Child Health J*. 2018;22(1):32-40.
197. Morokoff PJ, Quina K, Harlow LL, Whitmire L, Grimley DM, Gibson PR, et al. Sexual Assertiveness Scale (SAS) for women: development and validation. *J Pers Soc Psychol*. 1997;73(4):790-804.
198. Darden MC, Ehman AC, Lair EC, Gross AM. Sexual compliance: Examining the relationships among sexual want, sexual consent, and sexual assertiveness. *Sex Cult*. 2019;23(1):220-35.
199. van Lankveld J, van den Eijnden R, Emmerink P, Ter Bogt T, Pat-El R, Vanwesenbeeck I. An indirect measure of implicit sexual assertiveness: reliability and validity of the sexual assertiveness IAT in young adults in the Netherlands. *J Sex Marital Ther*. 2022;20:1-13.
200. Krugu JK, Mevissen FEF, Van Breukelen G, Ruiter RA. SPEEK: Effect evaluation of a Ghanaian school-based and peer-led sexual education programme. *Health Educ Res*. 2018;33(4):292-314.
201. King County [Internet]. About the FLASH curriculum. 2021 [cited 2021 Dec 23]. Available from: <https://kingcounty.gov/depts/health/locations/family-planning/education/FLASH/about-FLASH.aspx>
202. Rahman AA, Rahman RA, Ismail SB, Ibrahim MI, Ali SH, Salleh H, Wan Muda WA. Factors associated with attitude toward premarital sexual activities among school-going adolescents in Kelantan, Malaysia. *Asia Pac J Public Health*. 2015;27(2):NP1549-56.
203. Lammers J, Stoker JI. Power affects sexual assertiveness and sexual esteem equally in women and men. *Arch Sex Behav*. 2019;48(2):645-52.
204. Alves JSA, da Gama SGN, Viana MCM, Martinelli KG, Neto ETS. Socioeconomic characteristics influence attitudes towards sexuality in adolescents. *J Hum Growth Dev*. 2021;31(1):101-15.
205. Mahmutovic Vranic S, Aljicevic M, Segalo S, Joguncic A. Knowledge and attitudes of sexually transmitted infections among high school students in Sarajevo. *Acta Med Acad*. 2019;48(2):147-58.
206. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. Szucs LE, Lowry R, Fasula AM. Condom and Contraceptive Use Among Sexually Active High School Students - Youth Risk Behavior Survey, United States, 2019. 2020 [cited 2021 Sep 16]. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/su/su6901a2.htm>.
207. Borneskog C, Häggström-Nordin E, Stenhammar C, Tydén T, Iliadis SI. Changes in sexual behavior among high-school students over a 40-year period. *Sci Rep*. 2021;11(1):13963.
208. Sámano R, Martínez-Rojano H, Chico-Barba G. Sociodemographic factors associated with the knowledge and use of birth control methods in adolescents before and after pregnancy. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(6):1022.
209. Puente D, Zabaleta E, Rodríguez-Blanco T, Cabanas M, Monteagudo M, Pueyo MJ,

- et al. Gender differences in sexual risk behaviour among adolescents in Catalonia, Spain. *Gac Sanit.* 2011;25:13-9.
210. World Health Organization [Internet]. Spotlight on Adolescent Health and Well-Being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 1. Key findings. 2020 [cited 2022 Feb 16]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332091/9789289055000-eng.pdf?sequence=1>
211. World Health Organization [Internet]. Growing up Unequal: Gender and Socioeconomic Differences in Young People's Health and Well-Being. 2016 [cited 2016 Feb 16]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326320/9789289051361-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
212. Hodžić A, Bijelić N. Značaj roda u stavovima i seksualnom ponašanju adolescenata i adolescentica: izvještaj istraživanja muškarci, žene i seksualnost. Zagreb: CESI; 2003.
213. Wight D. The Effectiveness of school based sex education: what do rigorous evaluations in Britain tell us? *J Educ Health.* 2011;29:67-73.
214. Salam RA, Faqqah A, Sajjad N, Lassi ZS, Das JK, Kaufman M, et al. Improving adolescent sexual and reproductive health: a systematic review of potential interventions. *J Adolesc Health.* 2016;59(4):11-28.
215. Vlada Republike Srbije. Porodični zakon. Službeni glasnik Republike Srbije br. 18/2005, 72/2011 i 6/2015.
216. Haghdoost A, Abazari F, Abbaszadeh A, Dortaj Rabori E. Family and the risky behaviors of high school students. *Iran Red Crescent Med J.* 2014;16(10):e15931.
217. Mancini JA, Huebner AJ. Adolescent risk behavior patterns: Effects of structured time-use, interpersonal connections, self-system characteristics, and socio-demographic influences. *Child Adolesc Soc Work J.* 2004;21(6):647-68.
218. Isaksson J, Westermark C, Kuposov RA, Stickley A, Ruchkin V. Risky sexual behaviour among Russian adolescents: association with internalizing and externalizing symptoms. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2021;15(1):40.
219. Durbin M, DiClemente RJ, Siegel D, Krasnovsky F, Lazarus N, Camacho T. Factors associated with multiple sex partners among junior high school students. *J Adolesc Health.* 1993;14:202-7.
220. Ali MM, Merdad L, Bellizzi S. Socioeconomic variations in risky sexual behavior among adolescents in 14 sub-Saharan Africa countries who report ever having had sex. *Int J Equity Health.* 2021;20(1):11.
221. Morales A, Espada JP, Orgilés A. 1-year follow-up evaluation of a sexual-health education program for Spanish adolescents compared with a well-established program. *Eur J Public Health.* 2016;26(1):35-41.
222. Espada JP, Morales A, Guillén-Riquelme A. Predicting condom use in adolescents: a test of three socio-cognitive models using a structural equation modeling approach. *BMC Public Health.* 2015;16:35.
223. Albarracín D, Johnson BT, Fishbein M, Muellerleile PA. Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: a meta-analysis. *Psychol Bull.* 2001;127:142.
224. Petersen JL, Hyde JS. Gender differences in sexual attitudes and behaviors: a review of meta-analytic results and large datasets. *J Sex Res.* 2011;48:149.

225. Borges ALV, Fujimori E, Kuschnir MCC, Chofakian CBN, Moraes AJP, Azevedo GD. ERICA: início da vida sexual e contracepção em adolescentes brasileiros. *Rev Saude Publica*. 2016;50:15.
226. Hallit S, Obeid S, Sacre H, Salameh P. Factors associated with sexual intercourse initiation: a retrospective cohort of Lebanese adolescents in schools. *Arch Pediatr*. 2021;28(8):652-7.
227. França MTA, Frio GS. Factors associated with family, school and behavioral characteristics on sexual initiation: a gender analysis for Brazilian adolescents. *PLoS One*. 2018;13(12):e0208542.
228. Lammers C, Ireland M, Resnick M, Blum R. Influences on adolescents' decision to postpone onset of sexual intercourse: a survival analysis of virginity among youths aged 13 to 18 years. *J Adolesc Health*. 2000;26(1):42-8.
229. Vuković D, Bjegović V. Povezanost socijalno ekonomskog statusa i seksualnog ponašanja adolescenata. *Srp Arh Celok Lek*. 2007;135(5-6):321-5.
230. Janis JA, Ahrens KA, Ziller EC. Female age at first sexual intercourse by rural-urban residence and birth cohort. *Womens Health Issues*. 2019;29(6):489-98.
231. Tomašević T, Mijatovic Jovanovic V, Ukropina S, Milijasevic D, Brkic Jovanovic N. Seksualno ponašanje adolescenata uzrasta od 15-19 godina u Vojvodini. *Pedagoška stvarnost*. 2017;63(1):16-26.
232. Krauss H, Bogdański P, Szulińska M. Sexual initiation of youths in selected European countries compared with their sexual and contraceptive knowledge. *Ann Agric Environ Med*. 2012;19(3):587-92.
233. Bartholomew R, Kerry-Barnard S, Beckley-Hoelscher N, Phillips R, Reid F, Fleming C, et al. Alcohol use, cigarette smoking, vaping and number of sexual partners: A cross-sectional study of sexually active, ethnically diverse, inner city adolescents. *Health Expect*. 2021;24(3):1009-14.
234. Thompson EL, Mahony H, Noble C, Wang W, Ziemba R, Malmi M, et al. Rural and urban differences in sexual behaviors among adolescents in Florida. *J Community Health*. 2018;43(2):268-72.
235. Kushal SA, Amin YM, Reza S, Hossain FB, Shawon SR. Regional and sex differences in the prevalence and correlates of early sexual initiation among adolescents aged 12-15 years in 50 countries. *J Adolesc Health*. In press. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2021.10.027.
236. Ross JA. Contraceptive use, access to methods, and program efforts in urban areas. *Front Glob Womens Health*. 2021;2:636581.
237. Holmström C, Plantin L, Elmerstig E. Complexities of sexual consent: young people's reasoning in a Swedish context. *Psychol Sex*. 2020;11(4):342-57.
238. Stockman JK, Lucea MB, Campbell JC. Forced sexual initiation, sexual intimate partner violence and HIV risk in women: a global review of the literature. *AIDS Behav*. 2013;17(3):832-47.
239. Mola R, Araújo RC, Oliveira JV, Cunha SB, Souza GF, Ribeiro LP, et al. Association between the number of sexual partners and alcohol consumption among schoolchildren. *J Pediatr (Rio J)*. 2017;93(2):192-9.
240. Sani GM, Treas J. Educational gradients in parents' child-care time across countries, 1965-2012. *J Marriag Fam*. 2016;78(4):1083-96.
241. Aughinbaugh A, Gittleman M. Maternal employment and adolescent risky behavior. *J Health Econ*. 2004;23(4):815-38.

242. Elliott GC, Avery R, Fishman E, Hoshiko B. The encounter with family violence and risky sexual activity among young adolescent females. *Violence Vict.* 2002;17(5):569-92.
243. Bonino S, Cattelino E, Ciairano S. *Adolescents and risk: behaviours, functions, and protective factors.* London: Springer Verlag; 2005.
244. Bradley BJ, Greene AC. Do health and education agencies in the United States share responsibility for academic achievement and health? A review of 25 years of evidence about the relationship of adolescents' academic achievement and health behaviors. *J Adolesc Health.* 2013;52(5):523-32.
245. Markham CM, Peskin MF, Shegog R, Baumler ER, Addy RC, Thiel M, et al. Behavioral and psychosocial effects of two middle school sexual health education programs at tenth-grade follow-up. *J Adolesc Health.* 2014;54(2):151-9.
246. Perera UAP, Abeysena C. Prevalence and associated factors of risky sexual behaviors among undergraduate students in state universities of Western Province in Sri Lanka: a descriptive cross sectional study. *Reprod Health.* 2018;15:105.
247. Choudhry V, Agardh A, Stafström M, Östergren PO. Patterns of alcohol consumption and risky sexual behavior: a cross-sectional study among Ugandan university students. *BMC Public Health.* 2014;14:128.
248. Reis LF, Surkan PJ, Valente JY, Bertolla MHSM, Sanchez ZM. Factors associated with early sexual initiation and unsafe sex in adolescents: Substance use and parenting style. *J Adolesc.* 2020;79:128-135.
249. Dei LA Jr. The efficacy of HIV and sex education interventions among youths in developing countries: a review. *Public Health Res.* 2016;6(1):1-17.
250. Morales A, Espada JP, Orgilés M, Secades-Villa R, Remor E. The short-term impact of peers as co-facilitators of an HIV prevention programme for adolescents: a cluster randomised controlled trial. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2014;19(5):379-91.
251. Borgia P, Marinacci C, Schifano P, Perucci CA. Is peer education the best approach for HIV prevention in schools? Findings from a randomized controlled trial. *J Adolesc Health.* 2005;36(6):508-16.
252. Wong T, Pharr JR, Bungum T, Coughenour C, Lough NL. Effects of peer sexual health education on college campuses: a systematic review. *Health Promot Pract.* 2019;20(5):652-66.
253. Republic of Namibia [Internet]. Country Level Sexuality Education Review and Assessment (SERAT). 2015 [cited 2017 Dec 5]. Available from: [https://cse-learning-platform-unesco.org/system/files/digital-library-files/Final%20Namibia%20SERAT%20Narrative%20Country%20Report%20\\_DW%2021%20Oct%202015.pdf](https://cse-learning-platform-unesco.org/system/files/digital-library-files/Final%20Namibia%20SERAT%20Narrative%20Country%20Report%20_DW%2021%20Oct%202015.pdf)
254. UNESCO [Internet]. Zambia country level SERAT review report. 2015 [cited 2017 Dec 5]. Available from: <https://healtheducationresources.unesco.org/library/documents/zambia-country-level-serat-review-report>
255. United Nations Population Fund [Internet]. The Evaluation of Comprehensive Sexuality Education Programmes: A Focus on the Gender and Empowerment Outcomes. 2015 [cited 2019 Dec 13]. Available from: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPAEvaluationWEB4.pdf>
256. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Mitchie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ.*

- 2008;337:979-83.
257. Durlak JA, DuPre EP. Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *Am J Community Psychol.* 2008;41(3-4):327-50.
  258. Oakley A, Strange V, Bonell C, Allen E, Stephenson J, Ripple Study Team. Process evaluation in randomised controlled trials of complex interventions. *BMJ.* 2006;332:413-6.
  259. Kann L, Olsen EO, McManus T, Harris WA, Shanklin SL, Flint KH, et al. Sexual identity, sex of sexual contacts, and health-related behaviors among students in grades 9-12 - United States and selected sites, 2015. *MMWR Surveill Summ.* 2016;65(9):1-202.
  260. Coyle KK, Glassman JR. Exploring alternative outcome measures to improve pregnancy prevention programming in younger adolescents. *Am J Public Health.* 2016;106(Suppl 1):S20-2.
  261. Bailey JA, Haggerty KP, White HR, Catalano RF. Associations between changing developmental contexts and risky sexual behavior in the two years following high school. *Arch Sex Behav.* 2011;40(5):951-960.



