

ПРВИ ДЕО - одредбе Одлуке и Програм до Главе VIII

Други део - Програм од Главе IX

На основу члана 21. тачка 2. и тачка 4. Статута Аутономне Покрајине Војводине ("Сл. лист АПВ", бр. 17/91.),

Скупштина Аутономне Покрајине Војводине на седници одржаној 22. децембра 2004. године, донела је

Одлуку о доношењу Програма демографског развоја Аутономне Покрајине Војводине са мерама за његово спровођење

Одлука је објављена у "Службеном листу АПВ", бр. 3/2005 од 16.2.2005. године.

Члан 1.

Доноси се Програм демографског развоја Аутономне Покрајине Војводине са мерама за његово спровођење (у даљем тексту: Програм демографског развоја).

Члан 2.

Извршно веће Аутономне Покрајине Војводине донеће посебан План реализације мера за спровођење Програма демографског развоја.

О реализацији предузетих мера Извршно веће Аутономне Покрајине Војводине обавештаваће Скупштину Аутономне Покрајине Војводине.

Члан 3.

Ова Одлука ступа на снагу даном објављивања у "Службеном листу Аутономне Покрајине Војводине".

Скупштина Аутономне Покрајине Војводине

01 Број: 052-1

Нови Сад, 22. децембра 2004. године

Потпредседник
Скупштине АП Војводине
Борислав Новаковић, с.р.

**ПРОГРАМ ДЕМОГРАФСКОГ РАЗВОЈА
АУТОНОМНЕ ПОКРАЈИНЕ ВОЈВОДИНЕ СА
МЕРАМА ЗА ЊЕГОВО СПРОВОЂЕЊЕ**

I. УВОД

Програм демографског развоја Аутономне Покрајине Војводине са мерама за његово спровођење стратешки је документ Скупштине АП Војводине настао на основу закључка ове скупштине усвојеног у јануару 2004. године, приликом разматрања *Анализе о демографској ситуацији у АП Војводини на основу Пописа становништва 2002. године*.

Циљ програма демографског развоја АП Војводине са мерама за његово спровођење је дефинисање целовите и кохерентне политике АП Војводине према фертилитету становништва, односно дефинисање политичког одговора на испољене проблеме у демографском развоју, пре свега на феномен недовољног рађања, прихватање ниских репродуктивних норми код већине становништва, односно негативан природни прираштај, отворену депопулацију, пораст удела старих лица у структури становништва и све раширенији самачки живот.

Програм демографског развоја АП Војводине са мерама за његово спровођење заснива се на досадашњим демографским истраживањима; на искуствима и оценама ранијих мера и мера које сада постоје; на релевантним домаћим документима - Програм привредног развоја АП Војводине (2003); Програм за планирање породице (1998); Закон о финансијској подршци породици са децом (2002); Стратегија за смањење сиромаштва у Србији (2003); Национални план акције за децу Републике Србије (2004); на релевантним међународним документима за пронаталистички одговор - Конвенција о заштити материнства (1955); Техеранска прокламација (1968); Конвенција о правима детета УН (1989); Међународни пакт о економским, социјалним и културним правима човека; Здравље за све у 21. веку (1998); Здравље 21 (1999); Миленијумски циљеви развоја УН (2002); Свет по мери детета (2002) и др; на искуствима других земаља и на економским могућностима Покрајине, града и општина у њој, за његово остваривање.

Поред оцене стања у области демографског развоја, Програм демографског развоја АП Војводине садржи и мере за превазилажење неповољне демографске ситуације, које би могле да делују на узроке који доводе до недовољног рађања, а заснивају се на научним сазнањима и етичким начелима и уважавају слободу и права појединца да сам одлучује о рађању.

Мада је тешко направити универзалну типологију мера, мере су груписане у неколико категорија и то:

- Могућа решења проблема недовољног рађања
- Очување и унапређење репродуктивног здравља адолесцената
- Борба против стерилитета
- Снижавање психолошке цене родитељства
- Усклађивање рада и родитељства
- Популациона едукација
- Активирање локалне самоуправе

Сваки правац мера је обрађен полазећи од посебне потребе за његовим спровођењем, преко дефинисања мера које представљају његов конкретни израз, до претпостављених очекивања, краткорочног, односно дугорочног типа.

У Програму је такође дат осврт на унапређење породичноправне заштите и законодавне иницијативе за унапређење државних мера у овој области.

II. ДИЗАЈНИРАЊЕ ПРОНАТАЛИТЕТНОГ ПРОГРАМА

Поучени искуствима углавном неуспешних пронаталитетних програма у европским земљама, морамо нагласити важност неких предуслова за примену било којег сета мера, имајући у виду преовлађујуће социоекономске трендове.

- Сваки програм мора бити оријентисан према жени (перспективној мајци), мора водити рачуна о њеном здрављу, образовању и врстама помоћи у подизању деце. Постојано низак фертилитет условљава и транзицију односа међу половима, те су жене све више укључене у планирање и извршење нових социјалних програма.

- Следећи аспект оријентисаности према жени је нужност да централна јединица програма буде жена и њена деца.

- Програм мора да понуди јасну економску помоћ и мотивацију жени која размишља о рађању. Такав програм не значи да друштво купује "дете", него да преузима на себе финансијске и психичке трошкове које потенцијална мајка предвиђа да ће јој донети ново дете.

- Пронаталитетни програм мора да буде промовисан темељном медијском кампањом, усмереном ка мењању јавног мњења у прилог већем фертилитету. Неко ће тврдити да ово звучи као манипулисање. Ову тврдњу је тешко негирати јер емоционална реакција на страх од изумирања може поново омогућити некоме да тражи децу за државу, цркву, партију, уместо да тражи богатије друштво за људе.

- Програми планирања породице су веома скупи и зато захтевају претходну јавну расправу и јасно одређивање извора финансирања.

- Програм мора бити на националном нивоу, иако се понекад он неко време тестира на мањој територији.

Као алтернативне могућности, у модерном свету све су озбиљнији предлози да мајке на изборима треба да имају додатни глас за свако малолетно дете, а да радно способни треба да уплаћују део свог пензијског осигурања директно својим родитељима. Тако би и радно способни родитељи били стимулисани да имају више деце која би им, у старости, сопственим уплатама повећала пензије. Последњим решењем поново бисмо дошли у ситуацију да нас наша деца "лебом" ране.

У циљу повећања фертилитета војвођанског становништва планирање породице мора бити тако формулисано да узима у обзир број деце који је потребан и да води рачуна о механизму дејства многобројних фактора. Потребна је друштвена акција која подразумева посебно истраживање проблема, мера и искуства код сличних популација у свету, као и праћење остварених резултата.

Основни постулат мора бити: већи фертилитет мора бити економско преимућство. Ако су деца делом и нормално добро, као и свако друго, друштво без довољно деце мора понудити и цену како би "купило" дете више. У оваквој ситуацији није се захвално залагати за већа издвајања. Но, посматрајући дистрибуцију породица према броју деце у подручјима која имају нето стопу репродукције нешто изнад јединице, закључујемо да се не треба плашити да ће број породица са троје, а поготово са више од троје деце, бити нарочито велики.

Судећи по искуствима европских земаља, које имају сличне проблеме, Војводина би могла да достигне услове стационарног становништва, а што можемо означити и као оптималан циљ коме треба тежити. У прилог досезања овог нивоа иду и ставови о идеалној величини породице код жена у Војводини, који су и нешто виши од потреба.

III. ФЕНОМЕН НЕДОВОЉНОГ РАЂАЊА: НИВО, УЗРОЦИ, ПОСЛЕДИЦЕ

Рађање деце далеко испод потреба простог обнављања становништва обележава и демографски развој и демографски моментум Војводине. Са феноменом недовољног рађања Војводина се суочила још средином прошлог века. Већ у 1971. години нето стопа репродукције била је за око 25% нижа од потреба простог обнављања становништва. Током следеће две деценије стопа се углавном стабилизовала око тог нивоа вредности.

Нисконаталитетна подручја Србије у деведесетим годинама XX века карактерише јасан пад рађања. У Војводини нето стопа репродукције¹ између 1991 и 1999. опала је са 0,83 на 0,68. У 2000. години се бележи стабилизација нивоа рађања. Подаци за 2001. и 2002. годину указују на благи пораст нето стопе репродукције (0,74 и 0,71). Тешко је проценити да ли је у питању компензациони ефекат услед одлагања рађања у годинама отежаних услова и/или наговештај рехабилитације рађања.

