

## Београдски средњошколци и СИДА

(Први резултати истраживања)

**СРЕТЕН ВУЈОВИЋ**

Филозофски факултет

Београд

### Увод

Према Лику Монтању "СИДА је неочекивана и непредвидљива епидемија нашег века" и "прва заразна болест постмодерне". (Монтање Л., 1992:104).

Шта "генерација СИДЕ" зна о епидемији СИДЕ, какав сексуални живот води, да ли се понаша ризично, осећа ли се угроженом, какав је њен став према оболелим и ХИВ позитивним? То су нека од питања на која смо тражили одговоре од младих Београђана.

Можемо се сложити са мишљењем да није баш увек забавно бити адолесцент крајем нашег века. Млади се суочавају са премного друштвених и личних проблема растући и сазревајући у нашим великим градовима. Ово се још више односи на младе у градовима земаља у транзицији у којима је спроведено наше упоредно истраживање, као и на младе у земљама у развоју. За друштво СИДА је још једна невоља ХХ века, штавише зло овог века. Она доводи у питање здравље, морал и обичаје сваког од нас. СИДА ремети срећу, задовољства љубави, нагони на преиспитивање наших илузија и идеала. Као да никада раније у историји ерос и танатос нису били тако чврсто повезани.

СИДА означава несрећу и патњу милиона индивидуа без обзира на географске, друштвене и културне границе. Како пронаћи решење да се животу врати све оно што му патња одузима? Како умањити бол и стигматизацију унесрећених? На који начин бити солидаран са оболелим? Којим средствима се борити против нетолеранције, предрасуда и равнодушности? Шта све учинити да се превенцијом заштитимо од ужасне патње? Сва ова и многа друга питања се постављају како истраживачима теме "Млади и СИДА"\*, тако и свим одговорним људима добре воље који су спремни да се мобилишу у борби против једне од најгорих епидемија нашег доба.

### 1. ХИВ/СИДА – Епидемија у својој другој деценији

СИДА (Синдром стечене имунодефицијенције) је нова заразна болест везана за сексуалност, али не само за сексуалност. Посебан проблем са СИДОМ је што се зараза врло брзо шири и што је, бар за сада, смртоносно обољење.

\* Анкета под насловом "Млади и СИДА" спроведена је у пролеће 1997. године на основу истоветног упитника међу ученицима средњих школа у Београду, Брну, Марибору, Софији и Загребу, а пре тога у Бечу и Љубљани. Анкетни упитник првобитно сачињен у Институту Ludwig-Boltzmann из Беча доживео је мале промене у складу са специфичностима локалних средина. Реч је дакле о међународном упоредном истраживању.

Руководилац овог истраживања је проф. Весна В. Година, а њени сарадници су проф. Иван Берник и асистент Валентина Хлебце, сви са Факултета за друштвене науке Универзитета у Љубљани.

Истраживање је финансирала Фондација Џорџ Сорос.

Синдром означава целину симптома, или спољашњих знакова болести. О имунодефицијенцији се говори када су одбрамбене способности организма ослабљене. Улога имуносистема јесте да се бори против патогених изазивача који су узрок заразних обољења.

Вирус који изазива СИДУ се зове ХИВ, тј. вирус људске имунодефицијенције. Овај вирус продире у организам и инфицира ћелије имуно-система. Зараза проузрокује прогресивну деградацију функционисања имуно-система што доводи до смрти. Проблем је што се о пореклу ХИВ-а недовољно зна, а још је неизвесније питање о његовој будућности.

Развој СИДЕ има три фазе: 1. примарна инфекција ХИВ-ом када вирус путем телесних течности продире у људски организам; 2. тиха или асимптоматична фаза, која може трајати више година без видљивих симптома, и 3. клиничка фаза када почињу да се јављају знаци болести у виду бројних тзв. опортунистичких инфекција.

Серопозитивна особа може заразити друге особе на неколико начина: 1. сексуалним путем; 2. крвним путем и 3. трансмисијом мајка-дете.

Присуство ХИВ-а у сперми и вагиналном секрету сведочи о преносу СИДЕ путем сексуалних односа. Тачније, зараза се шири аналним и вагиналним сексом без заштите (кондома), односно свим хомо и хетеросексуалним радњама које су везане за повреде и иритације ткива. Овим путем је у СР Југославији заражено 32% оболелих између 20 и 30 година живота. Сексуални однос је у последње две године доминантан вид преноса СИДЕ у Југославији.

ХИВ се преноси давањем заражене крви и крвних деривата здравим особама. Међу жртвама ове врсте чести су били хемофиличари. Овај вид преноса СИДЕ је потпуно ишчезао у оним срединама где се и од како се врши контрола даваоца крви и саме крви. До заразе СИДОМ може доћи и пресађивањем органа, ткива, као и вештачким оплођењем зараженом семеном течностима.

Један од најчешћих начина преноса СИДЕ јесте размена заражених игала и шприцева међу интравенозним наркоманима. Ова врста наркомана је била доминантни проносилац СИДЕ на почетку њене епидемије у Југославији.

Са инфициране мајке на дете ХИВ се може пренети у току трудноће, порођаја и дојењем. Закључно са 30. 12. 1997. године од СИДЕ је у Југославији оболело осамнаесторо деце узраста до 14 година.

### ***1.1. "Нове ризичне групе"***

До средине осамдесетих година било је уврежено мишљење, чак и у професионалним круговима, да су преносиоци ХИВ-а припадници такозваних ризичних група (стереотип о "4 X"; хомосексуалци, хероиномани, хемофиличари и Хаићани). Развој епидемије је, међутим, оповргао овакво уверење зато што се показало да је у међувремену широм екумене ХИВ-ом заражен велики број људи и то, првенствено, сексуалним путем. Постало је, наиме, јасно да су "нормални" сексуални односи унутар "нормалне" популације најчешћи пут преношења СИДЕ. Захваљујући том сазнању дошло је до дефинитивног напуштања концепције о "ризичним групама", а њено место је заменила концепција о "ризичном понашању". С тим у вези, истовремено је одбачена предрасуда да је СИДА болест мањине и прихваћен став да је зараза ХИВ-ом ризик за већину популације, "посебно с обзиром на бројност, разноврсност и непредвидљивост интимних људских комуникација" (Савин К., Кораћ В., Фајгел С., 1977: 119). У том контексту природно је што се

проширила свест о томе да сексуални односи са бројним партнерима спадају у ризично понашање.