## 8.PRILOG

1. Standardi, teme i ciljevi seksualnog obrazovanja
2. Anketni upitnik - Reproductivno zdravlje mladih -2013/2014. godina
3. Anketni upitnici - Reproductivno zdravlje mladih -2014/2015. godina
- 4 . Anketni upitnici - Reproductivno zdravlje mladih -2015/2016. godina
5. Ocene Etičkog odbora Instituta za javno zdravlje Vojvodine
6. Informisani pristanak za učešće u istraživanju (4 ciklusa)
7. Prevod anketnog upitnika *SERAT* – Instrument za pregled i procenu programa seksualnog obrazovanja, informisani pristanak za učešće u istraživanju i dozvola za primenu *SERAT* upitnika

Vodič/ redosled tema	<i>Standardi Svetske zdravstvene oorganizacije o edukaciji u oblasti seksualnosti u Evropi - Standards for sexuality Education in Europe. A Framework for policy makers, educational and health authorities and specialist.WHO. Regional Office for Europe and BzGA Standards Federal centre for Health education, BzGA Cologne 2010</i>		<i>Međunarodno tehničko uputstvo za edukaciju o seksualnosti putem pristupa zasnovanog na dokazima, za škole učitelje i zdravstvene vaspitače „International Technical Guidance on Sexuality education,2009“</i>	
	Tema/ Ključni koncept	Specifični ciljevi učenja za adolescente 15+godina	Tema/Ključni koncept	Specifični ciljevi učenja za adolescente 15+ godina
1.	Ljudsko telo i ljudski razvoj	Pružanje informacije o psihološkim promjenama u pubertetu; Obučavanje adolescenata veštinama da identifikuju razlike između slike u medijima i realnosti; Pomoć mladima da kritički sagledavaju kulturološke norme vezane za ljudsko telo.	Odnosi i veze	Razgovor o tome kako seksualna pitanja mogu uticati na porodicu – npr. otkrivanje HIV-pozitivnog statusa, neželjena trudnoća, boravak u istopolnoj vezi; Identifikacija relevantnih zakona koji se tiču nasilnih odnosa; Objašnjenje zašto je važno osporiti diskriminaciju onih za koje se smatra da su „drugačiji“ Identifikacija fizičkih, emocionalnih, ekonomskih i obrazovnih potreba dece i definisanje obaveze roditelja.
2.	Fertilitet i reprodukcija	Pružanje informacija o trudnoći, kontracepciji i planiranju porodice; Obučavanje adolescenata da komuniciraju sa svojim partnerom, da koriste veštine pregovaranja i da donose informisane odluke u vezi sa kontracepcijom i trudnoćom; Pomaganje adolescentima da razviju adekvatne stavove prema rodnim razlikama u vezi sa fertilitetom, reprodukcijom i porođajem.	Vrednosti, stavovi i norme	Učenje veština odolevanja pritisku vršnjaka; Identifikacija pravnih, socijalnih i zdravstvenih posledica donošenja odluka o seksualnosti; Demonstriranje priznavanja potrebe za podrškom u vezi sa seksualnim i reproduktivnim zdravljem.
3.	Seksualnost	Pružanje informacija o seksualnosti, uticaju bolesti na seksualnost, o transakcijskom seksu (prostitucija i plaćanje poklonima); Obučavanje veštinama za odbijanje seksualnog odnosa (pregovaranje, odbijanje); Pomaganje adolescentima da razviju pozitivne stavove prema seksualnosti i različitim seksualnim opredeljenjima i identitetima.	Kultura, društvo i ljudska prava	Objašnjavanje pojmova ljudskih prava u vezi sa seksualnim i reproduktivnim zdravljem; Učenje kako se kritički procenjuju uticaj poruka masovnih medija i poruka o seksualnosti i seksualnim odnosima. Identifikacija načina na koje bi masovni mediji mogli da doprinesu promovisanju sigurnijeg seksualnog ponašanja i ravnopravnost polova; Razvijanje sposobnosti zalaganja za eliminaciju rodnih stereotipa; Rizična ponašanja i rodno zasnovano nasilje
4.	Emocije	Pružanje informacije o različitim emocijama; Obučavanje adolescenata kako da se nose sa zaljubljenošću, odbijanjem, nesigurnošću i ljubomorom.	Ljudski razvoj	Opisivanje seksualne i reproduktivne sposobnosti muškaraca i žena tokom životnog ciklusa; Razlikovanje reproduktivne i seksualne funkcije i želje; Opisivanje ključnih emocionalnih i fizičkih promena u pubertetu koji nastaju kao rezultat hormonalnih promena;
5.	Veze i životni stilovi	Pružanje informacija o rodnim ulogama; Razvijanje razumevanja i otvorenosti za različite životne stilove.	Seksualno ponašanje	Definisanje seksualnosti u odnosu na njene biološke, društvene, psihološke, duhovne, etičke i kulturne komponente; Definisanje ključnih elemenata seksualnog zadovoljstva i odgovornosti.
6.	Seksualnost, zdravlje i blagostanje	Pružanje informacija o rizičnom seksualnom ponašanju, higijeni tela; Obučavanje veštinama samoodbrane i veštinama kako da prijave seksualno nasilje; Pomaganje adolescentima da razviju odgovornost za zdravlje.	Seksualno i reproduktivno zdravlje	Opisivanje dostupnih metoda kontracepcije; Pokazivanje samopouzdanja u diskusiji i korišćenju različitih metoda kontracepcije; Pokazivanje veštine komunikacije i donošenja odluka; Opisivanje pojma i uzroka stigme i diskriminacije u odnosu na osobe koje žive sa HIV-om.
7.	Seksualnost i seksualna prava	Pružanje informacije o seksualnim pravima; Obučavanje adolescenata da govore o seksualnim i reproduktivnim pravima.	-	
8.	Socijalne i kulturološke determinante seksualnosti (vrednosti, norme	Pružanje informacija o standardima zajednice, uticaju vršnjačkog nasilja, medija, kulture i religije; Obučavanje adolescenata da budu svesni kulturoloških, socijalnih i istorijskih uticaja na seksualno ponašanje.	-	

Република Србија • Аутономна Покрајина Војводина  
**ПОКРАЈИНСКИ СЕКРЕТАРИЈАТ  
 ЗА СПОРТ И ОМЛАДИНУ**



21000 НОВИ САД  
 Булевар Михајла Пупина 16  
 Тел.: +381 21 487 4871  
 Факс: + 381 21 456 015  
 Е-маил: спорт@војводина.gov.rs  
 Веб адреса: [www.sio.vojvodina.gov.rs](http://www.sio.vojvodina.gov.rs)

### РЕПРОДУКТИВНО ЗДРАВЉЕ МЛАДИХ УПИТНИК

Упитник је анониман, дакле, не треба да уписујеш своје име. Молимо те да искрено одговориш на питања и да се не осећаш лоше ако ниси сигуран-сигурна да знаш праве одговоре на питања. То и јесте сврха ове анкете – да се добије увид у то колико млади твог узраста знају о темама из области репродуктивног здравља и колика је потреба за додатном едукацијом - наставом.

После наставе током годину дана, иста анкета ће бити поново спроведена и тако ће се закључити да ли је едукација била добра и на шта још треба обратити пажњу. Хвала на стрпљењу и помоћи!

1. Пол а. мушко б. женско
2. Година рођења: \_\_\_\_\_
3. Место сталног пребивалишта: \_\_\_\_\_
4. Школска спрема твојих родитеља
 

Оца	Мајке
a) Основна школа (незавршена-завршена)	a) Основна школа (незавршена-завршена)
b) Средња школа	б) Средња школа
c) Виша-висока школа	ц) Виша-висока школа
5. Како процењујеш имовно стање твоје породице?
  - a) Добро
  - b) Просечно
  - c) Лоше
  - d) Не желим да одговорим
6. Који је је био твој успех у школи на крају прошле школске године?
  - a) Одличан
  - б) Врло добар
  - ц) Добар
  - д) Довољан
  - е) Понављао/-ла сам разред
7. Уколико би имао/ла проблема у љубавној вези, коме би се могао обратити за помоћ? (можеш заокружити и више понуђених одговора)
  - a) Родитељу
  - b) Брату или сестри
  - c) Неком од чланова шире породице
  - d) Пријатељу
  - e) Наставнику
  - f) Школском психологу или педагогу
  - g) Психологу у Дому здравља
  - h) Лекару
  - i) Неком другом. Молимо те напиши коме: \_\_\_\_\_



На питања од 20 до 28, која се налазе на страни бр. 3 одговарају само они који су имали сексуалне односе. Уколико нисте имали сексуалне односе, пређите на страну бр. 4, која почиње питањем бр. 30

20. Колико година си имао/ла при првом сексуалном односу? \_\_\_\_\_
21. Број досадашњих сексуалних партнера? \_\_\_\_\_
22. Колико је трајала веза пре ступања у сексуалне односе?  
 а) Нисмо се претходно познавали  
 б) Мање од 3 месеца  
 ц) Од 3-12 месеци  
 д) Више од годину дана
23. Главни разлог за ступање у сексуалне односе (можете заокружити и више понуђених одговора)  
 а) Љубав-заљубљеност  
 б) Сексуална жеља – физичка привлачност  
 ц) Радозналост  
 д) Инсистирање партнера  
 е) Зато што је већина из мог друштва то већ искусила  
 ф) Зато што сам мислио/ла да је време за то  
 г) Био/ла сам под дејством алкохола/дрогe  
 х) Друго. Молимо те наведи шта: \_\_\_\_\_
24. Да ли при првом сексуалном односу са новим партнером користиш кондом?  
 а) Да, увек б) Да, понекад ц) Не, никад
25. Да ли си имао /ла било какав сексуални контакт са особом истог пола  
 а) Не б) Да ц) Не желим да одговорим
26. Шта сте до сада најчешће користили као заштиту током сексуалног односа? (за мушкарце се питање односи и на партнерку – шта је она користила)?  
 а) Кондом  
 б) Пилула  
 ц) Пилула за „јутро после“  
 д) Прекинути однос (ејакулација ван вагине)  
 е) Плодни дани  
 ф) Ништа  
 г) Нешто друго. Молимо те наведи шта: \_\_\_\_\_
27. Ако не користиш ефикасну заштиту или је користиш ретко, наведи главни разлог зашто?  
 а) Штетни по здравље  
 б) Није исти осећај  
 ц) Партнер се противи  
 д) Нисам размишљао/ла о последицама  
 е) Друго. Молимо те наведи шта: \_\_\_\_\_  
 ф) Нисам имао пара
28. Да ли си некада имао/ла сексуални однос и када то ниси желео/ла?  
 а) Да, једном  
 б) Да, више пута  
 ц) Не, никада
29. Ако си имао/ла сексуални однос и када ниси желео/ла, шта је био најважнији разлог томе  
 а) Жеља да угодим партнеру  
 б) Партнер је вршио притисак  
 ц) Партнер је потрошио велику количину новца за излазак, па је било очекивано да имамо секс после тога  
 д) Партнер ми је понудио новац или поклон заузврат  
 е) Због утицаја алкохола  
 ф) Нешто друго. Молимо те напиши шта: \_\_\_\_\_

На питања која следе, понуђено је 4-5 одговора, од којих је само један тачан. Молимо те да одговориш тако што ћеш заокружити само један одговор. Уколико се двоумиш између више одговора, одабери један за који мислиш да је најтачнији.

30. Уредан менструациони циклус је
- Када се менструација јавља тачно на месец дана, увек истог датума
  - Када се јавља у распону од 26-28 дана
  - Када се јавља у распону од 24-30 дана
  - Када се јавља на 28 дана +/- 7 дана
  - Не знам
31. Менструациони циклус се рачуна
- Период од последњег дана једне менструације до првог дана следеће менструације
  - Од првог дана једне до првог дана следеће менструације
  - Од последњег дана једне до последњег дана следеће
  - Од првог дана једне до последњег дана следеће
  - Не знам
32. Овулација је
- Сазревање јајне ћелије
  - Сазревање сперматозоида
  - Оплођење јајне ћелије
  - Издавање сперме приликом односа
  - Не знам
33. Пубертет се јавља
- Пре код девојчица
  - Пре код дечака
  - Истовремено код дечака и девојчица
  - Потпуно индивидуално
  - Не знам
34. Ризично понашање је
- Употреба интраутериног улошка (спирала)
  - Секс под дејством алкохола или дроге
  - Коришћење контрацептивних пилула
  - Дружење са особом која има ХИВ инфекцију
  - Не знам
35. Ефикасна метода контрацепције је
- Метода плодних дана
  - Метода прекинутог односа
  - Пилуле
  - Спермицидне креме
  - Не знам
36. Колико младих годишње добије неку сексуално преносиву инфекцију?
- 1 од 100
  - 1 од 10
  - 1 од 4
  - 1 од 2
  - Не знам
37. Сперматозоиди се код мушкараца стварају
- Од рођења до краја живота
  - Од пубертета до краја живота
  - Од пубертета до мушког климактеријума
  - Једном месечно
  - Не знам
38. Јајне ћелије се код жена стварају и сазревају
- Од рођења до краја живота
  - Од пубертета до краја живота
  - Од пубертета до климактеријума
  - Једном месечно

- e) Не знам
39. Пол детета одређује
- Женска полна ћелија
  - Мушка полна ћелија
  - Обе полне ћелије
  - Не зависи од полних ћелија
  - Не знам
40. Пилула за „јутро после“ је
- Метода редовне контрацепције
  - Служи само за хитне случајеве кад се није користила ефикасна метода контрацепције
  - Штетна је, па је не треба често користити
  - Треба да се користи после сваког незаштићеног сексуалног односа
  - Не знам
41. Контрацептивне пилуле су
- Штетне по здравље
  - Нису штетне, али их не треба користити испод 18 година
  - Нису штетне и могу их користити здраве жене од прве до последње менструације
  - Могу их користити само жене које имају уредне менструационе циклусе
  - Не знам
42. Секс под утицајем алкохола је
- Добар, јер опушта
  - Лош, јер ти је мука
  - Лош, јер постоји велика шанса да се не користи заштита
  - Добар, ако је са познатим партнером
  - Не знам
43. Кондом треба користити
- Пре ејакулације
  - Само са непознатим партнером
  - Само приликом првог секса
  - Од почетка до краја сексуалног односа
  - Не знам
44. Најчешће сексуално преносива инфекција су
- Сифилис и гонореја
  - Хламидија и ХПВ (хумани папилома вируси)
  - ХИВ
  - Гљивице
  - Не знам
45. ХИВ –ом се може заразити
- Само при хомосексуалном односу
  - Пољупцем
  - Ако особа често проводи време поред вас (друг у школи, наставник....)
  - Контактом нашег крвотока са крвљу заражене особе
  - Не знам
46. Хумани папилома вируси (ХПВ) изазивају
- Промене на грлићу материце и брадавице на полним органима
  - Појачан вагинални и пенилни секрет, са болом и сврабом
  - Стерилитет (немогућност затрудњавања)
  - Упалу јајника и тестиса
  - Не знам
47. Папаницолау тест је
- Брис са грлића материце за рано откривање карцинома грлића материце
  - Брис на степен чистоће вагиналног секрета
  - Тест на ХИВ
  - Тест на хламидије
  - Не знам

48. Хламидијом се може заразити
- У базену
  - Предметима заједничке употребе – пешкири, доњи веш, WC шоља
  - Рукама, приликом петинга
  - Само директним сексуалним контактом
  - Не знам
49. Симптоми хламидије су
- Језа, грозница, дрхтавица, повишена телесна температура
  - У већини случајева пролази без симптома
  - Обилан зелен секрет непријатног мириса
  - Израштаји на полним органима
  - Не знам
50. Абортус (прекид нежељене трудноће) је
- Потпуно безопасан
  - Изузетно опасан и често се завршава стерилитетом
  - Умерено ризичан ако се ради у најбољим условима
  - Добра метода контрацепције
  - Не знам
51. Стерилитет настаје
- Чешће због проблема код жене
  - Чешће због проблема код мушкарца
  - Једнако због проблема мушкараца и жена
  - Због наследних фактора
  - Не знам
52. Пол зависи од тога...
- Са каквим спољним гениталијама се особа роди и како изгледа околина
  - Како се особа осећа
  - Какви су хромозоми – хх, ху или .....
  - Све заједно
  - Не знам
53. Истовремена заштита од трудноће и од инфекције је
- Кондом
  - Спирала
  - Пилула
  - Спермицидна крема
  - Не знам
54. Последице сексуално преносивих инфекција НЕ могу бити:
- Хронична упала полних органа, стерилитет, карцином грлића материце
  - Болни сексуални односи и појачан вагинални секрет
  - Рађање детета са инфекцијом или оштећењима
  - Упала грла и плућа
  - Не знам
55. Силоватељ је најчешће
- Непозната особа која дочека жену на скривеном месту
  - Поремећена особа, коју је лако препознати по изгледу и понашању
  - Неко познат, из породице- отац, очух, пријатељ, бивши или садашњи момак
  - Нема правила, једнако
  - Не знам
56. Нормално у сексуалном односу је
- Само пенетрација пениса у вагину
  - Само сексуални однос са особом супротног пола
  - Оно што жели један од партнера, ако се други не противи отворено
  - Све оно што особе раде добровољно и што не чини неком физичку или психичку штету
  - Не знам

Хвала на учешћу!



--	--	--	--	--	--

(Ne popunjavati)



Republika Srbija • Autonomna Pokrajina Vojvodina

POKRAJINSKI SEKRETARIJAT  
ZA SPORT I OMLADINU

ANKETNI UPITNIK

ИНСТИТУТ ЗА  
ЈАВНО ЗДРАВЉЕ  
ВОЈВОДИНЕ

## REPRODUKTIVNO ZDRAVLJE MLADIH

Upitnik je anoniman, dakle, ne treba da upisuješ svoje ime. Molimo te da iskreno odgovoriš na pitanja i da se ne osećaš loše ako nisi siguran-sigurna da znaš prave odgovore na pitanja. To i jeste svrha ove ankete – da se dobije uvid u to koliko mladi tvog uzrasta znaju o temama iz oblasti reproduktivnog zdravlja i kolika je potreba za dodatnom edukacijom - nastavom.