Но, на нивоу 29% испод потреба простог обнављања становништва, што значи да ће следећа генерација жена бити за готово једну трећину мања по броју у односу на садашњу, оно је нешто испод нивоа који бележи централна Србија (нето стопа репродукције 0,76 у 2002. години), али изнад европског просека (0,66). Најнижи ниво нето стопе репродукције међу европским земљама почетком 21. века бележе земље у транзицији социоекономског система - Чешка, Украјина и Руска Федерација, и земље Јужне Европе, Грчка, Шпанија и Италија (око 45% испод потреба просте замене генерација). Највише пак стопе, када се изузме Албанија, бележе земље Северне Европе, Норвешка, Данска, Финска и Холандија, заједно са Француском и Ирском (између 10% и 17% испод потреба просте замене генерација).

Рађање као позитивна природна компонента непосредно утиче на ревитализацију обима становништва и његове старосне структуре. Као такво, са нивоом испод потреба просте замене генерација који траје више деценија, недовољно рађање је основни покретач брзог пада природног прираштаја, отворене депопулације и наглашеног старења становништва. Наиме, становништво Војводине се од 1989. године више не обнавља природним путем, а у 2002. стопа природног прираштаја износила је - 4,7 промила. Војводина је и модерно - старо друштво, према резултатима пописа становништва спроведеног 2002. године 315.185 лица, односно шестина становништва стара је 65 и више година.

Низак ниво рађања становништва је законит процес који на садашњем цивилизацијском нивоу не може да избегне ниједно развијено друштво. У детерминистичкој основи недовољног рађања становништва доминирају варијабле које се односе на репродуктивне норме, учешће становништва у

репродукцији и тзв. структуре препреке које спречавају остварење и репродуктивних норми и учешће становништва у репродукцији.

Ниске репродуктивне норме су дубоко условљене и као такве припадају категорији дугорочних феномена. Управо дубока условљеност и дугорочност су особине које мало, ако уопште, остављају простора за спонтане промене актуелних тенденција нивоа рађања у догледној будућности. Наиме, неки од битних фактора ниских норми у сфери рађања иманентни су нашој цивилизацији, било да представљају њена позитивна достигнућа или њене изразите слабости (Рашевић, 1995). Тако су, између осталог, на једној страни еманципација и индивидуализам, нуклеарна породица и измењен положај жене и деце у њој, инсистирање на квалитету и сопственог живота и квалитету живота детета, либералан закон о абортусу и доступност ефикасне контрацепције, а на другој материјалистичка свест са потрошачким менталитетом и лични живот, разуђенији него икада раније. Ови и други узроци подстичу аспирације, било интелектуалне и професионалне, или оне у приватној сфери, укључујући стицање и хедонизам. У новом систему вредности родитељство је задржало високо место, с тим што су се овом циљу придружили нови садржаји који су, такође, високо вредновани. Промене које су Лестиц и Ван де Ка са разлогом назвали "идеологијом индивидуалне аутономије" утицале су да ниске репродуктивне норме, које је проузроковао модеран развој, постану још ниже и недовољне за просто обнављање становништва. У савременим условима, када су деца изгубила важне социјалне и економске функције карактеристичне за традиционална друштва, жене и мушкарци се рационално опредељују за једно или два детета, задовољавајући првенствено емоционалне и психолошке родитељске потребе уз истовремено избегавање ризика. То се чини у атмосфери у којој је слобода појединаца далеко изнад одговорности и солидарности. Реч је о сопственој микро сфери, у којој нису присутне друштвене демографске потребе, о њима појединац не размишља и/или их не уважава, нити их друштво промовише.

Особине фактора који опредељују учешће становништва у репродукцији су такође продукт модерне културе, савременог начина живота и социјалних и економских услова. Међу њима све важније место имају цивилизацијски фактори који, како сматра Мацура, "врше притисак на институције брака и породице, преко идеја о слободи личности, ерозије колективне свести, ширења потрошачког менталитета и хедонизма, све до алтернативних стилова живота". Савремени модел суживота удвоје подразумева да је брак мање универзалан, ступање у брак касније, разводи чешћи, поново заснивање брачне заједнице ређе и краћег трајања, а алтернативне форме заједништва мушкарца и жене све бројније.

Поред опортуних препрека рађању, осећаја недовољне сигурности и у породици и у широј заједници и трошкова (цене) везаних за усклађивање родитељства и професионалне активности као и родитељства и задовољења различитих интересовања, и структурне препреке: незапосленост, нерешено стамбено питање, проблеми чувања деце, незадовољавајући економски стандард и друге појаве из овог круга, су како варијабла ниских репродуктивних норми тако и битна баријера за реализацију ставова о идеалном броју деце и учешћу становништва у репродукцији. Мада структурне препреке не може да избегне ниједно развијено друштво, њихова важност је била велика у социјалистичким земљама. Значај набројаних

структурних препрека је и данас посебно изражен у овим земљама које су ушле у процес транзиције социоекономског система, а њима су придодати и нови елементи могуће индивидуалне пасивизације као што су, на пример, осећај несигурности, социјални маладаптациони синдром на измењене вредности и норме или друштвена аномија.

Пад рађања на нисконаталитетним подручјима Србије уклапа се у теоријска објашњења овог феномена. Међутим, специфичност Војводине и централне Србије је да оне бележе недовољан ниво рађања на знатно нижем степену општег развоја него европске земље. Такође, рађање је осцилирано на ниском нивоу током 1970-их и 1980-их, без тенденције пораста, који је забележен до осамдесетих година у источноевропским земљама, или даљег пада, који је карактеристичан од седамдесетих година за западноевропске земље.

Социјалистички тип убрзаног процеса модернизације, нагли прелазак из села у градове, излазак значајног дела жена на тржиште рада са пуним радним временом и непрекидном активношћу током репродуктивног периода, тешкоће при решавању стамбеног проблема у урбаним срединама, незапосленост или подзапосленост, нагла секуларизација свакако су важни чиниоци ране појаве феномена недовољног рађања. Поред тога, за разлику од осталих социјалистичких земаља, југословенско друштво је било знатно отвореније за западни систем вредности и у већој мери је омогућавало задовољавање индивидуалних потреба, што је условило пораст економске и психолошке цене детета. Истовремено, друштво је мало учинило да равноправна животна опција буде рађање уопште, а поготово рађање већег броја деце.

Остало је недовољно истражено питање релативне стабилизације нивоа рађања у Србији у седамдесетим и осамдесетим годинама. Једно од објашњења јесте очување универзалности брака. Свакако релевантан чинилац је и бег од друштвене аномије у приватност, породично окружење и родитељство. Ова појава указује на тенденцију реприватизације и ретрадиционализације које могу имати двоструки ефекат. Поред амортизације пада рађања, противречност пораста индивидуалних аспирација и традиционализам породичних вредности могу условљавати својеврстан пасиван отпор жена кроз ограничавање рађања деце вишег реда.

У деведесетим годинама прошлог века вишеструко се повећава, чак драматично, значај и опортуних и структурних препрека у детерминистичкој основи нивоа фертилитета становништва у Србији. Отуда пад нивоа рађања, посматрано с једне стране из угла искуства земаља чије су економије у транзицији, односно с друге стране имајући у виду дубину кризе друштва и јачину бурних догађаја, отвара питање - како демографска цена није била већа? У објашњењу се намеће неколико фактора. Пре свих - брак није био угрожен, а истраживања су потврдила доминацију традиционалистичке вредносне оријентације (Голубовић, Кузмановић, Васовић, 1995; Рашевић, 1995; Благојевић, 1997), а деведесете године карактерише и другачија популациона клима и промењен став државе према популационој политици. У оквиру предузиманих мера које су могле имати ефекте издвајају се заштита радних права породиље и збрињавање деце запослених мајки. Тако је дужина породилског одсуства у деведесетим годинама износила 25,5 месеци за треће дете, а у општинама са негативном стопом природног прираштаја становништва утврђено је право на пуну надокнаду трошкова

боравка у предшколским установама за треће и свако наредно дете у породици.

Полазећи од нивоа рађања становништва Војводине и имајући у виду како дубоку условљеност, тако и последице феномена недовољног рађања, популациона политика у области фертилитета намеће се као неминовност. Утолико пре што су споредне спонтане промене у сфери репродукције становништва, поготово оне радикалне, без шанси. Набројани фактори, за које се претпоставља да су успорили или ублажили пад рађања у претходним деценијама, представљају могући ослонац и битно искуство за политички одговор чији циљ треба да буде рехабилитација рађања.

¹ Нето стопа репродукције представља број живорођене женске деце које би родила једна жена у току прокреативног периода, уколико би фертилитет и морталитет по старости из године посматрања били непромењени током целог прокреативног периода. За просту замену генерација потребно је да вредност овог прецизног показатеља нивоа рађања износи 1,00.

