

СЕКСУАЛНА ЕДУКАЦИЈА У ЕВРОПСКИМ ДРЖАВАМА

МИРЈАНА РАШЕВИЋ

Институт друштвених наука
Центар за демографска истраживања
Краљице Наталије 45, Београд, Србија
rasevicm@gmail.com

САЖЕТАК: Шведска је још 1955, као прва европска земља, увела обавезну сексуалну едукацију у школске програме. Данас је она део образовања у многим европским државама. Да ли је савремени приступ сексуалној едукацији реалност и у Србији? Односно, да ли је држава модернизовала образовни систем и прилагодила га захтевима и потребама времена у овој сфери? У том смислу у раду се разматра више тема везаних за сексуалну едукацију: савремено дефинисање појма, поштовање релевантних људских права, нове потребе за овом врстом информација, принципи, баријере и модели спровођења у европским земљама, улога школе, здравствених установа и медија, као и примери добре праксе у Европи. Поред резултата истраживања објављених у научним радовима, важну изворну грађу за обраду наведених тема представљале су и одговарајуће студије Светске здравствене организације, Међународне федерације за планирано родитељство и Европског удружења за контрацепцију и репродуктивно здравље. На тај начин створена је основа за оцену стања и изношење очекивања везаних за спровођење сексуалне едукације младих у Србији. У раду је нагласак на младима, као важној циљној групи за образовање у овој сфери, мада је сексуална едукација битна у свим животним добима.

КЉУЧНЕ РЕЧИ: сексуална едукација, европске земље, Србија

САВРЕМЕНИ КОНЦЕПТ СЕКСУАЛНЕ ЕДУКАЦИЈЕ: ДЕФИНИЦИЈА, РАЗВОЈ, ПРИМЕНА

Појам сексуалне едукације Светска здравствена организација је дефинисала 2002. године, Међународна федерација за планирано родитељство, водећа међународна невладина организација у области сексуалног и репродуктивног здравља 2006. године, а Организација Уједињених нација

за образовање, науку и kulturu 2009. године. У савременом одређењу овог појма нагласак је на сексуалности као централном и комплексном аспекту људског битисања, поштовању људских права, и неопходности усвајања знања, вештина, ставова и вредности битних за разумевање сексуалности и превенирање нежељених исхода.

У међународној заједници учињени су значајни напори за дефинисање сексуалних и репродуктивних права током деведесетих година 20. века. Важну улогу у том смислу имале су три конференције Уједињених нација. На Светској конференцији о људским правима (Беч, 1993) истакнут је значај права жена и девојчица, а на петој по реду Међународној конференцији о становништву и развоју (Каиро, 1995) и Четвртој светској конференцији о женама (Пекинг, 1995) сексуална и репродуктивна права су укључена у агенду људских права.

Затим је Међународна федерација за планирано родитељство донела широко коришћену *Повељу о сексуалним и репродуктивним правима* [International Planned Parenthood Federation, 1997]. У Повељи је утврђена веза између сваког од 12 међународно признатих људских права и права на сексуално и репродуктивно здравље. Светска здравствена организација је, пак, 2002. године поставила на свој сајт радну дефиницију сексуалних права. Она, између осталих појединачних права, укључују и право сваке особе на сексуалну едукацију [World Health Organization – Regional Office for Europe, Federal Centre for Health Education, 2010: 17].

Сексуална едукација је доживотни процес. Међутим, најважније је спровођење образовања из ове сфере током детињства и адолесценције. Светска асоцијација за сексологију [Lottes 2000: 15] инсистира да се са едукацијом отпочне у што ранијем животном добу, од самог рођења. Светска здравствена организација је то прихватила и уградила у стандарде за сексуалну едукацију у Европи [World Health Organization – Regional Office for Europe, Federal Centre for Health Education, 2010: 38–39]. Отуда би сексуална едукација требала да буде природни део одрастања у породици и саставни део школских програма. Здравствене установе и масовни медији су важни партнери у овом процесу. Индиректни учесници у сексуалној едукацији су креатори политика, лидери у локалној заједници, истраживачи, чланови невладиних организација, као и вршњачки едукатори.

Школа се сматра најбитнијом кариком у ланцу релевантном за сексуалну едукацију из најмање два разлога. То је често пасиван однос родитеља према сексуалности њихове деце, као и чињеница да највећи део популације младих који потичу из различитих социјалних кругова пролази кроз образовни систем. Истовремено резултати истраживања у многим срединама, укључујући и Србију, показали су да су млади свесни свог незнања у сфери сексуалности и да желе да га стекну током школског образовања [Rašević 2002].