Posle nastave tokom godinu dana, ista anketa će biti ponovo sprovedena i tako će se zaključiti da li je edukacija bila dobra i na šta još treba obratiti pažnju. Odgovori na pitanja se daju popunjavanjem kvadrata (ili više njih ako je tako naznačeno) ispred ponuđenih odgovora senčenjem ili krstićem. Možete koristiti i grafitne olovke kako bi izbrisali pogrešan odgovor. Hvala na strpljenju i pomoći!

1. Pol  Muško  Žensko
2. Godina rođenja: 

--	--	--	--

 (npr 1998)
3. Stan/kuća u kojoj živiš je u:  Selu  Gradu
4. Tokom radne nedelje živiš sa/u:
  - Roditeljom/-ima
  - Srednjoškolskom domu
  - Drugo
5. Školska sprema tvojih roditelja
 

Oca <input type="checkbox"/> Osnovna škola (nezavršena-završena) <input type="checkbox"/> Srednja škola <input type="checkbox"/> Viša-visoka škola <input type="checkbox"/> Nemam tu osobu	Majke <input type="checkbox"/> Osnovna škola (nezavršena-završena) <input type="checkbox"/> Srednja škola <input type="checkbox"/> Viša-visoka škola <input type="checkbox"/> Nemam tu osobu
--	--
6. Kako procenjuješ imovno stanje tvoje porodice?
  - Dobro
  - Prosečno
  - Loše
7. Koji je bio tvoj uspeh u školi na kraju prošle školske godine?
  - Odličan
  - Vrlo dobar
  - Dobar
  - Dovoljan
  - Ponavljao/-la sam razred
8. Ukoliko bi imao/la problema u ljubavnoj vezi, kome bi se mogao obratiti za pomoć? (možeš popuniti više ponuđenih odgovora)
  - Roditelju
  - Bratu ili sestri
  - Nekom od članova šire porodice
  - Prijatelju
  - Nastavniku
  - Školskom psihologu ili pedagogu
  - Psihologu u domu zdravlja
  - Lekaru
  - Nekom drugom
9. Ukoliko bi imao/la zdravstvenih problema iz oblasti reproduktivnog zdravlja, kome bi se mogao obratiti za pomoć(možeš popuniti više ponuđenih odgovora)
  - Roditelju
  - Bratu ili sestri
  - Nekom od članova šire porodice
  - Prijatelju
  - Nastavniku
  - Školskom psihologu ili pedagogu
  - Psihologu u domu zdravlja
  - Lekaru
  - Nekom drugom
10. Da li pušiš?
  - Ne
  - Da, povremeno
  - Da, svakodnevno

11. Koliko često se dešava da popiješ 5 i više alkoholnih pića u toku jedne prilike (tokom izlaska, žurke ili drugih dnevnih događaja)?
- Nikad
  - Nekoliko puta godišnje
  - Jednom mesečno
  - Jednom nedeljno
  - Dnevno ili skoro svaki dan
12. Da li koristiš neku psihoaktivnu supstancu – drogu?
- Ne
  - Probao/la sam
  - Da, povremeno
  - Da, svakodnevno
13. Navedi izvore informacija od kojih si najviše saznao/la o seksualnom životu:
- Sredstva javnog informisanja (TV, internet, časopisi, knjige....)
  - Vršnjaci
  - Roditelji
  - Partner-partnerka
  - Škola
  - Zdravstveni radnici
  - Drugo
14. Da li gledaš pornografske filmove ili posećuješ pornografske sajtove?
- Ne, nikada
  - Da, povremeno
  - Da, svakodnevno
15. Koliko ljubavnih veza koje su trajale duže od 3 meseca si do sada imao/la?
- Jednu
  - Dve
  - Tri
  - Četiri
  - Pet ili više
16. Da li si nekada imao/la seksualni odnos?
- DA
  - NE
17. Da li je u redu da devojka otvoreno kaže momku: "NE, NE ŽELIM DA IMAM SEKS", ukoliko se tako oseća?
- DA
  - NE
18. Da li je u redu da momak otvoreno kaže devojci: "NE, NE ŽELIM DA IMAM SEKS", ukoliko se tako oseća?
- DA
  - NE
19. Da li je u redu u seksualnom odnosu zahtevati od partnera da koristite zaštitu, ako se on/a protivi tome?
- DA
  - NE
20. Da li je u redu tražiti od seksualnog partnera da ispita da li ima neku polno prenosivu bolest, ukoliko sumnjate na to?
- DA
  - NE
21. Da li je u redu da devojka momku otvoreno kaže da želi da ima seks?
- DA
  - NE
22. Da li je u redu da momak devojci otvoreno kaže da želi da ima seks?
- DA
  - NE

Na pitanja koja slede, ponuđeno je 4-5 odgovora, od kojih je samo jedan tačan. Molimo te da odgovoriš tako što ćeš popuniti samo jedan odgovor. Ukoliko se dvoumiš između više odgovora, odaberi jedan za koji misliš da je najtačniji.

23. Uredan menstruacioni ciklus je:
- Kada se menstruacija javlja tačno na mesec dana, uvek istog datuma
  - Kada se javlja u rasponu od 26 do 28 dana
  - Kada se javlja u rasponu od 24 do 30 dana
  - Kada se javlja na 28 dana +- 7 dana
  - Ne znam
24. Menstruacioni ciklus se računa:
- Period od poslednjeg dana jedne menstruacije do prvog dana sledeće menstruacije
  - Od prvog dana jedne do prvog dana sledeće menstruacije
  - Od poslednjeg dana jedne do poslednjeg dana sledeće menstruacije
  - Od prvog dana jedne do poslednjeg dana sledeće menstruacije
  - Ne znam
25. Ovulacija je:
- Sazrevanje jajne ćelije
  - Sazrevanje spermatozoida
  - Oplođenje jajne ćelije
  - Izbacivanje sperme prilikom odnosa
  - Ne znam

26. Pubertet se javlja:
- Pre kod devojčica
  - Pre kod dečaka
  - Istovremeno kod dečaka i devojčica
  - Potpuno individualno
  - Ne znam
27. Rizično ponašanje je:
- Upotreba intrauterinog uloška (spirale)
  - Seks pod dejstvom alkohola ili droge
  - Korišćenje kontraceptivnih pilula
  - Druženje sa osobom koja ima HIV infekciju
  - Ne znam
28. Efikasna metoda kontracepcije je:
- Metoda plodnih dana
  - Metoda prekinutog odnosa
  - Pilule i spirala
  - Spermicidne kreme
  - Ne znam
29. Spermatozoidi se kod muškaraca stvaraju:
- Od rođenja do kraja života
  - Od puberteta do kraja života
  - Od puberteta do muškog klimakterijuma
  - Jednom mesečno
  - Ne znam
30. Jajne ćelije se kod žena stvaraju i sazrevaju:
- Od rođenja do kraja života
  - Od puberteta do kraja života
  - Od puberteta do klimakterijuma
  - Jednom mesečno
  - Ne znam
31. Pol deteta određuje:
- Samo ženska polna ćelija
  - Samo muška polna ćelija
  - Obe polne ćelije
  - Ne zavisi od polnih ćelija
  - Ne znam
32. Pilula za „jutro posle“ je:
- Metoda redovne kontracepcije
  - Može da se koristi samo 2 puta godišnje
  - Štetna je, pa je ne treba često koristiti
  - Može da se koristi posle svakog nezaštićenog seksualnog odnosa
  - Ne znam
33. Kontraceptivne pilule su:
- Štetne po zdravlje
  - Nisu štetne, ali ih ne treba koristiti ispod 18 godina
  - Nisu štetne i mogu ih koristiti zdrave žene od prve do poslednje menstruacije
  - Mogu ih koristiti samo žene koje imaju uredne menstruacione cikluse
  - Ne znam
34. Seks pod uticajem alkohola je:
- Dobar, jer opušta
  - Loš, jer ti je muka
  - Loš, jer postoji velika šansa da se ne koristi zaštita
  - Dobar, ako je sa poznatim partnerom
  - Ne znam
35. Kondom treba koristiti:
- Pre ejakulacije
  - Samo sa nepoznatim partnerom
  - Samo prilikom prvog seksa
  - Od početka do kraja seksualnog odnosa
  - Ne znam
36. Najčešće seksualno prenosiva infekcija su:
- Sifilis i gonoreja
  - Hlamidija i HPV (humani papiloma virusi)
  - HIV
  - Gljivice
  - Ne znam

37. HIV-om se može zaraziti:
- Samo pri homoseksualnom odnosu
  - Poljupcem
  - Ako osoba često provodi vreme pored vas (drug u školi, nastavnik....)
  - Kontaktom našeg krvotoka sa krvlju zaražene osobe
  - Ne znam
38. Humani papiloma virusi (HPV) izazivaju:
- Promene na grliću materice (ponekad na penisu, anusu...) i bradavice na polnim organima
  - Pojačan vaginalni i penilni sekret, sa bolom i svrabom
  - Sterilitet (nemogućnost zatrudnjivanja)
  - Upalu jajnika i testisa
  - Ne znam
39. Papanikolau test je:
- Bris sa grlića materice za rano otkrivanje karcinoma grlića materice
  - Bris na stepen čistoće vaginalnog sekreta
  - Test na HIV
  - Test na hlamidije
  - Ne znam
40. Hlamidijom se može zaraziti:
- U bazenu
  - Predmetima zajedničke upotrebe – peškiri, donji veš, WC šolja
  - Rukama, prilikom petinga
  - Samo direktnim seksualnim kontaktom
  - Ne znam
41. Simptomi hlamidije su:
- Jeza, groznica, drhtavica, povišena telesna temperatura
  - U većini slučajeva prolazi bez simptoma
  - Obilan zelen sekret neprijatnog mirisa
  - Izraštaji na polnim organima
  - Ne znam
42. Abortus (prekid neželjene trudnoće) je:
- Potpuno bezopasan
  - Izuzetno opasan i često se završava sterilitetom
  - Umereno rizičan ako se radi u najboljim uslovima
  - Dobra metoda kontracepcije
  - Ne znam
43. Sterilitet nastaje:
- Češće zbog problema kod žene
  - Češće zbog problema kod muškarca
  - Jednako zbog problema muškaraca i žena
  - Zbog naslednih faktora
  - Ne znam
44. Istovremena zaštita od trudnoće i od infekcije je:
- Kondom
  - Spirala
  - Pilula
  - Spermicidna krema
  - Ne znam
45. Silovatelj je najčešće:
- Nepoznata osoba koja dočeka ženu na skrivenom mestu
  - Poremećena osoba, koju je lako prepoznati po izgledu i ponašanju
  - Neko poznat, iz porodice - otac, očuh, prijatelj, bivši ili sadašnji momak
  - Nema pravila, jednako
  - Ne znam
46. Normalno u seksualnom odnosu je:
- Samo penetracija penisa u vaginu
  - Samo seksualni odnos sa osobom suprotnog pola
  - Ono što želi jedan od partnera, ako se drugi ne protivi otvoreno
  - Sve ono što osobe rade dobrovoljno i što ne čini nekom fizičku ili psihičku štetu
  - Ne znam

**Hvala na učešću!**



Republika Srbija • Autonomna Pokrajina Vojvodina

POKRAJINSKI SEKRETARIJAT

ZA SPORT I OMLADINU

ANKETNI UPITNIK

REPRODUKTIVNO ZDRAVLJE MLADIH

ИНСТИТУТ ЗА  
ЈАВНО ЗДРАВЉЕ  
ВОЈВОДИНЕ

Upitnik je anoniman, dakle, ne treba da upisuješ svoje ime. Molimo te da iskreno odgovoriš na pitanja i da se ne osećaš loše ako nisi siguran/sigurna da znaš prave odgovore na pitanja. To i jeste svrha ove ankete. Odgovori na pitanja se daju popunjavanjem kvadrata (ili više njih ako je tako naznačeno) ispred ponuđenih odgovora senčenjem ili krstićem. Možeš koristiti i grafitnu olovku kako bi mogao/la da izbrišeš pogrešan odgovor. Hvala na strpljenju i pomoći!

1. Pol :  Muško  Žensko

2. Godine života :  15  16  17  18

3. Stan/kuća u kojoj živiš je u :  Selu  Gradu

4. Tokom radne nedelje živiš sa/u :  Roditeljom/-ima  Srednjoškolskom domu  Drugo

5. Školska sprema tvojih roditelja :

Oca

Majke

 Osnovna škola (nezavršena-završena )

 Osnovna škola (nezavršena-završena )

 Srednja škola

 Srednja škola

 Viša-visoka škola

 Viša-visoka škola

 Nemam tu osobu

 Nemam tu osobu

6. Kako procenjuješ imovno stanje tvoje porodice?

 Dobro  Prosečno  Loše

7. Koji je bio tvoj uspeh u školi na kraju prošle školske godine?

 Odličan

 Dovoljan

 Vrlo dobar

 Ponavljao/-la sam razred

 Dobar

8. Ukoliko bi imao/la problema u ljubavnoj vezi, kome bi se mogao/la obratiti za pomoć? ( možeš popuniti više ponuđenih odgovora )

 Roditelju

 Prijatelju

 Psihologu u domu zdravlja

 Bratu ili sestri

 Nastavniku

 Lekaru

 Nekom od članova šire porodice

 Školskom psihologu ili pedagogu

 Nekom drugom

9. Ukoliko bi imao/la zdravstvenih problema iz oblasti reproduktivnog zdravlja, kome bi se mogao obratiti za pomoć ( možeš popuniti više ponuđenih odgovora )

 Roditelju

 Prijatelju

 Psihologu u domu zdravlja

 Bratu ili sestri

 Nastavniku

 Lekaru

 Nekom od članova šire porodice

 Školskom psihologu ili pedagogu

 Nekom drugom

10. Da li pušiš?

 Ne

 Da, povremeno

 Da, svakodnevno

**11. Koliko često se dešava da popiješ 5 i više alkoholnih pića u toku jedne prilike ( tokom izlaska, žurke ili drugih dnevnih događaja )?**

- Nikad
  Jednom mesečno
  Dnevno ili skoro svaki dan  
 Nekoliko puta godišnje
  Jednom nedeljno

**12. Da li koristiš neku psihoaktivnu supstancu – drogu?**

- Ne
  Da, povremeno  
 Probao/la sam
  Da, svakodnevno

**13. Navedi izvore informacija od kojih si najviše saznao/la o seksualnom životu:**

- Sredstva javnog informisanja (TV, internet, časopisi, knjige... )
  Zdravstveni radnici  
 Vršnjaci
  Partner-partnerka
  Drugo  
 Roditelji
  Škola

**14. Da li gledaš pornografske filmove ili posećuješ pornografske sajtove?**

- Ne, nikada
  Da, povremeno
  Da, svakodnevno

**15. Koliko ljubavnih veza koje su trajale duže od 3 meseca si do sada imao/la?**

- Nijednu
  Dve
  Četiri  
 Jednu
  Tri
  Pet ili više

**16. Da li si nekada imao/la seksualni odnos?**

- Da
  Ne

**17. Da li je u redu da devojka otvoreno kaže momku: "NE, NE ŽELIM DA IMAM SEKS", ukoliko se tako oseća?**

- Da
  Ne

**18. Da li je u redu da momak otvoreno kaže devojci: "NE, NE ŽELIM DA IMAM SEKS", ukoliko se tako oseća?**

- Da
  Ne

**19. Da li je u redu u seksualnom odnosu zahtevati od partnera da koristite zaštitu, ako se on/a protivi tome?**

- Da
  Ne

**20. Da li je u redu tražiti od seksualnog partnera da ispita da li ima neku polno prenosivu bolest, ukoliko sumnjate na to?**

- Da
  Ne

**21. Da li je u redu da devojka momku otvoreno kaže da želi da ima seks?**

- Da
  Ne

**22. Da li je u redu da momak devojci otvoreno kaže da želi da ima seks?**

- Da
  Ne

Na pitanja koja slede, ponuđeno je 4-5 odgovora, od kojih je samo jedan tačan. Molimo te da odgovoriš tako što ćeš popuniti samo jedan odgovor. Ukoliko se dvoumiš između više odgovora, odaberi jedan za koji misliš da je najtačniji.