IV. ОСНОВНА ИСКУСТВА ЗА ПОЛИТИЧКИ ОДГОВОР У СФЕРИ ФЕРТИЛИТЕТА СТАНОВНИШТВА

Фактори за које се претпоставља да су успорили или ублажили пад фертилитета становништва Војводине у претходним деценијама представљају могући ослонац и искуство за популациону политику у сфери фертилитета становништва. У том смислу су важни и налази истраживања спроведених 1988. (Милосављевић) и 2001. године (Рашевић) који су показали не само високо вредновање брака и истицање породичног живота и деце као најважније животне аспирације и циља *per se*, већ и индивидуално препознавање структурних препрека као најважније баријере између релативно високих репродуктивних намера и понашања, односно јасно издвајање субпопулације која показује спремност да позитивно реагује у условима увођења пронаталитетних мера за које се залажу. Највећи значај даје се решавању стамбених услова породицама са децом путем повољних кредита и мерама за усклађивање рада и родитељства као што су дуго породилско одсуство и скраћено и/или клизно радно време.

Питање политичког одговора на проблем недовољног рађања је, међутим, изузетно сложено услед недостатка сазнања у погледу достизања нивоа рађања потребног за обнављање генерација, јер рехабилитације рађања није било ни у једној развијеној земљи. Искуства развијених земаља указују да, без обзира на значајне разлике у економским, друштвено-политичким и вредносним системима, као и институционалној основи популационе политике, постоји значајан степен униформности у погледу циљева, праваца мера, као и дефинитивног израза примењених мера.

Данас је у највећој мери присутан индиректан приступ којим се, преко политике подршке породици, односно низа релевантних социјалних политика (социјална сигурност, становање, запошљавање), експлицитно или имплицитно тежи стварању услова који би могли стимулативно утицати на рађање. Он је резултат отпора директном уплитању политике у сферу репродуктивног понашања индивидуе. Историјско искуство, људска права,

политичке препреке, неверовање у ефекте популационе политике или веровање у човека као рационално биће неке су од претпоставки које се намећу. Такође, потребно је време, услед природе процеса, да се искусе прве последице незадовољавајућих демографских трендова. Индиректан приступ се, пак, суштински не разликује од отвореног експлицитног пронаталитетног приступа који је карактерисао велики број источно-европских земаља и земаља Централне Европе током социјалистичког друштвеног уређења. Политика према фертилитету и у овим земљама је спровођена посредством политике према породици и других области социјалне политике, мада су пронаталитетни циљеви били интегрисани у развојне планове.

Политика подршке породици има два циља који заправо коегзистирају. Смањивање трошкова родитељства и ублажавање неједнакости у животном стандарду између породица са и без деце, превасходно је социјални циљ, но његови ефекти могу бити стимулативни по рађање чак и у случају да се они не очекују. Овако дефинисани циљ могао би се означити као демографски неутралан. Уобичајено се као циљна група дефинише породица, но у скорашње време са порастом кампање о праву детета, циљ се усмерава на добробит деце. Плурализам форми породичне организације, као и увећање броја породица са једним родитељем, проширује опсег значења социјалног циља једнаких шанси за све. Пронаталитетни циљ, стимулисање већег броја деце у породици како би се достигао жељени ниво рађања, ређе је заступљен на општем нивоу.

Мере којима се операционализују ови циљеви могу бити у новцу или у услугама. Мада је тешко направити универзалну типологију мера помоћи породици, могуће је издвојити: финансијска давања којима се тежи покрити део економског терета подизања деце, чему се, условно, може припојити и систем пореских олакшица; регулисање радног статуса родитеља и одсуствовања током трудноће, порођаја, подизања мале деце и неговања болесног детета, као и могућности усклађивања рада и родитељства флексибилним системом радног времена; програме чувања деце запослених родитеља; планирање породице.

Политика подршке породици има, најмање, привремени пронаталитетни ефекат. То је утврђено за земље Централне и Источне Европе у време када су спроводиле мере с експлицитно пронаталитетним циљем као и данас за нордијске земље, посебно Шведску и неке земље Западне Европе. Многи аутори оцењују да се постиже и дуготрајан ефекат. Он се креће између неоппадања завршеног фертилитета, у Чехословачкој, до повећања просечног броја деце у породици за 10% у Мађарској и Француској. И Екартова студија из деведесетих година, базирана на искуствима једанаест земаља, показала је да високе материјалне бенефиције могу повећати стопу укупног фертилитета у висини од 0,2 детета по жени. Значајан је и пример Шведске. Политика чији је циљ успостављање равнотеже између живота, професије и породице и пружање подједнаке шансе жени за самоостваривање повећала је фертилитет становништва до нивоа који је близу потребног за обнављање генерација у 1990-тим. Стопа укупног фертилитета је у 1991. години, чак, износила 2,13. Део повећања се сигурно дугује повећању рађања првог детета код жена у тридесетим годинама живота, као и смањењу временског размака између рођења првог и другог детета. Међутим, отворено је питање да ли ће и завршени фертилитет становништва расти.

Дакле, највећи број процена указује да је максимални ефекат примењених мера пораст завршеног фертилитета до 10%, што је у условима изузетно ниског нивоа рађања недовољно. Разлози изостајања већих и жељених ефеката су свакако многобројни и треба их тражити, поред сложене детерминистичке основе недовољног рађања, и у одсуству спремности или немогућности да се издвоје одговарајућа финансијска средства, неадекватној операционализацији мера које се спроводе, односно подређености мера популационе политике другим областима социјалне политике.

Од почетка транзиционих промена у Србији усвојена су два закона релевантна за популациону политику у сфери фертилитета становништва: *Закон о финансијској подршци породици са децом* и *Закон о раду*. Управо су истраживачки налази, искуства из других средина и сагледавање ефекта мера које су спровођене у деведесетим годинама у Србији, представљали основу за њихово дефинисање. Основно концептуално решење Закона о финансијској подршци породици са децом је, у што је могуће већој мери, раздвајање социјалне и популационе компоненте у моделу помоћи. Такође, битно опредељење је да се повећа значај популационог елемента у оквиру финансијске подршке породици, као и да се концентришу директне мере популационе политике у један инструмент да би био већи пронаталитетни ефекат.

У том смислу је уведен родитељски додатак као главни инструмент популационе политике. Усвојено је да се родитељски додатак исплаћује једнократно и то у износу 50.000 динара за друго дете, 90.000 за треће дете и 120.000 динара за четврто дете. Предвиђено је да се износ родитељског додатка месечно усклађује са трошковима живота. Тако, последњи исплаћен родитељски додатак за друго, треће и четврто дете износио је у јуну 2004. године: 61.819,00; 111.271,00 односно 148.359,00 динара.

Очекује се да ће ова мера представљати подстицај за рађање деце вишег реда и да ће смањити демографску цену транзиције на најмање два начина. Прво, ублажавањем препрека економске природе за остваривање репродуктивних норми. Друго, деловањем и психолошки позитивно, не само као и свака нова мера која се уводи у систем, већ и путем тога што појединац у тренутку рађања детета прима одређену суму новца уместо да је прима у деловима током већег броја година.

Тако, од 45 општина у Војводини, 34 општине надграђују популациону компоненту Закона о финансијској подршци породици са децом, спроводећи неку од мера популационе политике. Најзаступљеније су мере материјалне природе, а међу њима доминира мера везана за потпуно или делимично регресирање трошкова боравка трећег и наредног детета у породици у предшколској установи.

Такође, Законом о финансијској подршци породици са децом је регулисана и накнада зараде за време породилског одсуства, одсуства са рада ради неге детета и одсуства са рада ради посебне неге детета. Ова класична мера, путем које се олакшава усклађивање рада и родитељства, дефинисана је у износу 100% зараде за сву децу, без обзира на ред рођења, уз лимитирање највишег износа на нивоу од пет просечних месечних зарада у Републици.

Законом о раду, пак, дефинисано је да запослена жена има право на породилско одсуство и одсуство ради неге детета у трајању од 365 дана. Прецизирано је и да породилско одсуство траје до навршена три месеца од

дана порођаја, а да запослена жена по истеку породилског одсуства има право на одсуство са рада ради неге детета до истека 365 дана од дана отпочињања породилског одсуства. Насупрот већини земаља у транзицији, задржавање права које омогућава мајкама да проведу са дететом годину дана, уз надокнаду једнаку заради, за највећи број породиља је решење које има свој пун демографски смисао, јер задовољава већ стечене индивидуалне потребе у овој сфери. Новина је да и отац има право да користи одсуство са рада ради неге детета, чак и када мајка није у радном односу. Ово решење свакако не спада у сферу излагања у сусрет индивидуалним захтевима, већ пре има за циљ изградњу и ове врсте потребе и покушај је да се створе услови за значајније остваривање улоге оца у родитељству и то на самом почетку живота детета.