СИДА је престала да буде само медицински феномен и постала је вишедимензионална појава. Све више се говори и пише о СИДИ са социјалног, моралног и других аспеката. Она је постала веома сложен и деликатан социјални проблем и то не само на релацији: болесник-лекар-породица. Актери везани за ову засад неизлечиву болест су и пријатељи и познаници оболелих, колеге са посла и из школе, разна удружења за борбу против СИДЕ, медији, па и друштво у целини. Прве реакције на СИДУ, чак и међу здравственим радницима, биле су у знаку ирационалног страха. Страх од заразе је изазвао апсурдне мере предострожности, које су ишле до непоштовања болесника и скандалозних поступака медицинских радника. Досадашња истраживања о односу друштвеног окружења према оболелима су показала да СИДА подстиче стигматизацију појединаца и појединих друштвених групација, да доводи до њиховог маргинализовања и одбацивања, да изазива њихову економску, професионалну, социјалну и људску деградацију и дискриминацију (Савин К., Кораћ В., Фајгел С., 1977: 120). Биће потребно пуно времена и труда да се овакви ставови и понашања промене, односно да се хуманизују односи према оболелима од СИДЕ.

Значајна је чињеница да је Југославија прва у региону по броју заражених ХИВ-ом. До 31. 12. 1997. године у Југославији је регистровано 683 оболеле особе, од којих је умрла 671. У истом периоду у Београду је регистровано 496 оболелих, од којих је умрло 437. Процењује се да на подручју Југославије има 8-10.000 ХИВ позитивних.

### **1.2. Млади и њихови лични и друштвени проблеми**

Израз "адолесцент" потиче од латинског глагола *adolescere*, што значи расти, сазревати. Адолесцент је особа у процесу стицања зрелости, значи још је незрео.

Појам "млади" је мање одређен па допушта допуну значења. За разлику од појма адолесцент који носи значење "још незрео", што повлачи за собом негативан призив у смислу неповерења, дистанце или бар опреза, термин млади има позитиван, оптимистички, обећавајући призив (Капор-Стануловић Н., 1988: 16). Другим речима, поред одређених мана код младих су израженије особине као што су: племенитост, осећање социјалне правде и ентузијазам.

Под адолесценцијом се најчешће подразумева прелазни период између детињства и одраслости, период у коме долази до интензивног физичког, психичког и социјалног раста и развоја. Или, адолесценција је период у коме особа треба да испуни низ својих развојних задатака чиме ће јој бити омогућен прелазак у период одраслости.

Не постоји сагласност у погледу граница адолесценције, то јест почетка и краја овог периода. Почетак адолесценције се обично одређује почетком пубертета. За одређење завршетка адолесценције користи се више критеријума: 1. *психолошки*: успостављање личног идентитета; 2. *социолошки*: завршетак нејасног периода у коме је особа истовремено и дете и одрасла, али ни једно ни друго у потпуности; 3. *биолошки*: стицање физичке зрелости; 4. *легални*: одређени календарски узраст одређен у датој средини као граница; 5. *економски*: стицање економске независности; 6. *традиционални*: када не-

формални, незванични обичаји, прихваћени у тој културној средини, уклоне ограничења на привилегије одраслог (Капор-Стануловић, 1988: 29). Биолошка зрелост се стиче најраније, а интелектуална, емоционална и социјална зрелост доцније, што зависи од особина индивидуалног развоја и услова средине у којој се индивидуа развија.

Светска здравствена организација је 1985. године прихватила да период младости обухвата распон од 10 до 24 године. Тај период се може поделити на рану адолесценцију (од 10 до 14 година), средњу адолесценцију (од 15 до 19 година) и позну адолесценцију (од 20 до 24 године). (Капор-Стануловић, Н.: 1988: 31).

О адолесценцији као периоду "буре и олује" (Stanley Hall) постоје разне теорије међу којима су најзначајније: 1. психоаналитичка (S. Freud, A. Frund и други), 2. теорија Е. Ериксона, 3. теорија социјализације, 4. когнитивна теорија (J. Piaget и други) и разне антрополошке теорије (M. Med, R. Benedict ...).

Приступни ових теорија су више комплементарни него што су међусобно искључиви. Свака теорија само више инсистира на важности једног аспекта веома сложеног процеса развоја младих. То значи да у проучавању младости треба примењивати теоријски па и методолошки плурализам.

Намера истраживача, у нашем случају, је не само да старосно омеђи (припадници средње адолесценције – ученици трећег разреда средњих школа: 17 година) по много чему хетерогене адолесценте, већ да младе као специфичну друштвену скупину посматра у ширем социјално психолошком контексту, да би се видело како уче, одрастају и сазревају и то, пре свега, на сексуалном плану. Циљ нам је, поред осталог, да бар донекле укажемо на то како се једна од најосетљивијих друштвених групација сналази у тежобним условима друштва у транзицији, друштва које се у југословенском случају скоро десетак година налази у процесу разарања. При томе, у средишту наших интересовања је однос младих према СИДИ као озбиљном проблему у мноштву других озбиљних проблема као што су незапосленост, сиромаштво, беда, несигурност, рат, избеглиштво и томе слично. Због чега ово истичемо? Зато што у ситуацији друштвене кризе са многим особинама аномије постоји искушење да се СИДА одбаци "као један хипотетички проблем који се појавио да се придода већ стварним проблемима" (D'Abouville L., Friedel A., Bonnin L., 1994: 38), или како о томе пишу домаћи истраживачи: "Ризик који представља СИДА је потиснут другим великим ризицима (Савин К., Кораћ В., 1997: 16).

У нашем друштву, и не само у њему, време развоја епидемије се подударило са временом етнонационализма, распада државе, рата, међународне изолације друштва, пауперизације и свеопште друштвене и моралне кризе (миграције, избеглице, пораст наркоманије, проституције, порнографије, лош материјални положај медицине, процес вредносне ретрадиционализације...). У таквој ситуацији систематска превенција и сузбијање болести су озбиљно доведени у питање. Над ретким и недовољно успешним напорима неколико појединаца, неколико медицинских установа и једног удружења који се боре против СИДЕ, преовлађује "њено спонтано и званично игнорисање, односно кампањско збрињавање", као, на пример, на светски дан СИДЕ – 1. децембар.

У истраживању "Промена слике о себи код адолесцената у периоду друштвене кризе" психолог Зорица Кубурић је дошла до података о томе

какве последице оставља друштвена криза на слику о себи адолесцената од 13. до 19. године који живе у комплетним породицама. Истраживање је обављено у Београду 1988. и 1994. године, дакле у шестогодишњем периоду кризе, на узорку од 367 испитаника, применом Оферове скале OSIQ. У посматраном периоду запажене су промене слике о себи адолесцената на варијаблама: ставови према сексуалности, морал, контрола импулса и образовни циљеви. Најкраће речено, основни резултати су следећи: млади су све више слободни у сексуалном понашању и отворенији према супротном полу, нарочито је изражена слобода младића и преокупираност сексуалним *селфом*: значајно је опао степен прихватања моралних норми, осећање одговорности и заинтересованости за друге; слабијем суперегу придружује се и слабији его, где је смањена толеранција на фрустрацију са тенденцијом ка импулсивном реаговању. Планирање будућности и ефикасност у образовању су такође угрожени у периоду друштвене кризе. Посебно је опала сигурност младића за властиту будућност. (Кубурић З., 1997: 50). Као разлог довољно је поменути сиромаштво, незапосленост и страх од мобилизације због рата, или стања које је између мира и рата. Процењује се да је од почетка кризе око 300 хиљада младих са високим образовањем напустило земљу.