**23. Uredan menstruacioni ciklus je:**

- Kada se menstruacija javlja tačno na mesec dana, uvek istog datuma
  Kada se javlja na 28 dana +/- 7 dana  
 Kada se javlja u rasponu od 26 do 28 dana
  Ne znam  
 Kada se javlja u rasponu od 24 do 30 dana

**24. Menstruacioni ciklus se računa:**

- Period od poslednjeg dana jedne menstruacije do prvog dana sledeće menstruacije
  Ne znam  
 Od prvog dana jedne do prvog dana sledeće menstruacije  
 Od poslednjeg dana jedne do poslednjeg dana sledeće menstruacije  
 Od prvog dana jedne do poslednjeg dana sledeće menstruacije

**25. Ovulacija je:**

- Sazrevanje jajne ćelije  Oplođenje jajne ćelije  Ne znam  
 Sazrevanje spermatozoida  Izbacivanje sperme prilikom odnosa

**26. Pubertet se javlja:**

- Pre kod devojčica  Istovremeno kod dečaka i devojčica  Ne znam  
 Pre kod dečaka  Potpuno individualno

**27. Rizično ponašanje je:**

- Upotreba intrauterinog uložka (spirale)  Korišćenje kontraceptivnih pilula  Ne znam  
 Seks pod dejstvom alkohola ili droge  Druženje sa osobom koja ima HIV infekciju

**28. Efikasna metoda kontracepcije je:**

- Metoda plodnih dana  Pilule i spirala  Ne znam  
 Metoda prekinutog odnosa  Spermicidne kreme

**29. Spermatozoidi se kod muškaraca stvaraju:**

- Od rođenja do kraja života  Od puberteta do muškog klimakterijuma  Ne znam  
 Od puberteta do kraja života  Jednom mesečno

**30. Jajne ćelije se kod žena stvaraju i sazrevaju:**

- Od rođenja do kraja života  Od puberteta do klimakterijuma  Ne znam  
 Od puberteta do kraja života  Jednom mesečno

**31. Pol deteta određuje:**

- Samo ženska polna ćelija  Obe polne ćelije  Ne znam  
 Samo muška polna ćelija  Ne zavisi od polnih ćelija

**32. Pilula za „jutro posle“ je:**

- Metoda redovne kontracepcije  Štetna je, pa je ne treba često koristiti  Ne znam  
 Može da se koristi samo 2 puta godišnje  Može da se koristi posle svakog nezaštićenog seksualnog odnosa

**33. Kontraceptivne pilule su:**

- Štetne po zdravlje  Mogu ih koristiti samo žene koje imaju uredne menstruacione cikluse  
 Nisu štetne, ali ih ne treba koristiti pre 18 godine  
 Nisu štetne i mogu ih koristiti zdrave žene od prve do poslednje menstruacije  Ne znam

**34. Seks pod uticajem alkohola je:**

- Dobar, jer opušta  Loš, jer postoji velika šansa da se ne koristi zaštita  Ne znam  
 Loš, jer ti je muka  Dobar, ako je sa poznatim partnerom

**36. Najčešće seksualno prenosiva infekcija su:**

- Sifilis i gonoreja  HIV  Ne znam  
 Hlamidija i HPV (humani papiloma virusi)  Gljivice

**37. HIV-om se može zaraziti:**

- Samo pri homoseksualnom odnosu  Ako osoba često provodi vreme pored vas (rug u školi, nastavnik...)  
 Poljupcem  Kontaktom našeg krvotoka sa krvlju zaražene osobe  Ne znam

**38. Humani papiloma virusi (HPV) izazivaju:**

- Promene na grliću materice (nekad na penisu, anusu...) i bradavice na polnim organima  
 Pojačan vaginalni i penilni sekret, sa bolom i svrabom/jupcem  
 Sterilitet (nemogućnost zatrudnjivanja)  
 Upalu jajnika i testisa  Ne znam

**39. Papanikolau test je:**

- Bris sa grlića materice za rano otkrivanje karcinoma grlića materice  Test na HIV  Ne znam  
 Bris na stepen čistoće vaginalnog sekreta  Test na hlamidije

**40. Hlamidijom se može zaraziti:**

- U bazenu  Rukama, prilikom petinga  Ne znam  
 Predmetima zajedničke upotrebe - peškiri, donji veš, WC šolja  Samo direktnim seksualnim kontaktom

**41. Simptomi hlamidije su:**

- Jeza, groznica, drhtavica, povišena telesna temperatura  Obilan zelen sekret neprijatnog mirisa  
 U većini slučajeva prolazi bez simptoma  Izraštaji na polnim organima  Ne znam

**42. Abortus ( prekid neželjene trudnoće ) je:**

- Potpuno bezopasan  Umereno rizičan ako se radi u najboljim uslovima  
 Izuzetno opasan i često se završava sterilitetom  Dobra metoda kontracepcije  Ne znam

**43. Sterilitet nastaje:**

- Češće zbog problema kod žene  Jednako zbog problema muškaraca i žena  
 Češće zbog problema kod muškarca  Zbog naslednih faktora  Ne znam

**44. Istovremena zaštita od trudnoće i od infekcije je:**

- Kondom  Pilula  
 Spirala  Spermicidna krema  Ne znam

**45. Silovatelj je najčešće:**

- Nepoznata osoba koja dočeka ženu na skrivenom mestu  Nema pravila, jednako  
 Poremećena osoba, koju je lako prepoznati po izgledu i ponašanju  Ne znam  
 Neko poznat, iz porodice - otac, očuh, prijatelj, bivši ili sadašnji momak

**46. Normalno u seksualnom odnosu je:**

- Samo penetracija penisa u vaginu  Ne znam  
 Samo seksualni odnos sa osobom suprotnog pola  
 Ono što želi jedan od partnera, ako se drugi ne protivi otvoreno  
 Sve ono što osobe rade dobrovoljno i što ne čini nekom fizičku ili psihičku štetu

**47. Koliko radionica iz ovog programa si pohađao/la od početka školske godine:**

- Nijednu  Više od 10 ali ne sve  
 Manje od 5  Sve (4 )  
 5-10

**48. Ukoliko si pohađao/la radionice, molimo te da oceniš ocenama od 1 (najmanja) do 5 (najveća) sledeće:**

	1	2	3	4	5
Radionice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Priručnik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Edukatora/e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hvala na učešću!**

9884388741899



Republika Srbija • Autonomna Pokrajina Vojvodina

POKRAJINSKI SEKRETARIJAT

ZA SPORT I OMLADINU

ANKETNI UPITNIK

REPRODUKTIVNO ZDRAVLJE MLADIH - 2015/2016. godina

ИНСТИТУТ ЗА  
ЈАВНО ЗДРАВЉЕ  
ВОЈВОДИНЕ

Upitnik je anoniman, dakle, ne treba da upisuješ svoje ime. Molimo te da iskreno odgovoriš na pitanja i da se ne osećaš loše ako nisi siguran/sigurna da znaš prave odgovore na pitanja. To i jeste svrha ove ankete. Odgovori na pitanja se daju popunjavanjem kvadrata (ili više njih ako je tako naznačeno) ispred ponuđenih odgovora senčenjem ili krstićem. Možeš koristiti i grafitnu olovku kako bi mogao/la da izbrišeš pogrešan odgovor, **ali konačan odgovor označite hemijskom olovkom**. Hvala na strpljenju i pomoći!

1. Pol:  Muško  Žensko

2. Godine života:  15  16  17  18

3. Stan/kuća u kojoj živiš je u:  Selu  Gradu

4. Tokom radne nedelje živiš sa/u:  Roditeljem/ima  Srednjoškolskom domu  Drugo

5. Školska sprema tvojih roditelja:

Oca

Majke

 Osnovna škola ( nezavršena-završena ) Osnovna škola ( nezavršena-završena ) Srednja škola Srednja škola Viša-visoka škola Viša-visoka škola Nemam tu osobu Nemam tu osobu

6. Kako procenjuješ imovno stanje tvoje porodice?

 Dobro Prosečno Loše

7. Koji je bio tvoj uspeh u školi na kraju prošle školske godine?

 Odličan Dovoljan Vrlo dobar Ponavljao/la sam razred Dobar

8. Ukoliko bi imao/la problema u ljubavnoj vezi, kome bi se mogao/la obratiti za pomoć? ( možeš popuniti više ponuđenih odgovora )

 Roditelju Prijatelju Psihologu u domu zdravlja Bratu ili sestri Nastavniku Lekaru Nekom od članova šire porodice Školskom psihologu ili pedagogu Nekom drugom

9. Ukoliko bi imao/la zdravstvenih problema iz oblasti reproduktivnog zdravlja, kome bi se mogao obratiti za pomoć ( možeš popuniti više ponuđenih odgovora )

 Roditelju Prijatelju Psihologu u domu zdravlja Bratu ili sestri Nastavniku Lekaru Nekom od članova šire porodice Školskom psihologu ili pedagogu Nekom drugom

10. Da li pušiš?

 Ne Da, povremeno Da, svakodnevno

8884399982145

**11. Koliko često se dešava da popiješ 5 i više alkoholnih pića u toku jedne prilike ( tokom izlaska, žurke ili drugih dnevnih događaja )?**

- Nikad
  Jednom mesečno
  Dnevno ili skoro svaki dan  
 Nekoliko puta godišnje
  Jednom nedeljno

**12. Da li koristiš neku psihoaktivnu supstancu – drogu?**

- Ne
  Da, povremeno  
 Probao/la sam
  Da, svakodnevno

**13. Navedi izvore informacija od kojih si najviše saznao/la o seksualnom životu:**

- Sredstva javnog informisanja ( TV, internet, časopisi, knjige... )
  Zdravstveni radnici  
 Vršnjaci
  Partner-partnerka
  Drugo  
 Roditelji
  Škola

**14. Da li gledaš pornografske filmove ili posećuješ pornografske sajtove?**

- Ne, nikada
  Da, povremeno
  Da, svakodnevno

**15. Koliko ljubavnih veza koje su trajale duže od 3 meseca si do sada imao/la?**

- Nijednu
  Dve
  Četiri  
 Jednu
  Tri
  Pet ili više

**16. Da li si nekada imao/la seksualni odnos?**

- Da
  Ne

**17. Da li je u redu da devojka otvoreno kaže momku: "NE, NE ŽELIM DA IMAM SEKS", ukoliko se tako oseća?**

- Da
  Ne

**18. Da li je u redu da momak otvoreno kaže devojci: "NE, NE ŽELIM DA IMAM SEKS", ukoliko se tako oseća?**

- Da
  Ne

**19. Da li je u redu u seksualnom odnosu zahtevati od partnera\ke da koristite zaštitu, ako se on/a protivi tome?**

- Da
  Ne

**20. Da li je u redu tražiti od seksualnog partnera\ke da ispita da li ima neku polno prenosivu bolest?**

- Da
  Ne

**21. Da li je u redu da devojka momku otvoreno kaže da želi da ima seks?**

- Da
  Ne

**22. Da li je u redu da momak devojci otvoreno kaže da želi da ima seks?**

- Da
  Ne

Na pitanja od 23 do 31 odgovaraju samo oni koji su imali seksualne odnose. Ukoliko niste imali seksualne odnose, pređite na pitanje br. 32 koje se nalazi na sledećoj strani.

**23. Koliko godina si imao/la pri prvom seksualnom odnosu?**

- <12
  12
  13
  14
  15
  16
  17
  18

**24. Broj dosadašnjih seksualnih partnera?**

- 1
  2
  3
  4
  5
  >5

**25. Koliko je trajala veza pre stupanja u seksualne odnose?**

- Nismo se prethodno poznavali
  Od 3-12 meseci  
 Manje od 3 meseca
  Više od godinu dana

**26. Glavni razlog za stupanje u seksualne odnose (možete zaokružiti i više ponuđenih odgovora):**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ljubav-zaljubljenost                  | <input type="checkbox"/> Insistiranje partnera\ke                          | <input type="checkbox"/> Bio/la sam pod dejstvom alkohola/droge |
| <input type="checkbox"/> Seksualna želja – fizička privlačnost | <input type="checkbox"/> Zato što je većina iz mog društva to već iskusila | <input type="checkbox"/> Drugo                                  |
| <input type="checkbox"/> Radoznalost                           | <input type="checkbox"/> Zato što sam mislio/la da je vreme za to          |   |

**27. Da li pri prvom seksualnom odnosu sa novim partnerom/kom koristite kondom?**

- Da, uvek                       Da, ponekad                       Ne, nikad

**28. Šta ste do sada najčešće koristili kao zaštitu tokom seksualnog odnosa (ti ili tvoj/a partner/ka)?**

- |  |   |                                      |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kondom                  | <input type="checkbox"/> Prekinuti odnos (ejakulacija van vagine) | <input type="checkbox"/> Nešto drugo |
| <input type="checkbox"/> Pilula                  | <input type="checkbox"/> Plodni dani                              |                                      |
| <input type="checkbox"/> Pilula za "jutro posle" | <input type="checkbox"/> Ništa                                    |                                      |

**29. Ako ne koristiš efikasnu zaštitu ili je koristiš retko, navedi glavni razlog zašto?**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Štetna je po zdravlje | <input type="checkbox"/> Partner/ka se protivi             | <input type="checkbox"/> Nisam imao/la para |
| <input type="checkbox"/> Nije isti osećaj      | <input type="checkbox"/> Nisam razmišljao/la o posledicama | <input type="checkbox"/> Drugo              |

**30. Da li si nekada imao/la seksualni odnos i kada to nisi želeo/la?**

- Da, jednom                       Da, više puta                       Ne, nikada

**31. Ako si imao/la seksualni odnos i kada nisi želeo/la, šta je bio najvažniji razlog tome**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Želja da ugodim partneru        | <input type="checkbox"/> Partner/ka je potrošio/la veliku količinu novca za izlazak, pa je bilo očekivano da imamo seks posle toga | <input type="checkbox"/> Zbog uticaja alkohola |
| <input type="checkbox"/> Partner/ka je vršio/la pritisak | <input type="checkbox"/> Partner/ka mi je ponudio/la novac ili poklon zauzvrat   | <input type="checkbox"/> Nešto drugo           |

Na pitanja koja slede, ponuđeno je 4-5 odgovora, od kojih je samo jedan tačan. Molimo te da odgovoriš tako što ćeš popuniti samo jedan odgovor. Ukoliko se dvoumiš između više odgovora, odaberi jedan za koji misliš da je najtačniji.