Донет је и нов Закон о пензијском и инвалидском осигурању. Њиме је утврђена повластица за мајке које роде треће дете тако што им се по том основу урачунава у посебан стаж време у трајању од две године. Другим речима, рађање трећег детета утиче на висину пензије мајке, али не и на стаж везан за радни однос (стаж осигурања).

Психолози скрећу пажњу на брзо адаптирање на поједине мере које се спроводе у циљу рехабилитације рађања. Важно је не само одржавање вредности дефинисаних мера, већ и њихово или појачавање, или нов израз, или увођење нове мере у модел финансијске помоћи породици са децом и систем радних односа, што такође отвара простор за надградњу Закона о финансијској подршци породици са децом и Закона о раду.

Када је реч о Закону о пензијском и инвалидском осигурању, чини се да решење везано за увећање висине пензије за мајке са троје деце нема пун демографски смисао. Такође, врло је важно да се при усвајању и других закона уважавају демографске потребе, односно да и они шаљу јасну поруку о бризи друштва за породицу и потомство. Пре свих, закони у области породичне правне заштите, здравствене заштите, предшколских установа, пореских решења, асистираних репродукције...

Потребно је донети и *Закон о медицински асистираним зачећу*. Овим законом потребно је регулисати методе планирања породице у позитивном правцу, као што су артифицијелна инсеминација семеном мужа или ванбрачног партнера (хомологна инсеминација), семеном даваоца (хетерологна инсеминација), и то *in vivo* и *in vitro*, донација јајне ћелије, те заузети став о дозвољености или забрани сурогат материнства. Субјекти медицински асистираних зачећа требало би да буду парови, брачни и ванбрачни (хетеросексуални). Даље, овим законом требало би прецизирати услове на страни даваоца генетског материјала, било да се ради о мушкарцу или жени, а нарочито предвидети број могућих коришћења генетског материјала једне особе (нпр. пет пута), јер се тиме спречава нехотичан инцест, и треба обезбедити некомерцијалност донација.

V. МОГУЋА РЕШЕЊА ПРОБЛЕМА НЕДОВОЉНОГ РАЂАЊА

Мере за повећање фертилитета позитивним подстицајима примењиване су у разним комбинацијама и интензитету у већини држава са недовољним рађањима и имале су ограничено дејство, пре свега, временско. Један од

важних разлога могао је бити и у чињеници да у мноштву мера неке од њих нису биле познате потенцијалним корисницима, да неке нису биле погодне за коришћење, а да су се неке од њих неким корисницима чиниле недовољно подстицајним. Зато, стимулус мора бити једноставан, јасан, свима доступан и свима привлачан.

У условима лимитираних средстава нужно је сва средства мобилисати и све мере усмерити ка рађању трећег детета, у породици, тј. у породицама које су у години рађања трећег детета имале приходе по члану домаћинства веће од просечне зараде у АП Војводини. На овај начин могла би се осигурати важна претпоставка за срећније детињство деце у овим породицама.

ТРЕЋЕ ДЕТЕ КАО РЕШЕЊЕ ПРОБЛЕМА НЕДОВОЉНЕ РЕПРОДУКЦИЈЕ

Који је то број деце који је Војводини потребан да би следеће генерације биле исте бројности као садашње? Да бисмо дошли до тога броја, послужили смо се програмима Пописног бироа САД (Paxex програми, 1997) који процењују специфичне стопе фертилитета² које одговарају жељеном фертилиту, на основу емпиријских модела. Ниво забележених стопа укупног фертилитета (СУФ) и фертилитета по старости у 2001. као и распоред фертилитета по старости када је жељена сума укупног фертилитета 2,1 дете по мајци дати су у табели 1.

Табела 1. Стварни фертилитет 2001. и потребни фертилитет

Старосна група	Забележени фертилитет 2001.	Потребни фертилитет
15-19	0,0271	0,0352
20-24	0,0952	0,1196
25-29	0,1071	0,1487
30-34	0,0562	0,0787
35-39	0,0209	0,0287
40-44	0,0034	0,0079
45-49	0,0001	0,0011
Сума	0,3100	0,4200
СУФ	1.5500	2,1000

Извори: Статистички годишњак Србије 2003. и Paxex: програм: Asfratt, 1997.

На основу потребних специфичних стопа фертилитета у табели 2. израчунати су потребни бројеви деце које треба да роде мајке одређене старости као и укупан број живорођених који Војводини обезбеђује просту репродукцију.

Табела 2. Стварни број 2001. и потребни број деце

Старосна група	Број живорођених		Разлика	
	Стварни 2001.	Потребни	Апсолутна	Релативна

15-19	1738	2373	-635	-26,8%
20-24	6374	8295	-1921	-23,2%
25-29	6881	9944	-3063	-30,8%
30-34	3523	5050	-1527	-30,2%
35-39	1378	1989	-611	-30,7%
40-44	246	594	-348	-58,6%
45-49	6	93	-87	-93,5%
Тотал	20145	28338	-8193	-28,9%
СУФ	1,55	2,10	0,55	-26,2%
Стопа наталитета	10,29	13,95	-3,66	-26,2%

* У 2001. години живорођени од мајки непознате старости распоређени су пропорционално у делу живорођених од мајки познате старости.

Извори: Статистички годишњак Србије 2003. и Расех: програм: Adjasfr, 1997.

Видимо да Војводини за просто обнављање годишње недостаје око осам хиљада живорођених. Значајни мањкови су у узрасту од 20 до 34 године. Укупни мањак живорођених у тих петнаест најпродуктивнијих година износи преко шест хиљада живорођених или 80% од исказаног мањка деце. Дакле, мере планирања величине породице морају се концентрисати на овај део репродуктивног периода, а то значи да морају водити рачуна о особинама и потребама овог контингента.

После одређивања кохорте жена којој треба створити оптималне услове за репродукцију, потребно је јасно артикулисати и паритет, тј. број жена са потребним бројем деце да би се достигао ниво простог обнављања.

² Специфичне стопе фертилитета по старости су годишњи бројеви живорођених од хиљаду мајки одређене старости.

МОДЕЛ ПАРИТЕТА У ПРОСТОМ ОБНАВЉАЊУ СТАНОВНИШТВА

У трагању за оптималним паритетом имали смо у виду да десетак процената жена ни у будућности неће учествовати у репродукцији (због стерилитета и све више других разлога) и да је неопходни удео жена са троје деце средина између максимума и минимума. Тако смо дошли до модела завршног паритета у простом обнављању становништва, тј. потребног удела мајки према броју живорођене деце у једној кохорти жена која је на крају репродуктивног периода (табела 3а).

Табела 3а. Модел завршног паритета у простом обнављању становништва

Паритет	Процент жена	Број деце
0	10%	0
1	20%	20
2	20%	40

3	50%	150
Тотал	100%	210

У складу са табелом 3а, од жена које рађају, 22% њих требало би да имају једно, исто толико њих двоје, а чак 56% жена које рађају треба да заврше своју репродукцију са троје деце. На основу тога можемо израчунати потребне процентуалне уделе прворођене, другорођене и трећорођене деце:

- прворођени: $(56/3) + (22/2) + (22/1) = 52\%$

- другорођени: $(56/3) + (22/2) = 30\%$

- трећорођени: $(56/3) = 18\%$

Ако знамо да је 2001. удео прворођених био 51%, другорођених 36%, а осталих само 13% закључујемо следеће: прогресија ка првом детету је скоро довољна за просто обнављање, прогресија ка другом детету више је него довољна, а основни проблем недовољног рађања је недовољна прогресија од другог ка трећем детету.

На основу већ поменутог годишњег броја деце који је потребан за просто обнављање можемо израчунати и апсолутне бројеве ове деце која треба да се рађају сваке године (табела 3б).

Табела 3б. Модел потребног годишњег паритета у простом обнављању становништва

Паритет	Процент жена/деце	Број деце
1	52%	14736
2	30%	8501
3	18%	5101
Тотал	100%	28338

МЕРЕ

1. Новчана надокнада за треће дете

Мајци трећег детета обезбедити новчану надокнаду у висини просечне месечне зараде у Покрајини, под условом да је у години рађања трећег детета њена породица остварила приход по члану домаћинства већи од просечне зараде у АП Војводини.

Новчана надокнада се обезбеђује до навршене 19. године живота трећег детета без обзира да ли мајка већ остварује зараду или има неке друге приходе.

На основу ове предложене мере може се од 2005. године очекивати повећање стопе укупног фертилитета од 0,1 до 0,2 детета по мајци по петогодишту. То значи да ниво простог обнављања може бити достигнут до 2020. године (табела 1).