Спровођење сексуалне едукација у Европи има дугу историју. Шведска је прва европска земља која је давне 1955. године увела обавезну сексуалну едукацију у школске програме [International Planned Parenthood Federation, 2006: 79]. Почети образовања младих у Шведској за очување

сексуалног и репродуктивног здравља се везују за тридесете године 20. века и отварање ових тема у средњим школама у оквиру здравственог васпитања [Wertheimer-Baletić 2006: 13]. Либерализација намерног прекида трудноће и продаје контрацептивних средстава 1921. године и спровођење сексуалне едукације било је у складу с већ тада прокламованим моделом популационе политике Шведске базираном на стварању услова за рађање жељеног броја деце [Rašević i Petrović 1996: 55].

Током седамдесетих и осамдесетих година 20. века сексуална едукација је постала саставни део школских програма и у другим скандинавским земљама и многим земљама Западне Европе, на пример, у Немачкој 1968. и у Аустрији 1970. године. Увођење сексуалне едукације у образовни систем је настављено у последњој деценији 20. века и у првим деценијама 21. века, прво у Француској и Великој Британији, а затим и у земљама Јужне Европе, као што су Португалија и Шпанија. Чак и у Ирској, земљи са доминацијом традиционалних ставова у овој сфери, сексуална едукација се спроводи у основним и средњим школама од 2003. године. Са падом комунизма, и земље у Централној и Источној Европи почињу да уводе сексуалну едукацију у школе [World Health Organization – Regional Office for Europe, Federal Centre for Health Education 2010: 12].

Фундаменталне промене познате као „сексуална револуција” које су се одиграле у седамдесетим и додатно страх од епидемије СИДЕ у осамдесетим годинама су представљали главне разлоге ширења процеса укључивања сексуалне едукације у образовни систем у низу европских земаља. На почетку 21. века јављају се нове потребе за интензивирањем спровођења сексуалне едукације. Оне су узроковане имиграцијом група другачијег културног и религиозног порекла, брзим ширењем нових медија, повећањем забринутости везане за сексуално злостављање деце и адолесцената и родно условљено насиље, и свакако промењено сексуално понашање младих у Европи.

Програми сексуалног образовања се данас реализују у Европи под различитим називима као што су, на пример, едукација о сексуалности, едукација о сексу и партнерству, едукација за породични живот, едукација о животним вештинама или здравствена едукација [International Planned Parenthood Federation, 2006: 9]. Чини се да сама употреба термина за сексуално образовање младих одражава културни дискурс у којем се ова едукација спроводи или чак, према мишљењу Експертске групе за сексуалну едукацију Европског удружења за контрацепцију и репродуктивно здравље, степен отворености друштва да млади уче о сексу [Loeber et al. 2010: 170]. Не разликује се само терминологија, већ је различит и начин спровођења сексуалне едукације у школама у европским земљама.

То су показали резултати истраживања ове теме у 27 европских држава у оквиру пројекта SAFE¹ који је 2006. године спровела Европска мрежа Међународне федерације за планирано родитељство у сарадњи са Светском здравственом организацијом и Универзитетом у Лунду у Шведској [Inter-

¹ Акроним за пројекат: “A European partnership to promote the sexual and reproductive health and rights of young people”.

national Planned Parenthood Federation, 2006]. Мада постоје средине где је сексуална едукација посебан предмет, најчешће су ове теме укључене у биологију, физичко, здравствено или грађанско васпитање, филозофију или учење матерњег језика. Избор предмета зависи од договореног доминантног фокуса едукације, то јест да ли је образовање усмерено на подршку сексуалном и репродуктивном здрављу младих или дискусију о социјалним и моралним питањима у овој сфери са ученицима. Утврђен је тренд пораста земаља у првој деценији 21. века у којима је сексуална едукација обавезна и које прихватају холистички приступ који подразумева да се релевантне теме обрађују у различитим предметима са једним координатором активности.

Са учењем тема из ове сфере се почиње у различито доба у европским земљама, у распону од 4. године (у Великој Британији и Португалији) до 14. године у Италији и на Кипру. У највећем броју земаља сексуална едукација је обавезна за ученике с 15 и више година. У сексуалну едукацију у Европи су укључени учитељи/наставници различитог професионалног профила који су завршили специјалне курсеве, или мотивисани учитељи/наставници заједно са здравственим радницима, и/или психолозима, односно педагозима. У неким земљама, као што су на пример Шведска или Естонија, део едукације се одвија у најближем здравственом центру за младе да би се промовисале посете овим центрима у будућности.