**32. Uredan menstruacioni ciklus je:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kada se menstruacija javlja tačno na mesec dana, uvek istog datuma | <input type="checkbox"/> Kada se javlja na 28 dana +/- 7 dana |
| <input type="checkbox"/> Kada se javlja u rasponu od 26 do 28 dana                          | <input type="checkbox"/> Ne znam                              |
| <input type="checkbox"/> Kada se javlja u rasponu od 24 do 30 dana                          |   |

**33. Menstruacioni ciklus se računa:**

- |  |                                  |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Period od poslednjeg dana jedne menstruacije do prvog dana sledeće menstruacije | <input type="checkbox"/> Ne znam |
| <input type="checkbox"/> Od prvog dana jedne do prvog dana sledeće menstruacije                          |                                  |
| <input type="checkbox"/> Od poslednjeg dana jedne do poslednjeg dana sledeće menstruacije                |                                  |
| <input type="checkbox"/> Od prvog dana jedne do poslednjeg dana sledeće menstruacije                     |                                  |

**34. Ovulacija je:**

- |   |   |                                  |
|---|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sazrevanje jajne ćelije  | <input type="checkbox"/> Oplodjenje jajne ćelije            | <input type="checkbox"/> Ne znam |
| <input type="checkbox"/> Sazrevanje spermatozoida | <input type="checkbox"/> Izbacivanje sperme prilikom odnosa |                                  |

**35. Pubertet se javlja:**

- |  |   |                                  |
|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pre kod devojčica | <input type="checkbox"/> Istovremeno kod dečaka i devojčica | <input type="checkbox"/> Ne znam |
| <input type="checkbox"/> Pre kod dečaka    | <input type="checkbox"/> Potpuno individualno               |                                  |

**36. Rizično ponašanje je:**

- Upotreba intrauterinog uložka ( spirale )       Korišćenje kontraceptivnih pilula       Ne znam
- Seks pod dejstvom alkohola ili droge       Druženje sa osobom koja ima HIV infekciju

**37. Efikasna metoda kontracepcije je:**

- Metoda plodnih dana       Pilule i spirala       Ne znam
- Metoda prekinutog odnosa       Spermicidne kreme

**38. Spermatozoidi se kod muškaraca stvaraju:**

- Od rođenja do kraja života       Od puberteta do muškog klimakterijuma       Ne znam
- Od puberteta do kraja života       Jednom mesečno

**39. Jajne ćelije se kod žena stvaraju i sazrevaju:**

- Od rođenja do kraja života       Od puberteta do klimakterijuma       Ne znam
- Od puberteta do kraja života       Jednom mesečno

**40. Pol deteta određuje:**

- Samo ženska polna ćelija       Obe polne ćelije       Ne znam
- Samo muška polna ćelija       Ne zavisi od polnih ćelija

**41. Pilula za „jutro posle“ je:**

- Metoda redovne kontracepcije       Štetna je, pa je ne treba često koristiti       Ne znam
- Može da se koristi samo 2 puta godišnje       Može da se koristi posle svakog nezaštićenog seksualnog odnosa

**42. Kontraceptivne pilule su:**

- Štetne po zdravlje       Mogu ih koristiti samo žene koje imaju uredne menstruacione cikluse
- Nisu štetne, ali ih ne treba koristiti pre 18 godine
- Nisu štetne i mogu ih koristiti zdrave žene od prve do poslednje menstruacije       Ne znam

**43. Seks pod uticajem alkohola je:**

- Dobar, jer opušta       Loš, jer postoji velika šansa da se ne koristi zaštita       Ne znam
- Loš, jer ti je muka       Dobar, ako je sa poznatim partnerom

**44. Najčešće seksualno prenosiva infekcija je:**

- Sifilis i gonoreja       HIV       Ne znam
- Hlamidija i HPV ( humani papiloma virusi )       Gljivice

**45. HIV-om se može zaraziti:**

- Samo pri homoseksualnom odnosu       Ako osoba često provodi vreme pored vas ( drug u školi, nastavnik... )
- Poljupcem       Kontaktom našeg krvotoka sa krvlju zaražene osobe       Ne znam

**46. Humani papiloma virusi ( HPV ) izazivaju:**

- Promene na grliću materice ( ponekad na penisu, anusu... ) i bradavice na polnim organima       Upalu jajnika i testisa
- Pojačan vaginalni i penilni sekret, sa bolom i svrabom       Ne znam
- Sterilitet ( neplodnost )

**47. Papanikolau test je:**

- Bris sa grlića materice za rano otkrivanje karcinoma grlića materice       Test na HIV       Ne znam
- Bris na stepen čistoće vaginalnog sekreta       Test na hlamidije

**48. Hlamidijom se može zaraziti:**

- U bazenu       Rukama, prilikom petinga       Ne znam
- Predmetima zajedničke upotrebe - peškiri, donji veš, WC šolja       Samo direktnim seksualnim kontaktom

**49. Simptomi hlamidije su:**

- Jeza, groznica, drhtavica, povišena telesna temperatura  Obilan zeleni sekret neprijatnog mirisa
- U većini slučajeva prolazi bez simptoma  Izraštaji na polnim organima  Ne znam

**50 Abortus ( prekid neželjene trudnoće ) je:**

- Potpuno bezopasan  Umereno rizičan ako se radi u najboljim uslovima
- Izuzetno opasan i često se završava sterilitetom  Dobra metoda kontracepcije  Ne znam

**51. Sterilitet (neplodnost, nemogućnost stvaranja potomstva) nastaje:**

- Češće zbog problema kod žene  Jednako zbog problema muškaraca i žena
- Češće zbog problema kod muškarca  Zbog naslednih faktora  Ne znam

**52. Istovremena zaštita od trudnoće i od infekcije je:**

- Kondom  Pilula
- Spirala  Spermicidna krema  Ne znam

**53. Silovatelj je najčešće:**

- Nepoznata osoba koja dočeka ženu na skrivenom mestu  Nema pravila, jednako
- Poremećena osoba, koju je lako prepoznati po izgledu i ponašanju  Ne znam
- Neko poznat, iz porodice - otac, oćuh, prijatelj, bivši ili sadašnji momak

**54. Normalno u seksualnom odnosu je:**

- Samo penetracija (ulazak) penisa u vaginu  Ne znam
- Samo seksualni odnos sa osobom suprotnog pola
- Ono što želi jedan od partnera, ako se drugi ne protivi otvoreno
- Sve ono što osobe rade dobrovoljno i što ne čini nekom fizičku ili psihičku štetu

**55. Molimo te da zaokružiš broj koji u najvećoj meri odgovara tvom stepenu slaganja sa svakom tvrdnjom. Brojevi imaju sledeća značenja:**

1 - uopšte se ne slažem | 2 - uglavnom se ne slažem | 3 - delimično se slažem | 4 - uglavnom se slažem | 5 - u potpunosti se slažem

Br	Tvrdnja	1	2	3	4	5
1	Uopšteno govoreći zadovoljan/na sam sobom.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Želeo/la bih da imam više poštovanja prema sebi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Osećam da nema puno toga čime bih se mogao ponositi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ponekad se osećam potpuno beskorisnim/nom.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Sposoban/na sam da radim i izvršavam zadatke podjednako uspešno kao i većina ljudi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	S vremena na vreme osećam da ništa ne vredim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Osećam da sam isto toliko sposoban/na koliko i drugi ljudi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Osećam da posedujem niz vrednih osobina.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Sve više dolazim do saznanja da jako malo vredim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Mislim da vredim barem koliko i drugi ljudi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56. Pažljivo pročitajte svaku tvrdnju i zaokružite jedan od odgovora:

1 - potpuno netačno | 2 - delimično netačno | 3 - delimično tačno | 4 - potpuno tačno

Br.	Tvrdnja	1	2	3	4
1	Ako se dovoljno potrudim, uvek mogu da prebrodim teške probleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	I ako mi se neko suprotstavi, ja mogu da pronadem sredstva i načine da dobijem ono što želim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Lako mi je da dostignem svoje ciljeve i ostvarim svoje namere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Siguran sam da mogu uspešno da izađem na kraj sa neočekivanim događajima.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Zahvaljujući mojoj snalažljivosti, ja znam kako da savladam nepredviđene situacije.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Ja mogu rešiti većinu problema ako uložim dovoljno napora.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Mogu ostati pribran kada se susretnem sa poteškoćama, jer znam da mogu da se oslonim na svoje sposobnosti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Kad se suočim sa problemom, ja obično nađem nekoliko rešenja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	I kada sam u nevolji, obično mogu da smislim rešenje.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Ja obično mogu da izađem na kraj sa svim što mi se nađe na putu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

57. Označi na skali od 1 do 5 (1 znači ni malo, 5 znači najviše) u kojoj meri se osećaš slobodno da razgovaraš o seksualnim pitanjima sa:

Osoba	1	2	3	4	5
Majkom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ocem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prijateljima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partnerom/kom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lekarom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psihologom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvala na učešću

Republika Srbija • Autonomna Pokrajina Vojvodina

POKRAJINSKI SEKRETARIJAT

ZA SPORT I OMLADINU

ANKETNI UPITNIK

REPRODUKTIVNO ZDRAVLJE MLADIH - 2015/2016. godina

ИНСТИТУТ ЗА  
ЈАВНО ЗДРАВЉЕ  
ВОЈВОДИНЕ

Upitnik je anoniman, dakle, ne treba da upisuješ svoje ime. Molimo te da iskreno odgovoriš na pitanja i da se ne osećaš loše ako nisi siguran/sigurna da znaš prave odgovore na pitanja. To i jeste svrha ove ankete. Odgovori na pitanja se daju popunjavanjem kvadrata (ili više njih ako je tako naznačeno) ispred ponuđenih odgovora senčenjem ili krstićem. Možeš koristiti i grafitnu olovku kako bi mogao/la da izbrišeš pogrešan odgovor, ali konačan odgovor označite hemijskom olovkom. Hvala na strpljenju i pomoći!

1. Pol:  Muško  Žensko

2. Godine života:  15  16  17  18

3. Stan/kuća u kojoj živiš je u:  Selu  Gradu

4. Tokom radne nedelje živiš sa/u:  Roditeljem/ima  Srednjoškolskom domu  Drugo

5. Školska sprema tvojih roditelja:

Oca

Majke

 Osnovna škola ( nezavršena-završena ) Osnovna škola ( nezavršena-završena ) Srednja škola Srednja škola Viša-visoka škola Viša-visoka škola Nemam tu osobu Nemam tu osobu

6. Kako procenjuješ imovno stanje tvoje porodice?

Dobro  Prosečno  Loše

7. Koji je bio tvoj uspeh u školi na kraju prošle školske godine?

 Odličan Dovoljan Vrlo dobar Ponavljao/la sam razred Dobar

8. Ukoliko bi imao/la problema u ljubavnoj vezi, kome bi se mogao/la obratiti za pomoć? ( možeš popuniti više ponuđenih odgovora )

 Roditelju Prijatelju Psihologu u domu zdravlja Bratu ili sestri Nastavniku Lekaru Nekom od članova šire porodice Školskom psihologu ili pedagogu Nekom drugom

9. Ukoliko bi imao/la zdravstvenih problema iz oblasti reproduktivnog zdravlja, kome bi se mogao obratiti za pomoć ( možeš popuniti više ponuđenih odgovora )

 Roditelju Prijatelju Psihologu u domu zdravlja Bratu ili sestri Nastavniku Lekaru Nekom od članova šire porodice Školskom psihologu ili pedagogu Nekom drugom

10. Da li pušiš?

 Ne Da, povremeno Da, svakodnevno

**11. Koliko često se dešava da popiješ 5 i više alkoholnih pića u toku jedne prilike ( tokom izlaska, žurke ili drugih dnevnih događaja )?**

- Nikad
  Jednom mesečno
  Dnevno ili skoro svaki dan  
 Nekoliko puta godišnje
  Jednom nedeljno

**12. Da li koristiš neku psihoaktivnu supstancu – drogu?**

- Ne
  Da, povremeno  
 Probao/la sam
  Da, svakodnevno

**13. Navedi izvore informacija od kojih si najviše saznao/la o seksualnom životu:**

- Sredstva javnog informisanja ( TV, internet, časopisi, knjige... )
  Zdravstveni radnici  
 Vršnjaci
  Partner-partnerka
  Drugo  
 Roditelji
  Škola

**14. Da li gledaš pornografske filmove ili posećuješ pornografske sajtove?**

- Ne, nikada
  Da, povremeno
  Da, svakodnevno

**15. Koliko ljubavnih veza koje su trajale duže od 3 meseca si do sada imao/la?**

- Nijednu
  Dve
  Četiri  
 Jednu
  Tri
  Pet ili više

**16. Da li si nekada imao/la seksualni odnos?**

- Da
  Ne

**17. Da li je u redu da devojka otvoreno kaže momku: "NE, NE ŽELIM DA IMAM SEKS", ukoliko se tako oseća?**

- Da
  Ne

**18. Da li je u redu da momak otvoreno kaže devojci: "NE, NE ŽELIM DA IMAM SEKS", ukoliko se tako oseća?**

- Da
  Ne

**19. Da li je u redu u seksualnom odnosu zahtevati od partnera\ke da koristite zaštitu, ako se on/a protivi tome?**

- Da
  Ne

**20. Da li je u redu tražiti od seksualnog partnera\ke da ispita da li ima neku polno prenosivu bolest?**

- Da
  Ne

**21. Da li je u redu da devojka momku otvoreno kaže da želi da ima seks?**

- Da
  Ne

**22. Da li je u redu da momak devojci otvoreno kaže da želi da ima seks?**

- Da
  Ne

Na pitanja od 23 do 31 odgovaraju samo oni koji su imali seksualne odnose. Ukoliko niste imali seksualne odnose, pređite na pitanje br. 32 koje se nalazi na sledećoj strani.

**23. Koliko godina si imao/la pri prvom seksualnom odnosu?**

- <12
  12
  13
  14
  15
  16
  17
  18

**24. Broj dosadašnjih seksualnih partnera?**

- 1
  2
  3
  4
  5
  >5

**25. Koliko je trajala veza pre stupanja u seksualne odnose?**

- Nismo se prethodno poznavali
  Od 3-12 meseci  
 Manje od 3 meseca
  Više od godinu dana



**26. Glavni razlog za stupanje u seksualne odnose (možete zaokružiti i više ponuđenih odgovora):**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ljubav-zaljubljenost                  | <input type="checkbox"/> Insistiranje partnera\ke                          | <input type="checkbox"/> Bio/la sam pod dejstvom alkohola/droge |
| <input type="checkbox"/> Seksualna želja – fizička privlačnost | <input type="checkbox"/> Zato što je većina iz mog društva to već iskusila | <input type="checkbox"/> Drugo                                  |
| <input type="checkbox"/> Radoznalost                           | <input type="checkbox"/> Zato što sam mislio/la da je vreme za to          |   |

**27. Da li pri prvom seksualnom odnosu sa novim partnerom/kom koristite kondom?**

- Da, uvek                       Da, ponekad                       Ne, nikad

**28. Šta ste do sada najčešće koristili kao zaštitu tokom seksualnog odnosa (ti ili tvoj/a partner/ka)?**

- |  |   |                                      |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kondom                  | <input type="checkbox"/> Prekinuti odnos (ejakulacija van vagine) | <input type="checkbox"/> Nešto drugo |
| <input type="checkbox"/> Pilula                  | <input type="checkbox"/> Plodni dani                              |                                      |
| <input type="checkbox"/> Pilula za "jutro posle" | <input type="checkbox"/> Ništa                                    |                                      |

**29. Ako ne koristiš efikasnu zaštitu ili je koristiš retko, navedi glavni razlog zašto?**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Štetna je po zdravlje | <input type="checkbox"/> Partner/ka se protivi             | <input type="checkbox"/> Nisam imao/la para |
| <input type="checkbox"/> Nije isti osećaj      | <input type="checkbox"/> Nisam razmišljao/la o posledicama | <input type="checkbox"/> Drugo              |

**30. Da li si nekada imao/la seksualni odnos i kada to nisi želeo/la?**

- Da, jednom                       Da, više puta                       Ne, nikada

**31. Ako si imao/la seksualni odnos i kada nisi želeo/la, šta je bio najvažniji razlog tome**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Želja da ugodim partneru        | <input type="checkbox"/> Partner/ka je potrošio/la veliku količinu novca za izlazak, pa je bilo očekivano da imamo seks posle toga | <input type="checkbox"/> Zbog uticaja alkohola |
| <input type="checkbox"/> Partner/ka je vršio/la pritisak | <input type="checkbox"/> Partner/ka mi je ponudio/la novac ili poklon zauzvrat   | <input type="checkbox"/> Nešto drugo           |

Na pitanja koja slede, ponuđeno je 4-5 odgovora, od kojih je samo jedan tačan. Molimo te da odgovoriš tako što ćeš popuniti samo jedan odgovor. Ukoliko se dvoumiš između više odgovora, odaberi jedan za koji misliš da je najtačniji.