2. Новчана помоћ за треће и четврто дете

Мајци трећег и четвртог детета обезбедити месечну новчану помоћ у висини од 15% за треће дете и 20% за четврто дете од нето зараде по запосленом у Покрајини.

Новчана помоћ се обезбеђује као универзално право, независно од материјалног положаја породице и то за децу трећег и четвртог реда рођења, почев од 1. јануара 2005. године и може се остваривати до 18 година старости трећерођеног односно четврторођеног детета.

3. Покрајински дечји додатак за треће и четврто дете

Сваком детету трећег и четвртог реда рођења обезбедити покрајински дечји додатак као универзално право (независно од материјалног положаја породице) у висини од 10% нето зараде по запосленом остварене у Покрајини за претходни месец.

Покрајински дечји додатак остваривало би треће и четврто дете у породици, почев од 2005. године, све до навршених 18 година живота, под условом да је на редовном школовању.

У годинама после 2005. године ова средства ће се увећавати по основу прилива новорођене деце трећег и четвртог реда рођења која ће сваке године, од 2006. до 2023. (још 17 генерација), улазити у право. Године се стабилизовати пошто ће тада отпочети и процес изласка из права јер ће деца која остваре ово право у 2005. години бити пунолетна 2023. године.

4. Потпуно регресирање трошкова боравка у предшколској установи за дете трећег, односно четвртог реда рођења

Ова мера је постојала у периоду пре доношења Закона о финансијској подршци породици са децом и високо је оцењивана, што потврђује и чињеница да су је неке општине задржале и да је финансирају из општинских буџета. Она подразумева потпуно финансирање целодневног или полудневног боравка у предшколској установи за дете трећег, односно четвртог реда рођења.

5. Матерински додатак за треће и четврто дете

Матерински додатак је новчана помоћ незапосленим мајкама за треће и четврто дете, у трајању од годину дана, у висини од 20% нето зараде по запосленом у Покрајини за претходни месец.

6. Родитељски додатак за прво дете у породици

Утврдити право првог детета на родитељски додатак на основу критеријума из Закона о финансијској подршци породици са децом у висини од 40% износа који се утврђује за друго дете, а што у овом моменту износи 28.160,00 динара.

ОЧЕКИВАЊА

Очекује се да ће ефекат установљених мера популационе политике у наредним годинама бити повећање броја деце првог, другог, трећег и четвртог реда рођења.

VI. ОЧУВАЊЕ И УНАПРЕЂЕЊЕ РЕПРОДУКТИВНОГ ЗДРАВЉА АДОЛЕСЦЕНАТА

Очување и унапређење репродуктивног здравља младих у Војводини која пролази социјалну и економску транзицију је посебно потребно из најмање неколико разлога. Први разлог је изузетно низак ниво рађања становништва Војводине. Дуго трајање крупних проблема у сфери репродуктивног здравља становништва Војводине узроковано бројним и стабилним факторима је други разлог. Трећи разлог извире из искустава земаља које пролазе транзицију социоекономског система и тиче се пораста ризичног понашања адолесцената.

Први разлог је то што је изузетно низак ниво рађања основно и истовремено најнеповољније обележје демографског развоја Војводине. Ниво рађања становништва испод нивоа прости репродукције генерација, који траје већ готово пет деценија, условио је брз пад природног прираштаја, отворену депопулацију и одмакло старење становништва. Даљи пад рађања продубио би ове последице због тога што је у условима ниске смртности становништва, каква је данас у Војводини, рађање основни динамички чинилац демографских промена, а њиховим посредством и бројних социјалних и економских процеса.

Очување и унапређење репродуктивног здравља младе генерације је поготово значајно у условима када је репродуктивно здравље становништва Војводине, посматрано са макро аспекта, оптерећено озбиљним проблемима. Два проблема су најмаркантнија. Главни проблем репродуктивног здравља је распрострањеност конзервативне контроле рађања у којој доминира *coitus interruptus* и последично, у случају када се трудноћа не жели или не може прихватити, прибегавање намерном прекиду трудноће.

И болести које се преносе сексуалним путем можемо да сврстамо у значајне проблеме репродуктивног здравља становништва Војводине, не само зато што инциденција болести које се преносе сексуалним путем расте готово у свим земљама у транзицији, већ у Војводини расте број оболелих од СИДЕ као и број лица заражених ХИВ вирусом.

Трећи разлог извире из искустава земаља које пролазе транзицију социоекономског система и тиче се пораста ризичног понашања адолесцената, које директно и индиректно вишеструко угрожава репродуктивно здравље младих. Наиме, резултати многих истраживања у више средина су показали да су саставни део транзиције пораст инциденције пушења међу свим старосним групама (наглашено међу адолесценткињама), пораст употребе алкохола међу адолесцентима са посебним карактеристикама као што су снижавање старосне границе у којој се има искуства са алкохолом, уз истовремени пораст фреквенце и квантитета употребе алкохола међу младима, брзо ширење употребе дроге међу адолесцентима и то, пре свега, марихуане, амфетамина и хероина, пораст ванбрачних адолесцентних трудноћа у све ранијим годинама живота, пораст адолесцентних намерних прекида трудноће и пораст сексуално преносивих болести међу младима (УНИЦЕФ, 1999; УНИЦЕФ, 2000).

Пораст ризичног понашања адолесцената у Војводини које директно угрожава њихово репродуктивно здравље већ је регистрован. Тако, пре 40 година само 2,2% средњошколки је имало сексуалне односе, 1980. удео расте

на 9,2 процената, а 2000. године свака четврта ученица средње школе имала је сексуално искуство (Капор-Стануловић, Капамација, 2000). Истовремено, скрећу пажњу и резултати два истраживања која су се бавила утврђивањем распрострањености ризичног понашања међу младима. Прво, које је обухватило студенте новосадског Универзитета, показало је да је 18% студената имало сексуални однос у вези која је трајала један дан, да је сваки десети студент имао три или више сексуалних партнера у последњих годину дана као и да око 60% анкетираних не користи редовно кондом (Јанкулов, Маринковић, 2000). Према резултатима другог истраживања, које је спровело Министарство просвете и спорта међу ученицима петог и осмог разреда 2001. године, више од трећине младих у Војводини је пробало алкохол, а 2% има искуства са дрогом.

Такође, могуће је утврдити и пораст неких од последица. На пример, мада су стопе фертилитета адолесценткиња преполовљене у односу на 1950. годину, ово снижење је пре свега резултат пада рађања у 18. и 19. години старости. Стопа фертилитета у узрасту од 15. година је, међутим, готово удвостручена и износи 5,0 промила у 2002. години. Поређење стопе абортуса адолесценткиња из 1969. године, када је абортус потпуно либерализован са стопама из 1989. године (последња година поузданих података), указује на њихов лагани раст (21,3 према 22,3 промила).

МЕРЕ

Низ фактора условљава ниво репродуктивног здравља у једној средини. Могу се поделити на оне који извиру из социјалног система (макро детерминанте) и на оне који су везани за индивидуални ниво (микро детерминанте). Најважније макро детерминанте су развијеност саветовалишта за репродуктивно здравље и доступност одговарајућег образовања у школама и квалитетних информација у медијима. Отуда се чини да су ова три правца мера посебно битна за очување и унапређење репродуктивног здравља адолесцената:

1. Развој мреже саветовалишта за репродуктивно здравље младих

Истраживања спроведена у низу средина укључујући и нашу показују да је обезбеђивање интегрисаног програма за младе у примарној здравственој заштити, уз свеобухватан и мултидисциплинаран приступ, а не одвојено пружање услуга за њихове различите проблеме, најуспешнији и најрационалнији начин за задовољавање многоструких здравствених потреба адолесцената (Банићевић, 2000). Примена ових принципа на сферу репродуктивног здравља адолесцената претпоставља обједињавање постојећих превентивних и куративних мера здравствене службе, односно оснивање саветовалишта за репродуктивно здравље младих у оквиру дома здравља, пре свега као делатност школског диспанзера.

Саставни део рада саветовалишта за репродуктивно здравље младих требало би да буде:

- здравствено васпитни групни рад са адолесцентима;
- индивидуални саветодавни рад са психологом, педијатром, гинекологом;
- испитивање и лечење поремећаја репродуктивног здравља младих оба пола.

Групни рад здравственог васпитног типа са адолесцентима се намеће, јер је веома важно да млади људи усвоје основна знања, формирају правилне ставове и развију релевантне вештине да би очували и унапредили своје репродуктивно здравље. У том смислу би га требало континуирано програмски спроводити у кратким временским периодима, али кроз више фаза односно нивоа. Поред прагматичних тема везаних за здраве стилове живота, ризично понашање, пубертет, физиологију репродукције, начине контроле рађања, полно преносиве инфекције, битно је, путем активног учења, обрађивати и теме везане за доношење важних животних одлука, вештину комуникације, односно међу вршњацима, партнерске односе. При томе је адолесцентима неопходно обезбедити агитке и брошуре.