Ауторка уочава да стање перманентне несигурности младих изазива потребу за блискошћу с особом другог пола. С друге стране, поред ниског наталитета постоји веома висок проценат адолесцентних абортуса. Осим тога, све већи број младих из мучне свакодневице бежи у алкохол, дрогу, парарелигијске организације, или се, пак, супротставља све чешћим деликвентним понашањем. Али има и резултата који охрабрују. Такав је резултат да је психичко здравље младих део *селфа* који је сачуван од промена и на који се може рачунати. Охрабрујући податак је и то што девојке реагују конструктивно, тј. значајнијим ослањањем на образовање и у ситуацији друштвене кризе, а то је "интелектуални мираз који пружа наду будућим мајкама" (Кубурић З., 1997: 51).

Од 1955. године, тј. од почетка глобалне мобилизације против СИДЕ млади су, као масовна сексуално активна група коју обележавају и друга ризична понашања, једна од најзначајнијих циљних група у превенцији. С обзиром на њихове социопсихолошке особине, млади спадају у оне категорије становништва са више вероватним новим ризичним понашањем. Масовност младих још више заоштрава проблем. Млади до 25 година живота у неким земљама чине 20-25% укупног становништва, а у Србији је 14% укупног становништва старо између 15 и 24 године.

Д'Абовил, Фридел и Бонен, разликују три периода: "прекјуче, пре 1968, друштво је одбијало да прихвати плодове незаконитих односа: живот је угрожавао љубав; јуче, у току две мале деценије, од 1968. до 1983, сексуалност није теоријски била омеђена никаквом границом; данас са СИДОМ, смрт је та која угрожава љубав" (D'Aboville, L., Friedel A., Bonnin, L., 1994: 39). Овај преображај се десио пребрзо с обзиром на његов значај.

Могло би се рећи да епидемија СИДЕ, негде мање негде више, обуздава секс, али не гуши сексуалност; она је каналише, прорачунава, па и кажњава. Има истине у гледишту да је "у време СИДЕ, верност еуфемизам за страх". Верност јесте начин превенције, не потпуно сигуран, али који смањује ризик.

Опасност од СИДЕ цензурише претерано мењање сексуалних партнера, које може бити ризикантно и у погледу многих других невоља.

Епидемија СИДЕ прети да млади доживљавају љубав као нешто друго, а не као оно што она доиста јесте: природна манифестација наших чула, једна, од битних функција нашег тела, основна структура наше личности, незаменљива димензија живота у друштву.

### *1.3. Осврћ на досадашња истраживања*

У току дводеценијских истраживања феномена СИДЕ мењали су се истраживачки циљеви и приступи.

Прва истраживања, спроведена у САД и западноевропским земљама, имала су за циљ анализу друштвених представа о овој болести које су се обликовале на основу информација од стране естаблишмента: средстава масовних комуникација. Почетком осамдесетих година било је прилично епидемиолошких истраживања са циљем да се открију чиниоци ризика, уоче промене у сексуалном понашању да би се осмислили разни превентивни програми.

Истраживања крајем осамдесетих и почетком деведесетих година била су усредсређена на разне облике сексуалног понашања, знање о СИДИ, ставове према ризичним групама и оболелима од СИДЕ, социокултурне особине и вредносне оријентације, перцепције ризика, итд.

Средином деведесетих година све више се спроводе упоредна истраживања (међународна, међуградска...), затим проучавања о здравственој нези, као и о индивидуалним и колективним начинима суочавања са болешћу и њеним последицама (Савин К., Кораћ В., 1997: 13).

Ређа су "алтернативна" истраживања попут Ходкинсоновог, која се супротстављају најраширенијем приступу СИДИ као болести изазваној вирусом који ће због дугог инкубационог периода изазвати смрт милиона људи широм екумене. Представници ове врсте "радикалних" истраживања оштро критикују званичну медицину "за нову велику манипулацију, предлажу рушење мита о СИДИ" и промене за које верују да су "далекосежне не само за пацијенте, већ и за науку". (Према Савин К., Кораћ В., 1997: 14). За алтернативни приступ СИДИ карактеристично је гледиште по коме нагомилавање инфекција и разних напада на људско тело воде слому имуно система, баш онако како се то примећује у вези са СИДОМ, али без присуства ХИВ-а.

Један покушај да се на основу резултата досадашњих проучавања СИДЕ сумира неколико основних сазнања која имају општи значај показао је следеће: 1. да је готово свуда уочено повећање знања о СИДИ, али да је истовремено дошло до учвршћивања негативне моралне реакције; 2. да су жене генерално толерантније од мушкараца; 3. да су људи у неким земљама (пре свега непротестантским и некатоличким) толерантнији него у неким другим; 4. да више од нетолеранције, предрасуда, па чак и милитантних ставова према ХИВ зараженима и оболелима од СИДЕ социјалну климу у којој се говори, размишља и пише о овој болести, карактеришу ћутање, неверица, равнодушност и став "хајде да сачекамо и видимо шта ће се догодити" (цит. према Савин К., Кораћ В., 1997: 14).

У СРЈ, тачније у Београду, нема довољно социјално психолошких и социолошких истраживања проблема СИДЕ. Социолози Савин и Кораћ су 1988.

године спровеле истраживање у Београду у коме су анализовале реакције лаика, професионалаца и ХИВ позитивних наркомана на ову болест. Том приликом су уочиле да се СИДА помера од "ризичних група" у ширу популацију и да наставља да се преноси хетеросексуалним путем.