**32. Uredan menstruacioni ciklus je:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kada se menstruacija javlja tačno na mesec dana, uvek istog datuma | <input type="checkbox"/> Kada se javlja na 28 dana +/- 7 dana |
| <input type="checkbox"/> Kada se javlja u rasponu od 26 do 28 dana                          | <input type="checkbox"/> Ne znam                              |
| <input type="checkbox"/> Kada se javlja u rasponu od 24 do 30 dana                          |   |

**33. Menstruacioni ciklus se računa:**

- |  |                                  |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Period od poslednjeg dana jedne menstruacije do prvog dana sledeće menstruacije | <input type="checkbox"/> Ne znam |
| <input type="checkbox"/> Od prvog dana jedne do prvog dana sledeće menstruacije                          |                                  |
| <input type="checkbox"/> Od poslednjeg dana jedne do poslednjeg dana sledeće menstruacije                |                                  |
| <input type="checkbox"/> Od prvog dana jedne do poslednjeg dana sledeće menstruacije                     |                                  |

**34. Ovulacija je:**

- |   |   |                                  |
|---|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sazrevanje jajne ćelije  | <input type="checkbox"/> Oplođenje jajne ćelije             | <input type="checkbox"/> Ne znam |
| <input type="checkbox"/> Sazrevanje spermatozoida | <input type="checkbox"/> Izbacivanje sperme prilikom odnosa |                                  |

**35. Pubertet se javlja:**

- |  |   |                                  |
|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pre kod devojčica | <input type="checkbox"/> Istovremeno kod dečaka i devojčica | <input type="checkbox"/> Ne znam |
| <input type="checkbox"/> Pre kod dečaka    | <input type="checkbox"/> Potpuno individualno               |                                  |

**36. Rizično ponašanje je:**

- Upotreba intrauterinog uložka ( spirale )     Korišćenje kontraceptivnih pilula     Ne znam
- Seks pod dejstvom alkohola ili droge     Druženje sa osobom koja ima HIV infekciju

**37. Efikasna metoda kontracepcije je:**

- Metoda plodnih dana     Pilule i spirala     Ne znam
- Metoda prekinutog odnosa     Spermicidne kreme

**38. Spermatozoidi se kod muškaraca stvaraju:**

- Od rođenja do kraja života     Od puberteta do muškog klimakterijuma     Ne znam
- Od puberteta do kraja života     Jednom mesečno

**39. Jajne ćelije se kod žena stvaraju i sazrevaju:**

- Od rođenja do kraja života     Od puberteta do klimakterijuma     Ne znam
- Od puberteta do kraja života     Jednom mesečno

**40. Pol deteta određuje:**

- Samo ženska polna ćelija     Obe polne ćelije     Ne znam
- Samo muška polna ćelija     Ne zavisi od polnih ćelija

**41. Pilula za „jutro posle“ je:**

- Metoda redovne kontracepcije     Štetna je, pa je ne treba često koristiti     Ne znam
- Može da se koristi samo 2 puta godišnje     Može da se koristi posle svakog nezaštićenog seksualnog odnosa

**42. Kontraceptivne pilule su:**

- Štetne po zdravlje     Mogu ih koristiti samo žene koje imaju uredne menstruacione cikluse
- Nisu štetne, ali ih ne treba koristiti pre 18 godine
- Nisu štetne i mogu ih koristiti zdrave žene od prve do poslednje menstruacije     Ne znam

**43. Seks pod uticajem alkohola je:**

- Dobar, jer opušta     Loš, jer postoji velika šansa da se ne koristi zaštita     Ne znam
- Loš, jer ti je muka     Dobar, ako je sa poznatim partnerom

**44. Najčešće seksualno prenosiva infekcija je:**

- Sifilis i gonoreja     HIV     Ne znam
- Hlamidija i HPV ( humani papiloma virusi )     Gljivice

**45. HIV-om se može zaraziti:**

- Samo pri homoseksualnom odnosu     Ako osoba često provodi vreme pored vas ( drug u školi, nastavnik... )
- Poljupcem     Kontaktom našeg krvotoka sa krvlju zaražene osobe     Ne znam

**46. Humani papiloma virusi ( HPV ) izazivaju:**

- Promene na grliću materice ( ponekad na penisu, anusu... ) i bradavice na polnim organima     Upalu jajnika i testisa
- Pojačan vaginalni i penilni sekret, sa bolom i svrabom     Ne znam
- Sterilitet ( neplodnost )

**47. Papanikolau test je:**

- Bris sa grlića materice za rano otkrivanje karcinoma grlića materice     Test na HIV     Ne znam
- Bris na stepen čistoće vaginalnog sekreta     Test na hlamidije

**48. Hlamidijom se može zaraziti:**

- U bazenu     Rukama, prilikom petinga     Ne znam
- Predmetima zajedničke upotrebe - peškiri, donji veš, WC šolja     Samo direktnim seksualnim kontaktom

**49. Simptomi hlamidije su:**

- Jeza, groznica, drhtavica, povišena telesna temperatura  Obilan zeleni sekret neprijatnog mirisa  
 U većini slučajeva prolazi bez simptoma  Izraštaji na polnim organima  Ne znam

**50 Abortus ( prekid neželjene trudnoće ) je:**

- Potpuno bezopasan  Umereno rizičan ako se radi u najboljim uslovima  
 Izuzetno opasan i često se završava sterilitetom  Dobra metoda kontracepcije  Ne znam

**51. Sterilitet ( neplodnost, nemogućnost stvaranja potomstva ) nastaje:**

- Češće zbog problema kod žene  Jednako zbog problema muškaraca i žena  
 Češće zbog problema kod muškarca  Zbog naslednih faktora  Ne znam

**52. Istovremena zaštita od trudnoće i od infekcije je:**

- Kondom  Pilula  
 Spirala  Spermicidna krema  Ne znam

**53. Silovatelj je najčešće:**

- Nepoznata osoba koja dočeka ženu na skrivenom mestu  Nema pravila, jednako  
 Poremećena osoba, koju je lako prepoznati po izgledu i ponašanju  Ne znam  
 Neko poznat, iz porodice - otac, očuh, prijatelj, bivši ili sadašnji momak

**54. Normalno u seksualnom odnosu je:**

- Samo penetracija (ulazak) penisa u vaginu  Ne znam  
 Samo seksualni odnos sa osobom suprotnog pola  
 Ono što želi jedan od partnera, ako se drugi ne protivi otvoreno  
 Sve ono što osobe rade dobrovoljno i što ne čini nekom fizičku ili psihičku štetu

**55. Molimo te da zaokružiš broj koji u najvećoj meri odgovara tvom stepenu slaganja sa svakom tvrdnjom. Brojevi imaju sledeća značenja:**

1 - uopšte se ne slažem | 2 - uglavnom se ne slažem | 3 - delimično se slažem | 4 - uglavnom se slažem | 5 - u potpunosti se slažem

Br	Tvrdnja	1	2	3	4	5
1	Uopšteno govoreći zadovoljan/na sam sobom.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Želeo/la bih da imam više poštovanja prema sebi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Osećam da nema puno toga čime bih se mogao ponositi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ponekad se osećam potpuno beskorisnim/nom.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Sposoban/na sam da radim i izvršavam zadatke podjednako uspešno kao i većina ljudi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	S vremena na vreme osećam da ništa ne vredim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Osećam da sam isto toliko sposoban/na koliko i drugi ljudi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Osećam da posedujem niz vrednih osobina.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Sve više dolazim do saznanja da jako malo vredim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Mislím da vredim barem koliko i drugi ljudi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56. Pažljivo pročitajte svaku tvrdnju i zaokružite jedan od odgovora:

1 - potpuno netačno | 2 - delimično netačno | 3 - delimično tačno | 4 - potpuno tačno

Br.	Tvrdnja	1	2	3	4
1	Ako se dovoljno potrudim, uvek mogu da prebrodim teške probleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	I ako mi se neko suprotstavi, ja mogu da pronađem sredstva i načine da dobijem ono što želim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Lako mi je da dostignem svoje ciljeve i ostvarim svoje namere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Siguran sam da mogu uspešno da izađem na kraj sa neočekivanim događajima.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Zahvaljujući mojoj snalažljivosti, ja znam kako da savladam nepredviđene situacije.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Ja mogu rešiti većinu problema ako uložim dovoljno napora.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Mogu ostati pribran kada se susretne sa poteškoćama, jer znam da mogu da se oslonim na svoje sposobnosti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Kad se suočim sa problemom, ja obično nađem nekoliko rešenja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	I kada sam u nevolji, obično mogu da smislim rešenje.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Ja obično mogu da izađem na kraj sa svim što mi se nađe na putu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

57. Označi na skali od 1 do 5 (1 znači ni malo, 5 znači najviše) u kojoj meri se osećaš slobodno da razgovaraš o seksualnim pitanjima sa:

Osoba	1	2	3	4	5
Majkom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ocem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prijateljima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partnerom/kom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lekarom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psihologom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

58. Koliko radionica iz ovog programa si pohađao/la od početka školske godine :

- Nijednu
  Više od 10 ali ne sve  
 Manje od 5
  Sve ( 14 )  
 5-10

59. Ukoliko si pohađao/la radionice, molimo te da oceniš ocenama od 1 (najmanja) do 5 (najveća) sledeće:

	1	2	3	4	5
Radionice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Priručnik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Edukatora/e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hvala na učešću!**



Република Србија  
Аутономна Покрајина Војводина

## ИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ ВОЈВОДИНЕ

Футошка 121, 21000 Нови Сад  
Централа: (021) 422-255; 4897-800  
Директор: (021) 6622-784; 4897-886  
Факс: (021) 6613-989  
E-mail: [izjzv@izjzv.org.rs](mailto:izjzv@izjzv.org.rs)  
[www.izjzv.org.rs](http://www.izjzv.org.rs)

Број: 01-443/2-а  
01.03.2013. године

На основу члана 29. став 1, тачка 2. и 7. Статута Института за јавно здравље Војводине и члана 148. став 1, тачка 2. и 5. Закона о здравственој заштити Етички одбор Института за јавно здравље Војводине је на 29. седници одржаној 04.03.2013. године разматрао захтев асист. др сц. мед. Снежане Укропине бр. 01-443/2 од 01.03.2013. године и донео

### ОДЛУКУ

Етички одбор даје сагласност за учешће Института за јавно здравље Војводине у пројекту Секретаријата за спорт и омладину АП Војводине, под називом „Здравствено васпитање о репродуктивном здрављу“ у складу са методологијом анкетног истраживања које је предлогом пројектних активности додељено Институту а према захтеву бр. 01-443/2 од 01.03.2013. године, уз констатацију да истраживање не садржи елементе супротне принципима медицинске етике.

ПРЕДСЕДНИК ЕТИЧКОГ ОДБОРА  
Проф. др Зора Јелесић





Република Србија  
Аутономна Покрајина Војводина

**ИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ ВОЈВОДИНЕ**

Футошка 121, 21000 Нови Сад  
Централа: (021) 422-255; 4897-800  
Директор: (021) 6622-784; 4897-886  
Факс: (021) 6613-989  
E-mail: [izjzv@izjzv.org.rs](mailto:izjzv@izjzv.org.rs)  
[www.izjzv.org.rs](http://www.izjzv.org.rs)

Број: 01-601/6-а  
15.09.2014. године

На основу члана 29. став 1, тачка 2. и 7. Статута Института за јавно здравље Војводине и члана 148. став 1, тачка 2. и 5. Закона о здравственој заштити Етички одбор Института за јавно здравље Војводине је на 43. седници одржаној 15.09.2014. године разматрао молбу са пратећом документацијом коју је упутила доц. др Снежана Укролина, запослена у Институту, (молба бр. 01-601/6 од 11.09.2014. године) и донео

**ОДЛУКУ**

Етички одбор даје сагласност на Протокол спровођења евалуације под називом „Ваннаставне едукације Здравствено васпитање о репродуктивном здрављу средњошколаца у Војводини у школској 2014/15. години“ путем пре- и пост-интервентног анкетног истраживања и констатује да Протокол за спровођење евалуације са припадајућим упитником, информисаним пристанцима испитаника и упутством не садржи елементе супротне принципима медицинске етике.

ПРЕДСЕДНИК ЕТИЧКОГ ОДБОРА  
Проф. др Зора Јелесић



Република Србија  
Аутономна Покрајина Војводина

**ИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ ВОЈВОДИНЕ**

Футошка 121, 21000 Нови Сад  
Централа: (021) 422-255; 4897-800  
Директор: (021) 6622-784; 4897-886  
Факс: (021) 6613-989  
E-mail: [izjzv@izjzv.org.rs](mailto:izjzv@izjzv.org.rs)  
[www.izjzv.org.rs](http://www.izjzv.org.rs)

Број:01-1276/5-а

Дана: 18.09.2015. године

На основу члана 29. став 1, тачка 2. и 7. Статута Института за јавно здравље Војводине и члана 148. став 1, тачка 2. и 5. Закона о здравственој заштити Етички одбор Института за јавно здравље Војводине је на 55. седници одржаној 17.09.2015. године разматрао молбу (бр. 01-1276/5 од 11.09.2015. године) са пратећом документацијом коју је упутила доц. др Снежана Укропина, запослена у Институту за јавно здравље Војводине, и донео следећу

**ОДЛУКУ**

Етички одбор даје сагласност на Протокол за спровођење евалуације „Ваннаставне едукације *Здравствено васпитање о репродуктивном здрављу средњошколаца у Војводини у школској 2015/16. години*“ путем пре- и пост-интервентног анкетног истраживања .

Етички одбор констатује да у наведеном Протоколу са припадајућим упитником, информисаном сагласношћу испитаника и упутством, који се спроводи у реализацији пројекта „Ваннаставне едукације *Здравствено васпитање о репродуктивном здрављу средњошколаца у Војводини у школској 2015/16. години*“ на основу уговора са Покрајинским секретаријатом за спорт и омладину АП Војводине бр. 116-451-2347/2015-02, нема елемената супротних принципима медицинске етике.

ПРЕДСЕДНИК ЕТИЧКОГ ОДБОРА  
Проф. др Зора Јелесић



ИНСТИТУТ ЗА ИСПИТИВАЊЕ  
SRPS ISO/IEC 17025:2008



Футошка 121, 21000 Нови Сад  
 Централа: (021) 422-255; 4897-800  
 Директор: (021) 6622-784; 4897-886  
 Факс: (021) 6613-989  
 E-mail: [izjzv@izjzv.org.rs](mailto:izjzv@izjzv.org.rs)  
[www.izjzv.org.rs](http://www.izjzv.org.rs)

Број: 01-2086/3  
 13.02.2017. године

На основу члана 29. став 1, тачка 2. и 7. Статута Института за јавно здравље Војводине и члана 148. став 1, тачка 2. и 5. Закона о здравственој заштити Етички одбор Института за јавно здравље Војводине је на 66. седници одржаној 13.02.2017. године разматрао молбу (бр. 01-2086/2 од 26.01.2017. године) са пратећом документацијом коју је упутила запослена др мед. Тања Томашевић и донео следећу

#### ОДЛУКУ

Етички одбор Института за јавно здравље Војводине даје сагласност за пријаву докторске дисертације др мед. Тање Томашевић под називом „Ефективност програма здравственог васпитања о репродуктивном здрављу међу младима узраста 16 година у Војводини“ и истраживање у оквиру докторске дисертације које укључује и коришћење и анализу података Центра за промоцију здравља Института за јавно здравље, а према молби бр. 01-2086/2 од 26.01.2017. године и пратећој документацији.

Етички одбор констатује да ће подаци, који настану или буду употребљени у истраживању, бити доступни само истраживачу и коришћени тако да се не могу довести у везу са идентификационим подацима испитаника.

Етички одбор констатује да истраживање у оквиру докторске дисертације др мед. Тање Томашевић не садржи елементе супротне принципима медицинске етике.

ПРЕДСЕДНИЦА ЕТИЧКОГ ОДБОРА  
 Проф. др Весна Милошевић

*Весна Милошевић*





## Информисани пристанак за учешће у истраживању

Пре него што почнеш, молимо те да пажљиво прочиташ ово!

Поштовани,

Позивамо те да учествујеш у истраживању у оквиру Пројекта: «Здравствено васпитање о репродуктивном здрављу средњошколаца», који спроводи Покрајински секретаријат за спорт и омладину Аутономне покрајине Војводине.

Циљ овог истраживања јесте да испита знање, ставове и понашање у вези са репродуктивним здрављем ученика првих разреда случајно одабраних 10 средњих школа и гимназија у Војводини. На основу резултата истраживања биће процењено колика је потреба за додатном едукацијом из ове области.

Ово истраживање ће обезбедити и значајне смернице за едукацију која ће ти бити предложена током следеће школске године. Уколико будеш учествовао/-ла у овој едукацији, након годину дана иста анкета ће бити поново спроведена и тако ће се закључити да ли је едукација била добра и на чега још треба обратити пажњу.

Овај упитник је анониман – на њему се не појављује твоје име или било које друге информације које би могле да те идентификују. Када завршиш упитник молимо те да га ставиш у приложену коверту. Немој писати име ни на коверти.