Едукација едукатора, односно припрема младих људи за ширење усвојених знања и вештина, такође је битан део рада у оквиру превентивних активности саветовалишта. То подразумева и обезбеђивање посебног приручника као подршку младим едукаторима.

Психолог обавља индивидуални саветодавни рад везан за развојну проблематику адолесцентног узраста, а специјалисти педијатрије и гинекологије саветовање са младом особом, релевантно за развој његове личне одговорности у очувању и унапређењу репродуктивног здравља.

Такође, лекари ове специјалности утврђивали би стање репродуктивног здравља младе особе путем клиничког прегледа, постављали дијагнозе спровођењем одговарајућих поступака, односно лечење адолесцената код којих се установи неки поремећај репродуктивне функције.

Модел рада саветовалишта за репродуктивно здравље младих развио је Републички центар за планирање породице Института за здравствену заштиту мајке и детета Србије (УНИЦЕФ, 2002). Према овом моделу отворено је двадесетак саветовалишта у централној Србији и саветовалишта у Суботици, Зрењанину и Панчеву. Почети рада, међутим, подразумевају и постојање низа тешкоћа и препрека које треба отклањати. Отуда је битно отклањање тешкоћа и препрека уз оснаживање рада постојећих и отварање нових саветовалишта за репродуктивно здравље младих у другим великим местима у Војводини. Едукација здравствених радника, праћена одговарајућим приручником за примену јединствене методологије рада са адолесцентима, нужна је претпоставка за њихово оснивање.

2. Систематска едукација за очување и унапређење репродуктивног здравља адолесцената у школама

Школа је најзначајнија карика у ланцу стицања знања везаних за репродуктивно здравље. Стога је неопходно да се најмање током обавезног образовања нађе простор за садржаје као што су пубертет, емотивни живот младих, физиологија репродукције, адолесцентна трудноћа, вештине комуникације, ризична понашања, контрацепција, полно преносиве инфекције укључујући и инфекцију ХИВ, значај породице и деце. Ове теме се могу отворати у оквиру низа предмета (на пример, биологија, књижевност, географија, здравствено и физичко васпитање, социологија, психологија, изборни предмети различитог типа), часова одељенске заједнице, родитељских састанака, ваннаставних активности (секције, клубови, трибине, новине, интернет).

Познато је, међутим, да знање није довољно за одговорно полно понашање. Савремена педагогија наглашава да је важно и оспособљавање за критички однос према стварности и подстицање личне аутономије, односно развој критичког мишљења, као мишљења које врши селекцију и анализу информација. Потребно је да се, истовремено са пружањем знања, одвија процес освешћивања мишљења, учења, памћења и тзв. когнитивних емоција, као што су осећање да знам, сумња, стрепња, колебање, задовољство, увереност, чуђење, радозналост, самоувереност. То освешћивање когнитивних процеса значи овладавање различитим когнитивним вештинама, усвајање стратегије мишљења, евалуацију сопствених и туђих мисли, осећање задовољства при решавању проблема.

Стављањем у исту раван стицање знања и усвајање животних вештина, подстицање критичког мишљења и развој личне аутономије, поштовање људских права и преузимање одговорности - суштински се отвара простор за промоцију репродуктивног здравља младих у образовању. Наставници, односно професори, психолози и педагози у школама су у контакту са највећим делом популације младих и то у периоду њиховог најинтензивнијег развоја, што им даје могућност да превентивно делују када је у питању и ова област. Приручници, едукативна средства и семинари су им неопходни инструменти као вид помоћи и подршке.

3. Активирање масовних медија за ширење информација из сфере репродуктивног здравља

Масовни медији су данас важна социјална институција. Улога и значај медија у стицању знања, формирању ставова и усвајању вештина може бити велика уопште, а посебно међу младима, имајући у виду да су они генерација која је зависна од штампе, радија и, пре свега, телевизије. Отуда их је битно активирати у ширењу информација релевантних за очување и унапређење репродуктивног здравља адолесцената.

Најважнији начини да медији постану едукатори у овој сфери су:

- издавање специјалног билтена од стране стручњака који се баве заштитом репродуктивног здравља младих;
- организовање округлих столова на различите теме за сензибилизацију и едукацију новинара;
- позивање представника медија на све релевантне скупове;
- ангажовање агенција за маркетинг за израду спотова.

Прва три набројана начина помогла би новинарима штампаних медија, радија и телевизије да имају материјал за дисеминацију теоријских и прагматичних информација и новости везаних за репродуктивно здравље, односно чињенице за писање колумни, организовање дискусија, састављање питања за квизове. Или, другим речима, масовни медији би могли да постану водичи, помоћ и подршка адолесцентима у свакодневном животу да очувају и унапреде своје репродуктивно здравље.

ОЧЕКИВАЊА

- Полазећи од дефиниције здравља Светске здравствене организације, репродуктивно здравље се у најширем контексту дефинише као стање потпуне физичке и менталне способности и социјалне сигурности, а не само као одсуство болести или неспособности, у свим областима које се тичу

репродуктивног система и његових функција и процеса. Отуда очување и унапређење репродуктивног здравља не само да смањује морбидитет и морталитет жена, већ смањује и морбидитет и морталитет деце пошто живот и здравље жена и деце у великој мери зависе од формираног репродуктивног модела и услова у којима се он остварује.

- Поред директних здравствених ефеката, промоцијом репродуктивног здравља остварује се још низ добробити. У демографској сфери чува се и унапређује репродуктивни потенцијал становништва. Затим, подиже се ниво здравствене и сексолошке културе оба партнера, намеће се превенција и здрав живот као стил живота и начин размишљања и промовише се лична одговорност за сопствено здравље. Такође, ставови ишчекивања и препуштања, фатализма и пасивности, као и они који извиру из сфере традиционалног или савременог уверења, претварају се у склоност ка контроли, планирању, преузимању активне улоге у животу, прихватању модерних вредности и нових знања, што доприноси изградњи самопоштовања и подстиче аутономност, олакшавајући одрастање уопште, а поготово у друштву у транзицији.

VII. БОРБА ПРОТИВ СТЕРИЛИТЕТА

Плодност, односно фертилност може да се дефинише и као способност мушкарца и жене да створе нови живот, тј. нову биолошку јединку. За разлику од свих других живих бића, човек је омеђен друштвеним нормама понашања које значајно могу утицати на његову репродуктивну активност, али у основи у свим културама и цивилизацијама потомство се сматра нормалном "обавезом" и последицом брака који каналишу жену и мушкарца да свесно регулишу свој пород.

Неспорна је чињеница да неплодност изазива низ психолошких проблема код таквих брачних заједница. Код многих неплодних брачних заједница постоји осећај животне празнине и недостатка перспективе. Неплодност може угрозити основни сексуални идентитет, осећај сопствене вредности, често изазива осећај кривице, гнева, зависти и изолованости од околине оптерећујући его и кидајући нормалне брачне, породичне и социјалне односе. Са макро аспекта, пак, неплодност директно смањује демографски потенцијал становништва.

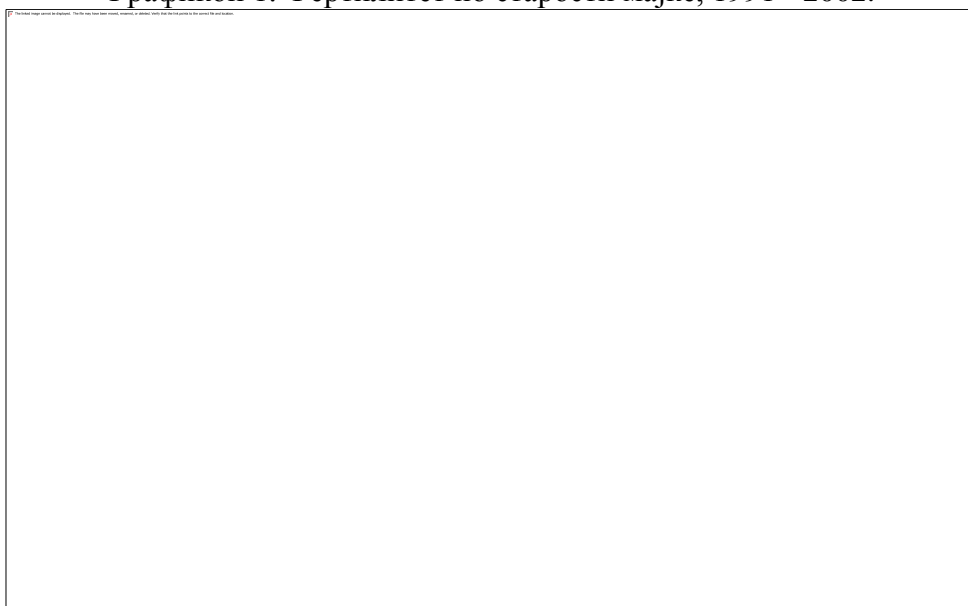
Већи број истраживања (Ц. Менкен) показао је да је учесталост неплодности у западним земљама 11 до 15% док је та учесталост у земљама у развоју и значајно виша.