Током 1995. и 1996. године исте ауторке спровеле су истраживање "Културни обрасци сексуалног понашања и ризик од СИДЕ". Најсажетије, основни резултати овог истраживања, релевантни за наше истраживање "Млади и СИДА", су следећи: утврђена је промена у перцепцији ризика од СИДЕ; сви анкетирани (остварени узорак 2151 испитаника: средњошколаца и студената у Београду) данас доживљавају СИДУ као велики ризик, а више од 2/3 младих је осећа као лични ризик и сматра да су потенцијално угрожени; било би логично да због тога дође до одговарајућих промена у њиховом сексуалном понашању; на жалост, међутим, није тако: 60% сами одређују шта за њих представља, односно не представља ризик; у сексуалне односе ступају све млађи, највећи број притом не употребљава кондом; имају релативно кратке (сексуалне) везе; углавном се не распитују о ранијем сексуалном животу својих партнера; склони су да сами процењују здравствени статус особа с којима имају сексуалне односе, а мушкарци су још и генерално ризичнији од жена. (...) Могло би се рећи да су млади у нашој средини добро обавештени о овој болести, декларативно спремни да прихвате превентивне мере, а да се заправо веома ризично понашају (Савин К., Кораћ В., 1997: 32-33).

Анкете које Завод за заштиту здравља спроводи међу студентима такође показују да су они добро обавештени о СИДИ, али да ипак нису спремни да мењају своје прилично ризично понашање.

## 2. О анкети и узорку

Анкета је спроведена у мају 1997. године међу београдским средњошколцима. Анкетари су били студенти завршних година редовних студија и постдипломци са Одељења за социологију и психологију Филозофског факултета у Београду.

Сарадња са управама средњих школа, а нарочито са њиховим ученицима и наставницима била је задовољавајућа.

Упитник (у мушкој и женској верзији) садржи 190 питања и подељен је на 12 делова зависно од подтема које су нас интересовале.

Планирани узорак истраживања је обухватао 1000 испитаника, а остварени узорак чини 991 београдских средњошколаца. Тачније, то су ученици и ученице из 8 гимназија, 10 средњих четворогодишњих школа и 15 средњих трогодишњих и четворогодишњих школа на подручју 16 београдских градских (10) и приградских (6) општина.

При пројектовању узорка вођено је рачуна о полу, старости, врсти школске установе, разреду (трећи разреди), типу насеља (град, предграђе, село) и другим социо-демографским обележјима испитаника.

Испитано је 489 младића (49,4%) и 501 девојка (50,6%). Највећи део испитаника живи у граду (70,3%), у предграђу 20,2% и на селу 9,5%. Велика већина испитаника (88,3%) је завршила основну школу у Београду, док 11,7% у неком другом месту. Према врсти средње школе испитаници се деле на три групе: ученици трогодишњих школа 15,5%, ученици четворогодишњих школа 59,7% и ученици гимназија 24,7%.

У погледу социјалног порекла (социјални статус) очева, највећи број испитаника има очеве раднике (27,3%), деце чији очеви припадају елити (руководиоци) има 21,8%, деце чији очеви припадају категорији – остали (земљорадници, пензионери...) има 17%, деце службеника 15,9%, а најмање је деце потомака предузетника 14,3% и незапослених 2,0%.

У узорку има 80% православних, 18,6 атеиста и 1,4% припадника других верских заједница.

Највећи број наших испитаника (45%) иде у цркву само у специјалним приликама (венчање, сахране...), затим ређе од једанпут месечно 33%, уопште не иде у цркву њих 12,8%, а чешће од једанпут месечно похађа цркву њих 9,2%. Две трећине наших испитаника (65,9%) се сматра религиозним.

Више од половине испитаника (57,5%) не подржава ниједну политичку партију у Србији изјављујући при том да им ни једна политичка странка није блиска (43,0%), или да им партије нису блиске, јер су све подједнако лоше (14,5%). С друге стране, њих 42,4% сматрају блиском неку од парламентарних политичких странака у Србији, а међу њима су најбројнији они (19%) којима је блиска Српска радикална странка (Шешелјева странка крајње деснице).

Велика већина испитаника станује код родитеља, 82%, знатно мањи број у кући мајке – 9,5% или код неког другог – 8,4%.

Огромна већина испитаника је српске националности – 94,8%, а припадника других националности има 5,2%.

Просечна старост наших испитаника је 17 година и 8 месеци.

### 3. Неколико основних резултата истраживања

Основни циљ нашег истраживања је да, посредством сазнања о сексуалном животу младих, то јест о њиховим сексуалним биографијама, о (не)примени контрацепције (кондома нарочито), као и полазећи од њиховог знања о СИДИ, процени могућности превенције, односно могућности предупредивања заразе ХИВ-ом.

#### 3.1. Сексуална искуства

На питање да ли су икада спавали са особом супротног пола мало више од половине младих (51%) је одговорило потврдно.

Младићи су знатно чешће (61%) од девојака (41%) имали хетеросексуални однос.

Просечна старост анкетираних који су имали петинг износи 15,7 година. Петинг се најчешће доживљава између 15 и 17 година (78,5%). Хомосексуални петинг је имало 5% младих. Просечна старост при ступању у овакав однос је такође 15,7 година. То се најчешће збивало од 16. до 17. године (74%).

Као што то показују резултати сличних истраживања у другим срединама, младићи нешто раније од девојака стичу своја прва сексуална искуства. Младићи су били у просеку стари 14,3 године када су имали сталну партнерку. Петинг су доживели у просечној старости од 15,2 године. Хомосексуални петинг су имали у просечној старости од 14,5 година. Просечна старост младића који су спавали са особом супротног пола износи 15 година.

Просечна старост девојака које су имале прву менструацију износи 12,9 година. Сталну везу су девојке оствариле у просечној старости од 15,1 година.



Просечна старост девојака приликом првог сексуалног односа износи 16,2 године.

Анкета показује да је половина (51%) младих имала хетеросексуални однос. Просечна старост при ступању у хетеросексуални однос је 15,9 година.

На нивоу скупа узорака из свих земаља које су учествовале у овом упоредном истраживању, просечна старост младих када су имали први сексуални однос износи 15,68 година. Најраније, то јест са просечном старошћу од 15,44 године, први сексуални однос су имали млади у Бугарској, затим у Хрватској са 15,47, Словенији са 15,69, Чешкој са 15,77 а најкасније у Србији 15,96 година. Упоредна анализа података о учешћу младих који су имали сексуалне односе показују знатне разлике међу појединим земљама. Највеће учешће анкетираних који су имали сексуалне односе видимо (Табела 1) у Бугарској и Словенији (57% и 56%) а најмање у Хрватској (26%).

Табела 1: Млади који су имали сексуални однос у %

Земља	Мушко	Женско	Укупно
Бугарска	64	51	57
Хрватска	28	24	26
Чешка	43	42	43
Србија	61	41	51
Словенија	57	54	56

Извор: Анкета 1997.

За Србију и Бугарску карактеристично је веће учешће мушкараца него жена међу онима који су имали сексуални однос, док су међу осталим земљама разлике међу половима минималне, или, као у Чешкој, такве разлике готово да не постоје.