Учествовање у истраживању је потпуно добровољно. Важно је да на свако питање одговориш што подробније и што искреније. Резултати се неће приказивати за појединачна одељења или школе, и сети се - твоји одговори су апсолутно анонимни.

Да ли желиш да учествујеш у истраживању? (заокружи свој одговор)

ДА

НЕ

У случају да се слажеш са учешћем у истраживању, молимо те да потпишеш овај информисани пристанак, који ћеш предати одвојено од коверте у којој је упитник.

Датум

Потпис испитаника

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Унапред хвала на учешћу!

## Informisani pristanak za učešće u istraživanju

»Zdravstveno vaspitanje o reproduktivnom zdravlju srednjoškolaca u Vojvodini«  
- kontrolna grupa -

**Pre nego što počneš, molimo te da pažljivo pročitaš ovo!**

Poštovani,

Pozivamo te da učestvuješ u istraživanju u okviru Projekta: „Vannastavna edukacija ‘Zdravstveno vaspitanje o reproduktivnom zdravlju srednjoškolaca u Vojvodini’ u školskoj 2014/15. godini», koji sprovodi Institut za javno zdravlje Vojvodine (finansiran sredstvima Pokrajinskog sekretarijata za sport i omladinu Autonomne pokrajine Vojvodine).

Cilj ovog istraživanja jeste da ispita znanje, stavove i ponašanje u vezi sa reproduktivnim zdravljem učenika drugih razreda 66 srednjih škola i gimnazija u Vojvodini.

Odabrano je 5 kontrolnih odeljenja iz 5 škola koje ne učestvuju u programu „Zdravstveno vaspitanje o reproduktivnom zdravlju srednjoškolaca u Vojvodini“ a među njima je i tvoje. Podaci se neće obrađivati posebno za razred niti školu.

Nakon godinu dana ista anketa će biti ponovo sprovedena i to će pomoći u zaključivanju da li je edukacija bila dobra i na šta još treba obratiti pažnju.

Upitnik je anonimn – na njemu se ne pojavljuje tvoje ime ili bilo koje druge informacije koje bi mogle da te identifikuju pred osobama koje obrađuju podatke. Odeljenski starešina će te prozvati po redosledu iz dnevnika i uručiti kovertu sa upitnikom.

Kada završiš popunjavanje upitnika molimo te da ga staviš u kovertu u kojoj si ga dobio/-la, i zatvoriš je. Nemoj pisati ime na koverti, već je samo ubaci u zbirnu kovertu celog razreda, koju je odeljenski starešina postavio otvorenu na svom stolu. Možeš se uveriti da na kraju anketiranja odeljenski starešina zatvara zbirnu kovertu selotejpom.

Učestvovanje u istraživanju je potpuno dobrovoljno, što znači da se u svakom momentu možeš predomisli. Važno je da na svako pitanje odgovoriš što detaljnije i što iskrenije. Nemoj postavljati dodatna pitanja drugima ni odeljenskom starešini. Rezultati se neće prikazivati za pojedinačna odeljenja ili škole, i seti se - tvoji odgovori su apsolutno anonimni.

Da li želiš da učestvuješ u istraživanju? (zaokruži svoj odgovor)

DA

NE

U slučaju da se slažeš sa učešćem u istraživanju, molimo te da potpišeš ovaj informisani pristanak, koji ćeš predati odvojeno od kovertu u kojoj je upitnik, pre početka popunjavanja.

Datum:

Potpis ispitanika (ne mora čitko)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unapred hvala na učešću!

## Информисани пристанак за учешће у истраживању

»Здравствено васпитање о репродуктивном здрављу средњошколаца у Војводини«

**Пре него што почнеш, молимо те да пажљиво прочиташ ово!**

Поштовани,

Позивамо те да учествујеш у истраживању у оквиру Пројекта: „Ваннаставна едукација ‘Здравствено васпитање о репродуктивном здрављу средњошколаца у Војводини’ у школској 2015/16. години», који спроводи Институт за јавно здравље Војводине (финансиран средствима Покрајинског секретаријата за спорт и омладину Аутономне покрајине Војводине).

Циљ овог истраживања јесте да испита знање, ставове и понашање у вези са репродуктивним здрављем ученика других разреда 72 средње школе и гимназије у Војводини, али се подаци неће обрађивати посебно за разред нити школу, већ за тип школа (гимназије/средње стручне школе/медицинске школе).

Ово истраживање ће обезбедити и значајне смернице за едукацију која ти је предложена током ове школске године. Без обзира да ли ћеш учествовати у овој едукацији, након годину дана иста анкета ће бити поново спроведена и тако ће се закључити да ли је едукација била добра и на шта још треба обратити пажњу.

Упитник је анониман – на њему се не појављује твоје име или било које друге информације које би могле да те идентификују пред особама које обрађују податке.

Едукатор ће ти дати коверту са упитником.

Када завршиш попуњавање упитника (хемијском оловком) молимо те да га ставиш у коверту у којој си га добио/-ла, и затвориш је. Немој писати име на коверти, већ је само убаци у збирну коверту целог разреда, коју је едукатор поставио отворену на свом столу. Можеш се уверити да на крају анкетирања едукатор затвара збирну коверту селотејпом.

Учествовање у истраживању је потпуно добровољно, што значи да се у сваком моменту можеш предомислити. Важно је да на свако питање одговориш што подробније и што искреније. Немој постављати додатна питања другима ни одељенском старешини. Резултати се неће приказивати за појединачна одељења или школе, и сети се - твоји одговори су апсолутно анонимни.

Да ли желиш да учествујеш у истраживању? (заокружи свој одговор)

ДА

НЕ

У случају да се слажеш са учешћем у истраживању, молимо те да потпишеш овај информисани пристанак, који ћеш предати одвојено од коверте у којој је упитник, пре почетка попуњавања.

Датум:

Потпис испитаника (не мора читко):

---



---

Унапред хвала на учешћу!

**SERAT - UPITNIK**

1. Molimo Vas da označite godinu Vašeg učešća u edukaciji (ukoliko ste učestvovali više godina u programu, sa istim ili različitim ulogama, molimo Vas da popunite upitnik posebno za svaku godinu)

- Pilot program 2013-2014. g.
- 2014-2015. g
- 2015-2016. g.

2. Pol

- Muški
- Ženski

3. Na koji način ste učestvovali u programu (uloga u programu)?

- Zaposlen/a u Pokrajinskom sekretarijatu za sport i omladinu APV
- Autor praktičnog i teoretskog dela programa i edukator edukatora
- Autor praktičnog dela programa i edukator edukatora
- Edukator/vršnjački edukator
- Zadužen za medije i odnose sa javnošću
- Direktor (Instituta za javno zdravlje Vojvodine/škole)
- Osoba zadužena za monitoring programa
- Osoba zadužena za evaluaciju programa

Da li programski moduli za učenike sadrže sve elemente sveobuhvatnog seksualnog obrazovanja?

DA LI SU NAREDNE TEME OBUHVAĆENE PROGRAMOM?			Odgovor:	Komentar:
			Da/manje više/ne/ne znam/nije primenjivo	Naznačite do koje granice je sadržaj naučno tačan, temeljan, odgovarajući za uzrast; drugi komentari
1.	Znanje	Uticaj razotkrivanja (npr. HIV pozitivnog statusa, trudnoće, seksualne orijentacije) na ostale članove porodice (Z)		
2.	Životne veštine	Suočavanje sa razotkrivanjem unutar porodice: okretanje ka sistemima podrške, promena uloga i odgovornosti, međusobno podržavanje sa uzajamnim poštovanjem (ŽV)		
3.	Osećanja	Razumevanje da stid, strah i druga osećanja mogu da utiču na odlaganje saopštavanja drugima o svojoj trudnoći, HIV infekciji itd. i da spreče pristup službama podrške (O)		
4.	Životne veštine	Identifikacija osobe od poverenja sa kojima mogu da podele informacije i pitanja o seksualnosti (ŽV)		
5.	Pol/rod	Uticaj pola na socijalnu mobilnost i društvene veze između žena i muškaraca (P)		
6.	Pol/rod Osećanja	Lični osvrt na uloge polova koje treba preispitati (P; O)		
7.	Ljudska prava	Odgovarajući zakoni koji se odnose na nasilne veze (LJP)		
8.	Životne veštine	Veštine da se identifikuju nasilne veze: poznavanje prava i odgovornosti pojedinca; veštine komunikacije; dobijanje podrške od nekog drugog (ŽV)		
9.	Socijalne norme	Izvor moći i bespomoćnosti u međuljudskim odnosima (SN)		
10.	Ljudska prava	Internacionalni i nacionalni zakonski instrumenti koji se tiču dečjih brakova, sakaćenja ženskih genitalija, uzrasta pristanka na seks. odnose, seksualnu orijentaciju, silovanje, seksualno zlostavljanje i pristup ljudi službama za seksualno i reproduktivno zdravlje (LJP)		
11.	Znanje	Biološke, društvene, psihološke, duhovne, etičke i kulturološke komponente seksualnosti (Z)		
12.	Znanje	Ključni elementi seksualnog zadovoljstva i odgovornosti (Z)		
13.	Socijalne	Faktori koji utiču na seksualnu orijentaciju i polni		

**PRILOG 7**

	norme Pol/rod	identitet (SN; P)		
14.	Ljudska prava Pol/rod	Prihvatanje ljudi drugačije seksualne orijentacije i polnog identiteta kao deo poštovanja ljudskih prava (LJP; P)		
15.	Pol/rod	Polna nejednakost i rizik od seksualne prisile, zlostavljanja i nasilja (P)		
16.	Socijalne norme	Socijalne, kulturološke i religijske norme koje utiču na pristanak i prisilu (SN)		
17.	Socijalne norme	Potencijalno pozitivni i negativni uticaji poruka masovnih medija o seksualnosti i seksualnim vezama (SN)		
18.	Životne vestine	Demonstriranje odgovarajućeg ponašanja za traženje pomoći, uključujući asertivnost (ŽV)		
19.	Znanja	Zakonske, društvene i zdravstvene posledice odlučivanja o seksualnosti (Z)		
20.	Osećanja	Lični osvrt na stepen zrelosti i opuštenosti u komunikaciji kako bi se osiguralo da su intimna iskustva željena, bezbedna, uz poštovanje i uživanje (O)		
21.	Znanja	Potencijalne zakonske, društvene i zdravstvene posledice odluka o seksualnosti (Z)		
22.	Životne veštine	Koraci racionalnog odlučivanja o pitanjima seksualnog i reproduktivnog zdravlja (ŽV)		
23.	Osećanja	Osvrt na lične vrednosti koje utiču na sopstvene odluke i ponašanje (O)		
24.	Znanja	Važnost toga da može da se razgovara o sopstvenoj različitosti sa drugima (uključujući roditelje) i da se razvije poštovanje za uzajamna prava na različite vrednosti (Z)		
25.	Životne veštine	Veštine asertivnosti i pregovaranja da se odupre neželjenom seksualnom pritisku i učvrsti namera o primeni bezbednog seksa (ŽV)		
26.	Osećanja Ljudska prava	Lični osvrt na poznavanje međusobnih prava i odgovornosti kada se započinje ili prekida problematična veza (O; LJP)		
27.	Pol/rod	Uticaj rodnih uloga i očekivanja na pregovore u seksualnim vezama (P)		
28.	Osećanja	Procenjivanje zašto je mnogim mladim ljudima teško da jasno i asertivno iskažu da ne žele seks (O)		
29.	Ljudska prava	Prihvatanje prava na privatnost i telesni integritet u instrumentima međunarodnih ljudskih prava (LJP)		
30.	Ljudska prava	Poštovanje ljudskih prava koje zahteva da prihvatimo ljude drugačije seksualne orijentacije i polnog identiteta (LJP)		
31.	Znanja Rod/pol	Promene iskustava muškaraca i žena u seksualnim i reproduktivnim funkcijama tokom života (Z; R)		
32.	Osećanja	Kako ljudska osećanja o sopstvenom telu mogu da utiču na zdravlje, sliku o sebi i ponašanje? (O)		

**PRILOG 7**

33.	Socijalne norme	Preispitivanje nerealnih standarda o izgledu tela (SN)		
34.	Pol/rod	Uticao rodni uloga na kontrolu sopstvene seksualnosti i mogućnost da se osoba slobodno kreće u društvu i izlazi (P)		
35.	Znanje	Pravljenje razlike između reproduktivne i seksualne funkcije i želje (Z)		
36.	Znanje	Obostrani pristanak kao ključni uslov pre seksa sa partnerom (Z)		
37.	Znanja	Lična dobit i mogući rizici od dostupnih metoda kontracepcije (Z)		
38.	Životne veštine	Povećanje samopouzdanja u toku dogovora o korišćenju različitih metoda kontracepcije (ŽV)		
39.	Životne veštine	Uticao rodni uloga na kulturološke i generacijske norme za biranje najboljih strategija za smanjenje rizika za seksualno i reproduktivno zdravlje (ŽV)		
40.	Osećanja	Kako samoefikasnost i doživljena ranjivost utiču na davanje prednosti strategijama za kontracepciju i prevenciju seksualno prenosivih infekcija (O)		
41.	Ljudska prava	Podeljena partnerska odgovornost za sprečavanje seksualno- prenosivih infekcija ili neplanirane trudnoće (LJP)		
42.	Osećanja	Lični stav o razotkrivanju seksualno-prenosivih infekcija ili HIV statusa partnera (O)		
43.	Socijalne norme	Uticao stigme i diskriminacije na pristup obrazovanju, informacijama i službama od strane osoba koje žive sa HIV-om (SN)		
44.	Ljudska prava	Odgovornost ljudi da prijave nasilne veze i da govore javno protiv pristrasnog ponašanja i netolerancije (LJP)		
45.	Ljudska prava	Odgovornost države za zaštitu, poštovanje i sprovođenje seksualnih i reproduktivnih prava (LJP)		
46.	Znanje	Važnost učešća ljudi koji žive sa HIV-om u poboljšanju odgovora na HIV epidemiju (Z)		
47.	Pol/rod	Na koji način pol/rod utiče na građansko i političko učešće (P)		
48.	Osećanja	Lična pristrasnost, predrasude i motivacija za promenu (O)		
49.	Osećanja	Iskustva i osećanja mladih koja se javljaju pri pokušaju da se promoviše seksualno zdravlje, ljudska prava ili rodna ravnopravnost (P)		
50.	Životne veštine	Preispitivanje lične zabrinutosti u vezi sa seksualnim zdravljem, ljudskim pravima i rodnom ravnopravnošću (ŽV)		

1-9 MEĐULJUDSKI ODNOSI; 10-18 SEKSUALNOST I SEKSUALNO PONAŠANJE; 19-28 KOMUNIKACIJA, PREGOVARANJE I DONOŠENJE ODLUKA; 29-36 LJUDSKI RAZVOJ; 37-43 SEKSUALNO I REPRODUKTIVNO ZDRAVLJE; 44-50 OSNAŽIVANJE MLADIH

**PRILOG 7**

<b>Ciljevi i principi</b>				
Koji su ciljevi programa i koji principi su praćeni da bi se oni ostvarili?				
		<b>Koje su glavne karakteristike programa?</b>	<b>Odgovor</b> da/manje više/ne/ne znam/nije primenjivo	Komentar
<b>Ciljevi</b>		Da li program ima:		
	1.	- Kognitivne ciljeve?		
	2.	- Afektivne ciljeve?		
	3.	- Ciljeve sticanja veština?		
		... Jasne javnozdravstvene ciljeve koji uključuju:		
	4.	- Smanjenje neplanirane trudnoće?		
	5.	- Smanjenje HIV-a?		
	6.	- Smanjenje seksualno prenosivih infekcija?		
	7.	- Smanjenje rodno-zasnovanog nasilja?		
<b>Efektivno ponašanje</b>		Da li program ima uticaj na razvoj efektivnog ponašanja kao što je:		
	8.	- Izbegavanje seksualnih odnosa?		
	9.	- Odlaganje prvog seksualnog odnosa?		
	10.	- Tačna i dosledna upotreba kondoma?		
	11.	- Smanjenje broja partnera?		
	12.	- Izbegavanje istovremenih seksualnih veza?		
	13.	- Testiranje seksualno-prenosivih infekcija		
	14.	- Upotrebu efikasnih metoda kontracepcije?		
	15.	- Prevazilaženje prepreka da se nabave ili koriste kondomi		
	16.	- Identifikovanje pritiska za seksualni odnos?		
	17.	- Predlaganje mera za reagovanje na pritiske za seksualni odnos?		
	18.	- Izbegavanje specifičnih situacija koje mogu dovesti do neželjenog ili nezaštićenog seksualnog odnosa?		
	19.	- Korišćenje savetovališta za reproduktivno zdravlje?		
	20.	Da li se program oslanja na logički model koji specifično određuje zdravstvene ciljeve?		
	21.	Da li se program oslanja na logički model koji specifično određuje specifična ponašanja koja utiču na ove ciljeve i koja se mogu promeniti?		
	22.	- Da li se program oslanja na logički model koji specifično određuje psihosocijalne faktore koji utiču na ova ponašanja (npr. znanje, stavovi, norme, veštine)?		
	23.	- Da li se program oslanja na logički model koji specifično određuje veći broj istovremenih aktivnosti za pojedinačne faktore?		
24.	Da li je razvoj programa uključivao stručnjake iz oblasti ljudske seksualnosti?			
25.	Da li je program probno testiran?			