О учесталости те појаве у нашој средини немамо најегзактније показатеље јер су систематска истраживања вршена раних осамдесетих година прошлог века. Према подацима Р. Прудан учесталост неплодних брачних заједница у Војводини 1980. године је била 13%. Према саопштењима Б. Берића и сарадника, из друге половине осамдесетих година, учесталост неплодних брачних заједница у Србији била је око 15%, док подаци које наводи Д. Милачић указују да у Београду има чак 18% неплодних брачних заједница. Имајући у виду трендове повећавања заступљености ове појаве код нас, можемо са високим степеном сигурности закључити да се у Војводини данас са неплодношћу суочава око 17% свих брачних парова. Када говоримо о овој појави, мислимо на примарну и секундарну неплодност, дакле на ону

категорију брачних парова који желе, али нису у могућности да остваре родитељство.

На основу података Завода за статистику у периоду од 1990 - 2002. године рођено је укупно 253.800 деце, док је у истом временском периоду умрло 337.281 становника Војводине. У том временском периоду укупни "демографски губитак", дакле негативни природни прираштај, био је 83.481 становник Покрајине. У истом временском периоду склопљено је 145.320 брачних заједница, у просеку 12.110 годишње. Имајући у виду да је стопа неплодности у Војводини око 17%, за тај временски период се појавило око 30.000 неплодних брачних парова. Та бројка је свакако и већа јер нису узете у обзир стабилне ванбрачне заједнице, које су по позитивним законским прописима изједначене са брачним. Дакле могли бисмо говорити о 35.000 неплодних брачних заједница или о 3.000 нових неплодних брачних заједница које се појављују сваке године.

Графикон 1. Фертилитет по старости мајке, 1991 - 2002.



(Графикон преузет из: *Анализа о демографској ситуацији у АПВ по Попису становништва 2002. године*, стр. 5)

Из графика се уочава да су максималан фертилитет 2002. године имале жене у животном добу од 25-29 година, док је почетком деведесетих година врх рађања био у животном добу 20-24 године. Јасно је уочљиво да је дошло до одлагања рађања у касније репродуктивне године. Та појава је карактеристична и за развијене земље и она у себи носи ризик повећане стопе неплодности као што се види из следеће табеле:

Табела 1. Неплодност жена према доби

Године жене	Неплодност %
20-24	7.0
25-29	9.0
30-34	14.6
35-39	21.9

Извор: Menken J., Trussell I. J., Larsen U.: Age and infertility Science 1986, 23:1389-1394.

Узроци неплодности могу бити појединачни или вишеструки. Узрок неплодности у браку могу бити мушкарац, жена или истовремено оба брачна партнера. Посебно је значајан податак да је данас неплодност мушкараца у 50% случајева неплодности једини узрок тог стања. Одлагање трудноће и порођаја за касније репродуктивне године су разлог за умањену плодност жена и мушкарца због повећаног ризика од оштећења репродуктивног здравља.

Одгођено рађање повећава ризик од:

1. појаве поремећаја овулације;
2. полно преносивих болести које изазивају запаљењска обољења и које могу довести до непроходности јајовода код жене и поремећаја сперматогенезе код мушкарца;
3. намерних побачаја;
4. гинеколошких обољења и операција које могу да компромитују репродуктивно здравље.

Све наведено може да доведе до следствене неплодности.

МЕРЕ

Савремена медицина пружа изузетно широк дијапазон дијагностичко - терапијских могућности које, уколико се примене на време, могућност излечења чине у преко 80% свих случајева неплодности извесним. Успех лечења преваходно зависи од година пацијента, времена трајања дијагностичког поступка, обима промене које су узрок неплодности, као и добро организованих дијагностичко-терапијских центара способних да пруже свеобухватан терапијски третман прилагођен узроку неплодности. Класични терапијски приступи су у могућности да разреше 55-60% свих узрока неплодности, а биолошки потпомогнуто оплођење (вантелесна оплодња и све могућности које она пружа) ту могућност повећава за 25-30%.

Генерално гледајући, данашње могућности лечења које пружа савремена медицина много су веће него што су биле пре 10 или 15 година. Апсурдно је да је ефикасност лечења неплодности код нас много мања него што је била раније. Недостатак савремене опреме, ограничене могућности савремене лабораторијске обраде пацијената као предуслова ефикасног лечења, неопходност прескупих партиципација за пацијенте при лечењу, гашење многих савремених приступа лечења у нашим здравственим установама због недостатка материјалних средстава, изостављање многих неопходних лекова за лечење неплодности са позитивне листе лекова, поступак лечења, који је и иначе често некомфоран, инвазиван, дуготрајан па и неизван, чини тешко приступачним за велики број неплодних брачних парова.

Да би се нагомилани проблеми у подручју репродуктивне медицине превазишли, а процес лечења учинио ефикасним и приступачним за велики број неплодних брачних парова, било би неопходно:

1. Посветити посебну пажњу превентивним делатностима у циљу очувања репродуктивног здравља становништва са крајњим циљем смањења броја неплодних брачних парова у оквиру физиолошке учесталости неплодности која се креће од 7-10%;

2. Омогућити да два покушаја вантелесне оплодње за пацијенте буду бесплатна као што је то у свим европским земљама и земљама у нашем непосредном окружењу (око 50% пацијената једину шансу за жељеном трудноћом имају уколико се подвргну лечењу неком од метода вантелесне оплодње);

У Војводини годишње има 1.500 брачних парова код којих је једини могући начин лечења вантелесна оплодња. На 1.500 процедура могло би се очекивати 450-500 рођене деце.

3. Неопходне лекове за лечење неплодности ставити на позитивну листу лекова;

4. Уложити неопходна материјална средства за опремање здравствених установа савременом дијагностичко-терапијском опремом;

5. Опремити савременом опремом барем један центар у Војводини који би био у могућности да пацијентима пружи све услуге у подручју биолошки потпомогнуте оплодње (вантелесна оплодња, преимплантациона, прекоцепцијска генетска дијагностика).

ОЧЕКИВАЊА

Већина наших здравствених установа располаже добро едукованим компетентним стручњацима из области репродуктивне медицине, који би, уз стварање неопходних услова, процес дијагностике и посебно лечења учинили ефикасним. Испуњавањем напред наведених циљева било би омогућено да се сваке године роди 2.500-2.600 жељене деце и да се, захваљујући томе, проблем са којим се суочавамо ублажи.

VIII. СНИЖАВАЊЕ ПСИХОЛОШКЕ ЦЕНЕ РОДИТЕЉСТВА

Рађање детета је индивидуални акт. Жена носи дете и рађа дете. Одлучивање о рађању је више или мање продукт двоје људи. У идилично адаптираним и функционалним везама учешће у одлучивању је подједнако. Много чешће одлука је превасходно женина. Чак и у изразито традиционалним друштвима и рестриктивним срединама жена има неке могућности, иако лимитиране, да својом одлуком спречи рађање још једног детета. Дакле, закључак би могао да буде да је репродукција искључиво индивидуални акт, детерминисан искључиво индивидуалним факторима и предиспозицијама. Међутим, жена не живи у социјалном вакууму, и не може а да не реагује на услове средине у којој живи. Жена одраста, формира своју личност, своје ставове, системе вредности и опредељења у једном социјалном окружењу. Под утицајем је климе која влада у том окружењу.

Њени репродуктивни ставови, норме, очекивања, продукт су интеракције те индивидуе са њеним социјалним окружењем.

Друго подручје у коме се индивидуално и друштвено преплићу јесте сагледавање репродукције као индивидуалног чина са једне стране, и узимања у обзир последица тог индивидуалног чина на макро друштвене токове. Наиме, мало која област живота се тако дубоко тиче сржи човека, његовог постојања, смисла живота и акција, његових емоција и мотивационих токова, његове целокупне личности, као што је то родитељство. Функција родитељства ангажује најинтимније и најскривеније

сфере личности човека. С друге стране, индивидуалне акције појединца, сабране и посматране на макроплану, чине основу важних детерминанти једне друштвене заједнице, економских, политичких, па чак и њеног опстанка.