Ови подаци се, мање више, подударају са налазима других истраживања у земљи и иностранству. Скорашње истраживање у Београду (1996) је показало да 65% младића има сексуални однос до 16 година, а девојака двоструко мање (Савин К., Кораћ, В., 1997: 24). Резултати истраживања у 12 земаља Европске уније (Контула, 1995: 27) показују да се најзначајније разлике у сексуалном понашању могу приписати полу. Али уочљив је и тренд смањивања неких разлика у сексуалном понашању мушкараца и жена.

Резултати нашег истраживања у Београду показују да просечан број партнера са којима су анкетирани имали сексуални однос износи 3,7. Најчешћи број партнера са којима су млади спавали јесте 1 (35,6%) а затим 3 и 2 (17% и 16%). Просечан број сексуалних односа са партнерима износи 15.

Сексуално понашање младих мора бити посматрано у датом временском контексту. Данас млади сексуалне односе имају раније и чешће него претходне генерације.

### 3.2. О контрацепцији (кондому)

Анкета је показала да већина младих (60%) није користила никакво контрацептивно средство при првом сексуалном односу. Међу испитаницима који су тада користили неко контрацептивно средство (40%) највише је оних који су употребљавали пену, гел или крем против зачећа (54%), а затим оних који су употребљавали кондом (30%).

Питајући колико су често он, односно она, користили контрацепцију, сазнали смо да су је користили: сваки пут – 19%, често – 21%, у 50% случајева

– 18%, ретко – 21,5% и никада 20%. Закључак је да има премного младих који недовољно, ретко и никада не користе контрацепцију (59,5%).

Ево како су млади одговорили када смо поставили следеће питање: "Ако си већ имао сексуални однос и ниси користио заштиту, сети се последњег пута када је то био случај – како је дошло до тога?" Најчешћи одговор је да је анкетирани толико уживао да на то уопште није мислио (33%), а потом: да нису имали никакво контрацептивно средство (27%), да су се надали да се и тако неће ништа догодити (22%), да они у принципу не користе контрацепцију (17%), да су веровали да се партнер за то побринуо (10%), да је постојао неки други разлог који ми као истраживачи нисмо навели (9%), да партнер није желео да се заштити (6%), да нису хтели о томе да разговарају с партнером (3,5%), да су се плашили да кажу не (2%) и да нису имали ништа против да се роди дете (2%).

Због кључне улоге коју кондом има у заштити од СИДЕ још једним посебним питањем смо проверили став младих о коришћењу презерватива. Питали смо их: "Ако младићи/девојке имају полни однос, требало би да инсистирају на томе да се користи неки презерватив?" Са овим ставом се у потпуности сложило скоро две трећине (64%) младих, једна четвртина (25%) је одговорило да се са таквим ставом њихови пријатељи потпуно слажу, док је мањи број (8%) изабрао модалитет "моја мајка се потпуно слаже", а 3% "мој отац се потпуно слаже".

С друге стране, велика већина младих (80%) се у "потпуности не слаже" са тврдњом "ја не знам где бих могао да купим кондом", а 15% се са том тврдњом "не слаже". Зачуђујуће је, међутим, да 5% анкетираних изјављује да "се слаже" или се "у потпуности слаже" са тим да не зна где би могли да купе кондом.

Тврдњу "не бих знао/ла тачно како се кондом користи" у потпуности је одбацило 67% младих, а 22,5% је само одбацило. Али је 10% изјавило да се "у потпуности слаже" (5%) и/или "се слаже" (5%) са наведеном тврдњом.

Подаци нам показују да је само 30% младих користило кондом при првом сексуалном односу, а назире се и мала тенденција пада у употреби овог контрацептивног средства у каснијим сексуалним односима када су га користили у 28% случајева.

Истраживања показују да једна јака мањина младих не престаје да мисли да су изван поља опасности од СИДЕ. Готово сви знају да кондом постоји и да га је лако употребити, али га многи не купују. Њихов став је да нема шансе да ће то њих снаћи, да то погађа маргиналне групе као што су наркомани и хомосексуалци, који припадају једном другом свету. Младићи, не ретко, препуштају контрацепцију девојкама. Али контрацепција и заштита од СИДЕ су два различита циља. Гаранција да ће и младићи и девојке бити заштићени јесте коришћење кондома, али за једног "macho-а" употреба кондома представља срамоту. С тим у вези, Савин К. и Кораћ В. су показале да међу младима у Београду постоји доминантан утицај традиционално-патријархалног културног обрасца, укључујући широко прихваћени "мачоизам", на њихове ставове о сексу, као и на њихову сексуалну праксу. (Савин, К., Кораћ, В., Фајгељ, С., 1997).

Незанемарљив број младих сигурност налази у верности као једној врсти "моралног презерватива" против СИДЕ. То је повратак сексуално и сенти-

ментално затвореном кругу, заштићеном потпуним узајамним поверењем. Идеализујући љубав као нешто чисто и узвишено, млади често одбацују презерватив као атак на партнерску хармонију. Будући да очекују ексклузивност у вези, захтев за коришћење кондома, са било које стране, доживљава се као имплицитна сумња у верност. То није далеко од схватања да магична љубав штити од свега. Од нечега свакако штити, али од СИДЕ, на жалост, не. Често се чује као се тврди: "Презерватив – то је нешто што убија љубав. Имамо жељу да одговоримо: ако једно обично парче каучука убија љубав онда је она нешто што није тако моћно..." (D'Aboville, L., Fridel, A., Bonnin L., 1994: 36).

Млади су данашња генерација од које се очекује да одговори на изазов једне од најгорих епидемија нашег доба упражњавајући сигурност у сексуалним односима.

"Страх од смрти је значајна мотивација али га треба превазићи: опасност од СИДЕ може да усмери целу једну генерацију да измисли нову концепцију љубави, сигурно одговорнију, али такође уравнотеженију и богатију од претходне генерације чији је слоган, каже се, био: 'Уживајмо без забрана.'" (D'Aboville, L., Fridel, A., Bonnin, L., 1994: 46)

Средња вредност индекса ризичног понашања при првом сексуалном односу на нивоу узорка из свих пет земаља у којима је 1997. године спроведена анкета износи 1,65.

Када се упореде подаци о средњим вредностима индекса ризичног понашања при првом полном односу (скала 0-7) показује се да највећу вредност имају млади из Бугарске – 1,75, а потом: млади из Чешке – 1,72, Словеније – 1,59, Хрватске – 1,47, а најмању млади из Србије 1,24.

У свим земљама средња вредност индекса ризичног понашања је већа код мушкараца него код жена, осим у случају Србије где је мало већа код жена (1,31) него код мушкараца (1,19).