PRILOG 7

Analiza zainteresovanih strana/ <i>stakeholders</i>	26.	Da li su identifikovane osnovne karakteristike zainteresovanih strana/ <i>stakeholders</i> za izvođenje programa (npr. mladi ljudi, roditelji, ljudi pogođeni ili inficirani HIV-om)		
	27.	Da li je opisana glavna korist i dobit koju zainteresovane strane dobijaju od programa, uključujući i to na koji način su pogođeni problemom?		
	28.	Da li program uzima u obzir moguće intervencije zainteresovanih strana da podrže aktivnosti ili da se uključe u njih?		
	29.	Da li program uzima u obzir interesovanja zainteresovanih strana?		
	30.	Da li teme programa o HIV-u i AIDS-u uključuju mlade ljude?		
	31.	- Da li teme programa o HIV-u i AIDS-u uključuju roditelje i zajednice?		
	32.	- Da li teme programa o HIV-u i AIDS-u uključuju ljude pogođene ili inficirane HIV-om?		
	33.	- Da li teme programa o HIV-u I AIDS-u uključuju religiozne grupe i tradicionalne vođe?		
	34.	Da li teme programa o HIV-u I AIDS-u uključuju školsku upravu?		
	35.	Da li teme programa o HIV-u I AIDS-u uključuju nastavnike?		

IMPLEMENTACIJA				
Koje metode su najčešće planirane u seksualnom obrazovanju?				
Da li program uključuje jasne i detaljne smernice koje:			Odgovor Da/manje više/ne/ne znam/ne primenjivo	Komentar
Principi	1.	Uspostavljaju okolinu za učenje zasnovanu na jednakosti, poštovanju i ljudskim pravima?		
	2.	Podstiču proces koji koristi iskustva učenika, integrišući informacije i ideje u ono što oni već znaju i misle?		
	3.	Koriste širok spektar strategija da privuku pažnju učenika?		
	4.	Formiraju sposobnost učenika da razmišljaju, uče, kritički razmišljaju o sopstvenim životima i o svetu oko njih i da rešavaju probleme?		
	5.	Podstiču sposobnost učenika da primene ono što uče na njihove živote i zajednicu, tj. da im pomognu da postanu aktivni građani i pokretačka snaga za pozitivne promene?		
Način predavanja	6.	Uključuju formalno učenje u učionici zasnovano na predavanju?		
	7.	Uključuju učenje u učionici sa učešćem?		
	8.	Uključuju vršnjačko obrazovanje?		
	9.	Uključuju aktivnosti za samostalno učenje?		
Metode	10.	Uključuju energične aktivnosti ( npr. za zagrevanje, igre sa imenima, pesme, fizičke vežbe)?		
	11.	Uključuju okidače diskusije (npr. “bura mozgova /brainstorming”; studije slučajeva; korišćenje pitanja i izjava za podsticanje davanja brzih pisanih odgovora; vežbe “slaganja/neslaganja”; predstavljanje problema, filmova i tekstova za čitanje)?		
	12.	Uključuju kreativno izražavanje (npr. igre, umetničke projekte, igranje uloga i pozorište, poeziju, kreativno pisanje)?		
	13.	Uključuju grupne diskusije (npr. neformalni dijalog, panel diskusije, debate)?		
	14.	Uključuju razmišljanje i analizu (npr. mapiranje zajednice, “stablo problema”, istraživačke projekte, analizu medijskih poruka)?		
	15.	Uključuju lična razmišljanja (npr. vođenje dnevnika, “vođenje sećanja”, razjašnjavanje vrednosnih stavova, kreativni umetnički projekti)?		



Compose

Archive Move Delete Spam Collapse All

SERAT (2)

People

hiv-health-clearinghouse Dear Tanja Tomasevic, Thank you for your n Oct 5 at 5:53 PM

Hospital, Xavier <x.hospital@unesco.org> Oct 5 at 6:55 PM

To: hiv-health-clearinghouse, 'tanja\_begovic@yahoo.com'

Dear Tanja Tomasevic,

I am glad that you find the tool useful for the purpose of a doctoral dissertation. Unless Lynne Sergeant corrects me you are free to use the tool as long as UNESCO is acknowledged as the author.

For your information, we are currently revising the tool. A meeting that will take place at the end of the month will help clarifying the changes that are deemed necessary for the revised version. Depending on your timeframe you could work either with the current version or with the new, revised one (probably as a pilot, as validation may take some time).

Kind regards,

Xavier

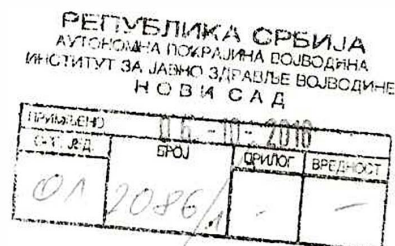
Section Education | Bureau régional multisectoriel de l'UNESCO Dakar | Route de la plage de Ngor | BP 3311 Dakar Senegal

Tel. +221 35 864 96 47 | Cel. +221 77 742 12 04

www.unesco.org/new/en/dakar, www.besigmalree.org

Show original message

Reply Reply to All Forward More



Овај Образац чини саставни део докторске дисертације, односно докторског уметничког пројекта који се брани на Универзитету у Новом Саду. Попуњен Образац укоричити иза текста докторске дисертације, односно докторског уметничког пројекта.

## План третмана података

<b>Назив пројекта/истраживања</b>
Ефективност Програма здравственог васпитања о репродуктивном здрављу младих узраста 16 година у Војводини
<b>Назив институције/институција у оквиру којих се спроводи истраживање</b>
а) Институт за јавно здравље Војводине, Нови сад б) Средње школе и гимназије у АП Војводини
<b>Назив програма у оквиру ког се реализује истраживање</b>
Докторске академске студије - јавно здравље
<b>1. Опис података</b>
<b>1.1 Врста студије</b>  <i>Укратко описати тип студије у оквиру које се подаци прикупљају:</i>  Дизајн студије припада квазиексперименталној студији. За потребе овог истраживања коришћене су базе података које су прикупљене током три школске године у оквиру Пројекта “Ваннаставна едукација - Здравствено васпитање о репродуктивном здрављу средњошколаца у Војводини”, 2013-2016. година, обухвативши преко 10.000 средњошколаца у Војводини. Саставни део пројекта је примена здравствено - васпитног програма о репродуктивном здрављу - Програм ванаставне едукације „Здравствено васпитање о репродуктивном здрављу међу средњошколцима у Војводини“. Све три године истраживање је спроводио Институт за јавно здравље Војводине уз подршку Покрајинског секретаријата за спорт и омладину АП Војводине. У овој дисертацији процењивана је ефективност наведеног програма кроз евалуацију утицаја/исхода програма (унапређење знања, ставова и понашања ученика у релевантим доменима) на основу пре- и пост- интервентног анкетања ученика који су учествовали у програму и кроз евалуацију циљева, принципа, садржаја и имплементације применом евалуационог <i>SERAT</i> инструмента ( <i>Sexuality Education Review and Assessment Tool, UNESCO</i> ).
<b>1.2 Врсте података</b> <b>а) квантитативни</b> б) квалитативни
<b>1.3. Начин прикупљања података</b> <b>а) анкете, упитници, тестови</b>

б) клиничке процене, медицински записи, електронски здравствени записи

в) генотипови: навести врсту \_\_\_\_\_

г) административни подаци: навести врсту \_\_\_\_\_

д) узорци ткива: навести врсту \_\_\_\_\_

ђ) снимци, фотографије: навести врсту \_\_\_\_\_

е) текст, навести врсту \_\_ Литература

ж) мапа, навести врсту \_\_\_\_\_

з) остало: описати \_\_\_\_\_

### 1.3 Формат података, употребљене скале, количина података

У 1, 2 и 3. циклусу коришћен је анкетни упитник који је садржао питања о социодемографским карактеристикама испитаника, знању, ставовима и понашањима ученика у релевантним доменима. У четвртој години примењен је евалуациони *SERAT* упитник.

#### 1.3.1 Употребљени софтвер и формат датотеке:

а) *Excel* фајл, датотека \_\_\_\_\_

б) *SPSS* фајл, датотека \_\_\_\_\_

в) *PDF* фајл, датотека \_\_\_\_\_

г) Текст фајл, датотека \_\_\_\_\_

д) *JPG* фајл, датотека \_\_\_\_\_

е) Остало, датотека \_\_\_\_\_

#### 1.3.2. Број записа (код квантитативних података)

а) број варијабли \_\_ Велики број варијабли

б) број мерења (испитаника, процена, снимака и сл.)

У 1. циклусу учествовао је 991. ученик пре интервенције а 950 ученика након интервенције.

У 2. циклусу учествовало је 4.014 ученика пре интервенције и 4790 ученика након интервенције. У 3. циклусу учествовало је 5.026 ученика пре интервенције и 5.230 ученика након интервенције. У 4. циклусу учествовало је 57 едукатора, аутора програма и доносиоца одлука.

#### 1.3.3. Поновљена мерења

а) да

б) не

Уколико је одговор да, одговорити на следећа питања:

а) временски размак између поновљених мера је 9 месеци \_\_\_\_\_

б) варијабле које се више пута мере односе се на \_\_ Све варијабле \_\_\_\_\_

в) нове верзије фајлова који садрже поновљена мерења су именоване као \_\_\_\_\_ SPSS матрица после едукативног програма

Напомене: \_\_\_\_\_

*Да ли формати и софтвер омогућавају дељење и дугорочну валидност података?*

а) **Да**

б) **Не**

*Ако је одговор не, образложити* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 2. Прикупљање података

### 2.1 Методологија за прикупљање/генерисање података

#### 2.1.1. У оквиру ког истраживачког нацрта су подаци прикупљени?

а) експеримент, навести тип

Квазиексперимент са групом пре и после

б) корелационо истраживање, навести тип \_\_\_\_\_

ц) анализа текста, навести тип \_\_\_\_\_

д) остало, навести шта \_\_\_\_\_

*2.1.2 Навести врсте мерних инструмената или стандарде података специфичних за одређену научну дисциплину (ако постоје).*

Стандардизовани упитник: *SERAT (Sexuality Education Review and Assessment Tool; UNESCO)*

### 2.2 Квалитет података и стандарди

#### 2.2.1. Третман недостајућих података

а) Да ли матрица садржи недостајуће податке? **Да** **Не**

Ако је одговор да, одговорити на следећа питања:

а) Колики је број недостајућих података? Недостајући подаци су се кретали у распону од 0-10%, зависно од укључених варијабли у анализу

б) Да ли се кориснику матрице препоручује замена недостајућих података? Да **Не**

в) Ако је одговор да, навести сугестије за третман замене недостајућих података

\_\_\_\_\_

#### 2.2.2. На који начин је контролисан квалитет података? Описати

Квалитет података је контролисан применом статистичких тестова и валидацијом добијених података, одбацивани су упитници са мање од 50% попуњених питања

2.2.3. На који начин је извршена контрола уноса података у матрицу?

Контрола уноса података у матрицу је изведена је уз помоћ више независних процењивача и супервизора

### 3. Третман података и пратећа документација

3.1. Третман и чување података

3.1.1. Подаци ће бити депоновани у Репозиторијуму докторских дисертација Универзитета у Новом Саду

3.1.2. URL адреса <https://cris.uns.ac.rs/searchDissertations.jsf>.

3.1.3. DOI \_\_\_\_\_

3.1.4. Да ли ће подаци бити у отвореном приступу?

- a) **Да**
- б) Да, али после ембарга који ће трајати до \_\_\_\_\_
- в) **Не**

Ако је одговор не, навести разлог \_\_\_\_\_

3.1.5. Подаци неће бити депоновани у репозиторијум, али ће бити чувани.

Образложење

---

---

3.2 Метаподаци и документација података

3.2.1. Који стандард за метаподатке ће бити примењен? \_\_\_\_\_

3.2.1. Навести метаподатке на основу којих су подаци депоновани у репозиторијум.

---

---

Ако је потребно, навести методе које се користе за преузимање података, аналитичке и процедуралне информације, њихово кодирање, детаљне описе варијабли, записа итд.

---

---

---

---

3.3 Стратегија и стандарди за чување података

3.3.1. До ког периода ће подаци бити чувани у репозиторијуму? Трајно

3.3.2. Да ли ће подаци бити депоновани под шифром? Да **Не**

3.3.3. Да ли ће шифра бити доступна одређеном кругу истраживача? Да **Не**

3.3.4. Да ли се подаци морају уклонити из отвореног приступа после извесног времена?

Да **Не**

Образложити

---

---

#### 4. Безбедност података и заштита поверљивих информација

Овај одељак МОРА бити попуњен ако ваши подаци укључују личне податке који се односе на учеснике у истраживању. За друга истраживања треба такође размотрити заштиту и сигурност података.

##### 4.1 Формални стандарди за сигурност информација/података

Истраживачи који спроводе испитивања с људима морају да се придржавају Закона о заштити података о личности ([https://www.paragraf.rs/propisi/zakon\\_o\\_zastiti\\_podataka\\_o\\_licnosti.html](https://www.paragraf.rs/propisi/zakon_o_zastiti_podataka_o_licnosti.html)) и одговарајућег институционалног кодекса о академском интегритету.

4.1.2. Да ли је истраживање одобрено од стране етичке комисије? Да **Не**

Ако је одговор Да, навести датум и назив етичке комисије која је одобрила истраживање

\_\_\_ Решење бр. 01-2086/3 Етичке комисије Института за јавно здравље Војводине, од 13.02.2017. године

4.1.2. Да ли подаци укључују личне податке учесника у истраживању? Да **Не**

Ако је одговор да, наведите на који начин сте осигурали поверљивост и сигурност информација везаних за испитанике:

- а) Подаци нису у отвореном приступу
- б) Подаци су анонимизирани
- ц) Остало, навести шта

---

---

#### 5. Доступност података

5.1. Подаци ће бити

а) **јавно доступни**

б) доступни само уском кругу истраживача у одређеној научној области

ц) затворени



Ако су подаци доступни само уском кругу истраживача, навести под којим условима могу да их користе:

---

Ако су подаци доступни само уском кругу истраживача, навести на који начин могу приступити подацима:

---

5.4. Навести лиценцу под којом ће прикупљени подаци бити архивирани.

Ауторство-некомерцијално- делити под истим условима

## 6. Улоге и одговорност

6.1. Навести име и презиме и мејл адресу власника (аутора) података

Тања Томашевић, tanja.tomasevic@mf.uns.ac.rs

6.2. Навести име и презиме и мејл адресу особе која одржава матрицу с подацима

Тања Томашевић, tanja.tomasevic@mf.uns.ac.rs

6.3. Навести име и презиме и мејл адресу особе која омогућује приступ подацима другим истраживачима

Тања Томашевић, tanja.tomasevic@mf.uns.ac.rs

---