Колико је онда репродукција индивидуални акт, а колико друштвени? И колико рехабилитација рађања зависи од појединца, а колико од друштвених фактора?

Испреплетеност друштвеног и индивидуалног у области репродукције је изразита.

Дакле, неоспорно је да је репродуктивно понашање, иако спада у интиму сваког појединца, под утицајем уже и шире друштвене средине у којој тај појединац живи и истовремено обликује ту друштвену средину, утиче на садашње и будуће друштвене токове.

Подстицајне мере могу да се сврстају на различитим тачкама континуитета који се простире од индивидуалних слобода до притисака и принуда. Јасно је да можемо да очекујемо прихватање (а самим тим и ефикасност) само оних мера које у потпуности осигуравају индивидуалне слободе.

Резолуција, која је прихваћена на Интернационалној конференцији о становништву (Мексико Сити 1984. године), каже да је основно право свих да одлучују о броју и размаку рађања деце, али додатно је "да свако признавање права укључује и одговорност; у овом случају подразумева се да парови и појединци треба да користе то право, али узимајући при том озбиљно у разматрање властиту ситуацију, као и последице њихових одлука на уравнотежени развој њихове деце, заједнице и друштва у коме живе" (УН, 1984, стр. 21).

Остаје отворено питање како навести људе да доносе одлуке у овако сложеној ситуацији и са овако сложеним захтевима, да слободно одлучују, испуњавају своја стремљења и жеље, али да при том воде рачуна и о интересима друштвене заједнице у којој живе.

Чини се да је најближи одговор на ову дилему - да се учини сваки расположиви напор да друштвене потребе и циљеви буду усвојени као лични. Јасно је да је за ово неопходно време и да се ниједан друштвени циљ не може лако и брзо преточити у индивидуални.

Стога се све мере које ће бити предложене виде као процес који ће захтевати дуги временски период неопходан да би се споља дефинисани друштвени циљеви постепено преточили у личне и добили личну мотивацију неопходну за њихово спровођење у индивидуалне акције.

Такође, потребно је да се напомене да је неопходно да се састави и примени истовремено читав систем мера, да би се појачало дејство свих предложених мера у смислу постизања зацртаних циљева. Ниједна мера сама по себи не може да доведе до постављеног циља.

Психолошке варијабле на којима могу да се граде програми подстицања рађања:

1. Психолошка цена родитељства

Емоционална задовољства која произлазе из родитељства су врло добро позната. Остаје ипак чињеница да је дете оптерећење за родитеље. Дете

захтева време и стрпљење, ремети устаљене обавезе, свакодневицу и одмор, захтева мењање навика, повећава умор, и психички и физички.

Дете узрокује континуирани, повећани ниво стреса код родитеља. Родитељи нерадо говоре о овој страни медаље свог искуства, пошто постоје врло јаки друштвени и лични притисци и очекивања да се буде добар родитељ, посвећен свом детету у сваком тренутку и у свакој прилици. Али неоспорно је да стрес родитељства постоји и да је за неке родитеље тај индекс стреса висок.

Истраживања су показала (Капор-Стануловић) да је индекс стреса родитељства, а тиме и психолошко оптерећење дететом, веће код мајки. Ово делом произлази и из културом уходане праксе у нашој средини да је мајка чешће задужена већим бројем обавеза око подизања детета. Као илустрацију наводимо само неке обавезе које обављају скоро по правилу мајке, а које би врло лако могао да обавља отац. Мајка се по правилу појављује као родитељ који учествује у следећем:

Сарадња са школом, присуствовање родитељским састанцима, посете лекару, брига око болесног детета у кући, детета које је хоспитализовано, праћења детета у предшколску установу, у школу, итд. Анализом свих горе наведених активности лако је закључити да је отац исто толико компетентан и способан да обави све наведене обавезе око деце. Истраживања живота детета у кући додатно су потврдила веће учешће мајке у подизању детета. Чак и у количини времена које проводи са дететом у игри предњачи мајка.

Менталитет у нашој средини, и уходани обрасци породичног живота не стимулишу оца да се појави као активнији родитељ.

2. Сукоб улога код жене и родитељство

Жена има многе улоге. Жена-мајка мора да истовремено буде и адекватна жена-супруга, жена-домаћица, професионално ангажована, ћерка својих родитеља и да има још низ других улога које по правилу долазе у конфликт и конкуренцију у односу на расположиво време, снагу, психичку и физичку, једне особе.

Веома ретко се дешава да жена размишља о потпуном одрицању од материнства. Истраживања показују да ниједна улога не би могла жени нашег поднебља у потпуности да замени или надомести материнство. (Капор-Стануловић; Рашевић).

Сукоб улога код жена је историјски гледано новијег датума. Стога што је развој ишао претежно у једном правцу - ка остварењу права жена на рад изван куће, али не истовремено и у правцу мењања и модела улоге мушкарца у породици. Мењање улоге жене схваћено је само половично, у смислу њених додатних улога на ону која јој је вековима додељивана као главна - да буде домаћица и мајка.

Зашто се овакав модел одржава и тако тешко искорењује? Због задржавања традиционалне дефиниције улоге полова у генерацији родитеља, деца се путем процеса социјализације и идентификације задржавају на истим моделима поделе послова и улога мушкарца и жене у породици. Таква социјализација није данас адекватна јер представља двоструку препреку за жену - да се лакше прилагоди економским и друштвеним улогама и да развије своје аспирације, али и за мушкарца - да се боље припреми за своју улогу родитеља.

3. Идеалан и реалан број деце

Више истраживања утврдило је да је идеалан број деце код испитаница већи од реално оствареног броја деце, односно, да се породица са више деце сматра пожељнијом. Постоји, дакле, простор који би под извесним условима могао да буде испуњен већим бројем рађања (Рашевић; Капор-Стануловић).

Прве две варијабле "психолошка цена родитељства" и "сукоб улога код жене" погодују јаком тренду смањења рађања.

Али, истовремено, показују правце и области могућих деловања у смислу рехабилитације рађања. Друге две варијабле, вредновање идеалног броја деце који је виши од реално оствареног, као и жеља и склоност да се очува становништво региона у коме се живи могли би, уколико би били подржани и појачани одговарајућим акцијама, да резултују додатним рађањима.

МЕРЕ

1. Мрежа саветовалишта за родитеље која би омогућила једноставно долажење до потребних информација везаних за дилеме око бриге и подизања деце. Саветовалишта треба да су лоцирана у домовима здравља и предшколским установама, што би омогућило родитељима да лако и без посебног улагања напора и времена користе њихове услуге.

2. Промоција улоге оца у родитељству кроз разне облике друштвених притисака да се отац активније укључи у обавезе око деце (обавезно присуство оца на родитељским састанцима, очекивање да отац узима боловање кад је дете болесно, итд).

3. Интензивна промоција информација о значају оца у развоју личности детета, о његовим врло специфичним доприносима формирању индивидуалности детета. Ово треба да се уплете у садржаје различитих предмета. Посебно треба да буде обрађено у оквиру предмета "Грађанско васпитање".

4. Проширити број лако доступних (економски и локацијски) сервисних услуга мајкама у вођењу домаћинства и бриге око деце (сервиси за пеглање, прање, сервиси за полуготове оброке, дечју исхрану).

5. Чланство у "клубовима великих породица" са правом на повластице у различитим областима, као што су куповине, годишњи одмори, путовања. Та припадност треба да је пропраћена и одговарајућим акцијама, организовањем међусобног састајања, заједничког провођења слободног времена. Такве акције треба да буду покривене мас-медијима и тако постану доступне информације широком броју становника из локалне заједнице.

6. Чланство у "клубовима за родитеље" са правом на повластице у различитим областима, као што су куповине, годишњи одмори, путовања.

7. Објављивање приручника (за одрасле) о незаменљивој улози оца у развоју детета и у формирању дететове личности.

ОЧЕКИВАЊА

Очекивања су да ће се ублажити негативно деловање психолошког оптерећења дететом, првенствено код мајке, и сукоб улога код жене, а исто тако појачати повољне предиспозиције за рехабилитацију рађања које обећавају регистровани ставови о идеалном броју деце и склоност ка очувању становништва свог региона.

Конкретно, очекује се да мере које имају за циљ да промовишу улогу оца и његово веће учешће у подизању детета у ствари смањују психолошку цену материнства.

Очекује се да мере које имају за циљ да се породицама са више деце омогући осећање "ексклузивности", односно задовољства што припадају посебној групацији, клубу "великих породица", привуку остале да се одлуче за већи број деце, да би стекли право на исте привилегије и сатисфакције.

Све мере треба да буду операционализоване на локалном нивоу и пропраћене мас-медијима.

Следећи део