### 3.3. Знање, ставови и понашања у вези са СИДОМ

#### 3.3.1. Знање о СИДИ

А сада желимо да покажемо шта и колико београдски средњошколци знају о СИДИ и ХИВ позитивнима, да ли су имали блиско суочавање са СИДОМ и каква су им искуства те врсте и, на крају, какви су им ставови према СИДИ и њеним жртвама.

Одговори на ова питања се налазе у следећим табелама.

Табела 2: Знање о СИДИ

Тврдње	Бр.	Слажем се	Не слажем се
Не постоји лек за СИДУ	976	66,5%	39,5%
Неко може имати ХИВ вирус и не изгледати болесно	973	93,4%	6,6%
Неко може годинама имати ХИВ, пре него што оболи	970	89,4%	10,6%
Човек може имати ХИВ позитиван тест и не боловати од СИДЕ	949	55%	45%
ХИВ инфекција може да се установи одмах након преношења	950	46,5%	53,5%

Подаци из табеле 2 показују неуједначеност у знању о појединим аспектима СИДЕ. Податак да чак 39,5% анкетираних сматра да је СИДА излечи-

ва говори о недовољној елементарној обавештености о природи ове болести. Исто се може рећи поводом погрешног одговора 45% испитаника који сматрају да човек може имати ХИВ позитиван тест и не боловати од СИДЕ.

Да бисмо дубље ушли у структуру и квалитет знања о СИДИ тражили смо одговоре на питања о разним могућностима заразе ХИВ-ом у одређеним ситуацијама.

Табела 3: Знање о ризицима заразе ХИВ-ом

Ризици заразе ХИВ вирусом у одређеним ситуацијама	Бр.	Висок	Мали	Практично никакав ризик
У контакту са отвореном раном некога ко је инфициран ХИВ-ом	963	77%	20%	3%
Пољубац с језиком, ако је партнер инфициран	974	19%	46%	35%
Петинг ако је партнер инфициран ХИВ-ом	955	38%	36%	26%
Ако се пије из чаше из које је пре тога пио неко ко је инфициран ХИВ-ом	963	11%	37%	52%
Дуже времена живети са ХИВ инфицираним чланом породице	959	30%	39%	31%
Сексуални однос без кондома са инфицираним партнером	979	97%	2%	1%
У базену ако се у њему купа неко ко је инфициран ХИВ-ом	967	11%	45%	44%
При неговању неког оболелог од СИДЕ	974	14%	49%	37%
При употреби кондома ако је партнер инфициран	972	17%	62%	21%
Одлазак код зубара који је пре тога радио са неким ко је инфициран ХИВ-ом	970	37%	43%	20%
Користити исту иглу као и ХИВ позитивни наркоман	975	98,7%	0,9%	0,4%

Шта нам показују *индекси њезња знања о СИДИ* (скала од 0-16)?

Аритметичка средина теста знања о СИДИ за ученике београдских средњих школа износи 6, а за ученице 8,13.

На нивоу узорка из свих пет земаља (градова) у којима је обављено наше истраживање, аритметичка средина индекса теста знања о СИДИ износи 9,10.

Поређење аритметичких средина индекса теста знања о СИДИ у појединим земљама показује да највећу аритметичку средину имају млади из Чешке – 10,04, а затим: млади из Хрватске – 9,29, Бугарске – 9,08 и Словеније – 8,77, а најмању млади из Србије 8,19. То значи да само две земље, Чешка и Хрватска, имају аритметичке средине које су изнад опште аритметичке средине индекса теста знања о СИДИ.

Може се закључити да се на први поглед добро знање о СИДИ релативизује анализом његове унутрашње структуре када се откривају незнање и колебања о одређеном скупу питања. То укупно знање младих о СИДИ у Београду чини осредњим и слабијим од знања у другим проучаваним срединама.

### 3.4. Сида и њонашање

Овде ћемо изложити податке о суочавању београдских средњошколаца са СИДОМ, то јест, податке о СИДИ као личном проблему младих.

Гледано у целини, већина анкетираних (62%) процењује да је њихов ризик да се заразе ХИВ-ом у поређењу са другима мањи, и то: много мањи

(29%), мањи (20%) и нешто мањи (13%). Мало више од трећине анкетираних (35%) процењује да је њихов ризик од заразе СИДОМ исти као и ризик осталих младих, док само 2% анкетираних сопствени ризик процењује нешто већим и већим од ризика других.

Девојке чешће (65%) од младића (57%) процењују да је њихов ризик мањи од ризика њихових вршњака. Да им се ризик не разликује од ризика других процењује мало више младића (37%) него девојака (33%). С друге стране, младићи мало чешће (5,4%) него девојке (2,1%) кажу да им је ризик од заразе СИДОМ нешто већи него што је то случај са другима.

Све у свему, мушкарци себе перципирају као нешто више ризичну групу него што то чине жене. С обзиром да суд мушкарци промискуитетнији и тиме условно ризичнија група оваква њихова аутоперцепција је логична.

У целини узев, анкетирани који нису имали сексуални однос чешће (68%) него они који су га имали (55%) процењују да је њихов ризик од заразе СИДОМ много мањи или нешто мањи. Међу анкетиранима који процењују да им је ризик исти као и осталим вршњацима бројнији су они који су имали сексуални однос (41%) него они који га нису имали (29%). С друге стране, испитаници који су имали сексуални однос незнатно чешће (4,3%) процењују да им је ризик нешто већи и већи него код оних који га нису имали (3%).

Трећина анкетираних (34%) тврди да није могуће да се заразе од СИДЕ, док 19% тако нешто процењује веома невероватним. То значи да више од половине (53%) анкетираних процењује да је, углавном, безбедан када је у питању СИДА. Овај проценат "оптимиста" се повећава ако се њему дода 37% оних који процењују да је њихова зараза СИДОМ тешко вероватна. Остаје 10% оних који своју заразу СИДОМ процењују као вероватну и врло вероватну (9% и 1%).

Велика већина анкетираних (71%) није никада свој интимни живот ограничавала због СИДЕ. Секс је због СИДЕ потпуно избегавало 6% младих. Због СИДЕ је своју сексуалност ограничавало само на љубљење 6% испитаника, а на петинг 2%. На полни однос са кондомом се због СИДЕ определило 16% испитаника. Ови подаци још једном потврђују сазнања о ризичном сексуалном понашању већине младих.

Већина анкетираних (60%) је одговорило да су од партнера захтевали да се користи кондом, и то: 19% због заштите од трудноће, 5% због СИДЕ и 35,5% због заштите од трудноће и због заштите од СИДЕ. Опет се показује да се прилично анкетираних (40%) сексуално ризично понаша.

Велика већина испитаника (86,5%) није никада питала свог партнера да ли је ХИВ-позитиван. Још већи број анкетираних (89%) није никад питао да ли има неку сексуално преносиву болест (трипер, херпес ...). Велика већина анкетираних (90,5%) је питало свог партнера колико је сексуалних веза имао раније. Путем овог веома често постављеног питања млади вероватно посредно процењују степен ризика од полних болести и СИДЕ, али је, исто тако вероватно, да се иза овог питања крије и лична сујета.

Да сигурно никада није спавало са неким ко је интравенозно узимао дрогу (као хероин или кокаин) потврдно је одговорила велика већина испитаника (78%). Да тако нешто није вероватно изјавило је њих 15,5%, док 4,5% каже да је то вероватно, а 2% да је сигурно спавало са интравенозним наркоманом.

Велика већина анкетираних (77%) је, такође, негирала да је икада спавало са партнером који је имао хомосексуално искуство. Њих 16,5% је одговорило да тако нешто није вероватно, док 5% то сматра вероватним, а 1,2% сигурним.

Само је 3% испитаника захтевало ХИВ-тест од неког свог партнера. С друге стране, још је мање, свега 1,2%, испитаника изјавило је да је партнер од њих захтевао ХИВ-тест.

Анкета показује да 22,5% испитаника познаје неку особу која се подвргла ХИВ-тесту.

Да би било неке промене у њиховом интимном животу, ако СИДА не би постојала, потврдно је одговорило 38% анкетираних. Младићи су чешће (44%) одговарали да би се другачије интимно понашали него девојке (33%).

### 3.5. Ставови о СИДИ

Велики број анкетираних (83%) верује да се већина младих исувише плаши СИДЕ, а 17% да је се исувише пуно плаши. Да опасност од СИДЕ нема никаквог утицаја на сексуално понашање младих верује 16% анкетираних, 65,5% верује да има мало утицаја, а 19% да има велики утицај.

Интересовало нас је и каква је процена наших испитаника да поједине групације њихових суграђана добију СИДУ. Испитаници су могли да бирају одређени број на процентној скали од 0 до 100 која је била исписана поред сваке ризичне групе. Посматране групације суграђана се, на основу степена њиховог ризичног понашања од стране анкетираних, могу овако рангирати: 1. партнери ХИВ заражених особа; 2. проститутке; 3. наркомани; 4. хомосексуалци; 5. клијенти проститутки; 6. бебе ХИВ заражених мајки; 7. жене које често мењају партнере; 8. мушкарци који често мењају партнерке и 9. хемофиличари.

Преко једне четвртине анкетираних (27%) је изјавило да познају некога ко је ХИВ позитиван, или је оболео или, пак, умро од СИДЕ. Највећи број анкетираних (73%) такву особу не познаје лично (медијска звезда, глумац, итд.), за 22% таква особа је познаник, за 4% пријатељ и за 1,3% члан породице.

питајући их какво је било њихово осећање када су то сазнали, добили смо одговоре који се могу рангирати на следећи начин: 1. туга (35%); 2. запрепашћење (31%); 3. страх (28%); 4. саосећање (27%); 5. разочарење (20%); 6. "добрио је шта је тражио" (15%); 7. равнодушност (13%) и 8. љутња (3,7%). Са етичког становишта требало би очекивати да, као и према сваком тешко оболелом, преовладава осећање солидарности (саосећање). Подаци показују да се саосећање нашло на четвртном месту. О узбурканости осећања, најблаже речено, говори податак да се злурадост ("добрио је што је тражио") нашло на шестом месту.

На питање "Замисли да је неко из твог разреда оболео од СИДЕ, како би реаговао?" понудили смо 6 одговора, а тражили да испитаници изабере само један. Њихови одговори се, према степену заступљености, овако могу рангирати: 1. "То апсолутно ништа не би променило" (42%); 2. "Ја бих се заузео за њега, али у разумним границама" (32%); 3. "Ја бих био спреман јавно да се заузем за њега" (12%); 4. "Ја бих без промене школе прекинуо контакт са њим" (8%); 5. "Ја бих очекивао да он буде искључен из школе" (5%) и 6. "Ја

бих променила школу” (1,5%). Као што се и очекивало, када се у једној претпостављеној ситуацији издвоје оболели од СИДЕ који су блиски (другови из школског разреда) реаговања окружења се мењају набоље. О томе говори податак да би 44% ученика изразило мању или већу солидарност са оболелима.

Према мишљењу анкетираних трошкове лечења ХИВ-заражених особа требало би првенствено да сноси болесници и њихова породица, па држава и, на крају, каритативна удружења. С тим у вези анкетирани исказују различите степене (не)солидарности наспрам појединих група ХИВ инфицираних особа.

Табела 4: ”Ко би требало, по твом мишљењу, да сноси трошкове ХИВ инфицираних особа?”

	Бр.	Болесници и њихова породица	Држава	Каритативна удружења
Наркомани	892	64%	24%	12%
Хомосексуалци	931	70%	18%	12%
Хемофиличари	891	34%	51%	15%
Мушкарци који често мењају партнерке	936	74%	18%	8%
Проститутке	896	65%	22%	13%
Жене које често мењају партнере	930	73%	18%	9%
Беба ХИВ инфицираних мајки	926	16%	70%	14%
Муштерије проститутки	930	76%	16%	8%
Партнери ХИВ инфицираних особа	932	50%	37%	16%

Показује се да наши испитаници, у финансијском смислу, највише солидарности показују према бебама ХИВ инфицираних мајки, а најмање према клијентима проститутки.

### 3.6. *O tempora, o mores*

Ставови према оболелима од СИДЕ и ХИВ-позитивнима су, по доминацији емоционалне компоненте над когнитивном и конативном компонентом, слични ставовима према ”оним другачијим” као што су хомосексуалци, наркомани, алкохоличари, психијатријски болесници, итд. То значи да је у тим ставовима, нарочито у првој деценији епидемије СИДЕ, било пуно негативних стереотипа, предрасуда. Колективна нелагодност, ирационалност, стигматизација, па и дискриминација и после тог периода, негде мање а негде више, обележавају однос различитих делова јавности према оболелима од СИДЕ и зараженима ХИВ-ом. С друге стране, поједине државне и друге институције предузимају разне мере предострожности. О различитим ставовима и поступцима окружења према СИДИ пластично говори следећих неколико примера (Cassuto J. P., Reboulot, V., 1991: 182-183).

Немачка је измислила деликт силовања са презервативом који починоцу доноси мању казну него када то уради без презерватива... Аустралијска влада дотира серопозитивне који се баве проституцијом (мушкарце и жене) да би престали са њиховим занимањем (100\$ месечно)... У Кини особе које траже посао морају да се подвргну ХИВ-тесту пре него што им се посао одобри. Серопозитивна особа не може да се венча ни да се упише на Универзитет... У Француској покушај самоубиства: једна жена се заразила до-

бровољно убризгавши себи крв свог пријатеља оболелог од СИДЕ... У Габону један презерватив кошта око 10F, то јест стоти део просечне месечне зараде... У Италији, у Падови, на градском гробљу је одређена специјална зона за сахрањивање умрлих од СИДЕ... У Холандији је био подигнут хомоспоменик, споменик у знак сећања на све прогоњене хомосексуалце... Један швајцарски лекар је предложио да се серопозитивни тетовирају да би се "сексуално изоловали". Тетовирање мора бити извршено близу гениталних органа да би се избегло да та особа буде јавно проказана, али да за партнере буде препознатљива... Вирус развода: у САД, после открића позитивног ХИВ-теста код једне жене за време лечења муж је тражио развод. Два месеца касније нови тест је оповргао резултат првог...

У Југославији, у Београду, родитељи су запретили да своју децу која похађају први разред основне школе неће доводити на наставу уколико ХИВ позитиван дечак, њихов друг, буде присутан. Њихова претња бојкотом је била успешна. Министарство просвете је, у септембру 1997. године, пронашло "решење" одлучивши да овај дечак буде изолован тако што ће једна наставница предавати само њему.

"Живот је сексуално преносива  
и фатално смртна болест."  
Вуди Ален

#### 4. Закључак

Поновимо да је Кубурић З. (применом Offer-ове скале OSIQ) показала да су у ситуацији жестоке друштвене кризе у периоду транзиције у Београду млади све више слободни у сексуалном понашању и отворенији према супротном полу. Нарочито је изражена слобода младића и преокупираност сексуалним *селфом*, значајно је опао степен прихватања моралних норми, осећања одговорности и заинтересованости за друге. Ако је тачно да одрасли, а нарочито припадници политичке елите дају пример другима, односно служе као (не)морални узор за имитацију од стране подређеног становништва, онда оваква промена слике о себи код адолесцената не треба да чуди.

Велика је вероватноћа да се у условима друштвене аномije СИДА доживљава као само један у мноштву других ризика и проблема са којима се суочавају млади, и то вероватно не као један од најважнијих.

"Нормални" млади су друштвена група која је највише угрожена СИДОМ. Код њих је, уз то, свест о опасности најслабија, предрасуде изразите, фатализам раширен, небрига, иначе својствена младима, довољна да проузрокује несрећу. О проблему конзумирања дувана, алкохола и дроге, због недостатка простора нисмо писали, али је познато да су у Београду ове појаве нарочито у последњих десетак година у сталном порасту.

Неки међу младима окрећу леђа СИДИ, неки се са њом суочавају, многи се труде да прилагоде своје понашање, своја гледишта не би ли нашли одговор на проблеме ове смртоносне и сексуално преносиве болести у тренутку откривања сопствене сексуалности.

Упркос страху од нежељене трудноће, класичних полних болести и СИДЕ, млади недовољно користе контрацептивна средства и то из многих разлога.



Најчешћи разлог је тај што млади, ипак немају довољно знања о репродуктивној физиологији и о постојећим контрацептивним средствима. Тачније, многа истраживања о знању у вези са контрацепцијом па и ово наше дају релативно позитивне резултате, али када се пажљивије провери квалитет тог знања показује се да је оно веома површно, често и нетачно. Млади прецењују своје познавање сексуалне проблематике. Знања о сексу су не ретко спорадична и потичу од особа које нису стручњаци за такве ствари (Капор-Стануловић, Н., 1988: 19).

Констатовали смо да је знање о СИДИ којим располажу београдски средњошколци осредње и да је нешто мање од знања њихових вршњака у проучаваним градовима пет земаља Средње и Источне Европе. Штавише, резултати нашег истраживања су показали да је знање о СИДИ београдских средњошколаца мање од степена знања које је утврђено у ранијем истраживању у овом граду. Разлог томе првенствено видимо у чињеници да су у узорку за то истраживање (Савин К., Кораћ В., 1996) поред средњошколаца били и студенти, који неколико последњих година редовно одговарају на анкете о СИДИ коју спроводи Завод за заштиту здравља.\*

Упркос осредњем знању млади се веома ризично понашају и то је оно што највише забрињава. Тачније, многи млади су декларативно спремни да прихвате превентивне мере, али се у сопственој сексуалној пракси тога недовољно придржавају.

#### Литература:

- Cassuto J. P., Reboulot, B. (1991): *La séropositivité en quotidien*, Ed. Odile Jacob, Paris.  
 D'Aboville L., Friedel, A., Bonnin L. (1994): *Le SIDA, ce nous regarde!*, Ed. Stock, Paris.  
 Капор-Стануловић, Н. (1988): *На њују ка одраслости*, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд.  
 Монтање, Ј. (1992): *Човек против вируса*, Паидеиа, Београд.  
 Савин, К., Кораћ, В., и др. (1992): *Друштвена реакција на СИДУ*, ИКСИ, Београд.  
 Савин К., Кораћ, В. (1997): "Сексуално понашање и ризик заразе СИДОМ младих у Београду", *Социолошки преглед*, vol. XXXI, №1, Београд.  
 Савин, К., Кораћ, В., Фајгел, С. (1997): "Традиционално-патријархални културни образац сексуалног понашања – скале", *Часопис за КСПС*, vol. 4/1-2, Београд.

\* Тек су ове године у договору са Министарством просвете Србије започели семинари за едукацију професора који ће, после, своје знање преносити на ученике средњих школа и других школа.

Досадашње програме просвећивања (трибине, предавања, штампање плаката, брошура, часописа...) помагала је организација »Handicap international: Sever – Jug«. Одзив наших фирми и организација је веома скроман. Почетком 1998. године Југословенска асоцијација за борбу против СИДЕ (ЈАЗАС), која још нема своје просторије, убацила је уплатнице са одштампаним жиро рачуном ЈАЗАСА и износом од 50 динара, заједно са мини информатором о СИДИ, у поштанске сандучиће наших фирми. Одзив је био веома мали. На сличан апел Института за инфективне и тропске болести у Београду, на чијем се VI одељењу лече оболели од СИДЕ, нико се није ни одазвао. Општа беспарица сигурно није једини разлог за оволики степен незаинтересованости.

У току је акција постављања кондомата на местима где се окупују млади (школе, факултети...) Досадашња искуства у вези са овом акцијом су веома добра.

Саветовалишта за СИДУ у Београду налазе се на 4 места и то у: Градском заводу за заштиту здравља, Заводу за заштиту здравља студената, Институту за инфективне и тропске болести и Заводу за болести зависности.