Данас се у низу земаља, пре свега Северне и Западне Европе, тежи холистичком приступу у дефинисању програма и спровођењу сексуалне едукације младих у циљу подршке индивидуалном и сексуалном развоју [United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2009]. Овај приступ се дијаметрално разликује од онога који промовише апстиненцију од сексуалних односа пре брака, карактеристичан за Сједињене Америчке Државе и земље Источне Европе, и јасно је шири од ранијих програма који су се базирали на промоцији употребе ефикасне контрацепције и заштити од полно преносивих инфекција.

Савремено схватање сексуалне едукације подразумева да се образовање у овој сфери заснива на следећим принципима које је дефинисала Светска здравствена организација [World Health Organization – Regional Office for Europe, Federal Centre for Health Education, 2010: 27]:

1. Сексуална едукација је у складу са старосном доби особе која учи и културном контексту у којем живи;
2. Сексуална едукација је заснована на концепту поштовања људских права, укључујући сексуална и репродуктивна права;
3. Сексуална едукација је заснована на холистичком концепту благаостања, укључујући и здравље;
4. Сексуална едукација је заснована на родној једнакости, сексуалном идентитету појединца и прихватању различитости;
5. Сексуална едукација почиње рођењем;
6. Сексуална едукација треба да буде схваћена као допринос развоју праведног и саосећајног друштва путем јачања појединца и заједнице;
7. Сексуална едукација је заснована на научно потврђеним чињеницама.

Поред седам принципа, Светска здравствена организација је издвојила и седам најважнијих карактеристика које доприносе квалитету сексуалне едукације. То су учешће младих у организовању, спровођењу и евалуацији сексуалне едукације, контекстна оријентација, уважавање различитих потреба жена и мушкараца, интерактивно учење, мултисекторно повезивање, континуирано спровођење, као и стална кооперација са родитељима и заједницом у најширем смислу [World Health Organization – Regional Office for Europe, Federal Centre for Health Education, 2010: 29–30].

Релевантне међународне организације, пре свих Светска здравствена организација (2010), Међународна федерација за планирано родитељство (2006) и Организација Уједињених нација за образовање, науку и културу (2009), су посебну пажњу усмерили на исходе ове врсте образовања. Они се наслањају на изнете принципе и основне карактеристике сексуалне едукације. Од сексуалне едукације очекују се следеће добробити на микро-, мезо- и макронивоу, то јест добробити за младу особу, партнерске односе и друштво у целини:

- стицање тачних информација о свим аспектима сексуалности, правима, заштити сексуалног и репродуктивног здравља и одговарајућим саветовалиштима и сервисима;
- развијање животних вештина за суочавање са свим аспектима сексуалности и релација, као што су критичко размишљање, комуникација, преговарање, саморазвој, доношење одлука, преузимање одговорности, постављање питања и тражење помоћи, самопоуздање, асертивност и емпатија;
- неговање позитивних ставова и вредности битних за очување сексуалног и репродуктивног здравља, али и отвореност, поштовање себе и других и прихватање различитости;
- стварање социјалне климе у којој се поштује сексуалност, родна равноправност и различити животни стилови, ставови и вредности.

Већина наведених исхода је тешко мерљива. Отуда се најчешће успешност спровођења сексуалне едукације у једној средини процењује путем два индикатора. То су одлагање првог сексуалног односа ка старијем добу живота и мања учесталост ризичног понашања младих. Позитиван утицај спровођења програма сексуалне едукације у школама на сексуално понашање младих утврђен је на основу метаанализе резултата 83 студије [Kirby et al. 2007: 206]. Показано је да ученици који су похађали те програме нису раније почели са сексуалном активношћу нити су се ризичније сексуално понашали. Насупрот, неки програми су допринели одлагању или избегавању сексуалних односа, или повећању учесталости коришћења кондома или друге контрацепције. Такође је уочено да су програми били делотворни у различитим земљама, културним срединама и групацијама младих, као и да их је могуће применити у различитим друштвеним срединама.

С друге стране је установљено да програми промоције апстиненције као јединог прихватљивог облика сексуалног понашања младих не дају жељене резултате у развијеним земљама света. На основу анализе 13 студија у којима је таквом врстом едукације било обухваћено око 16.000 младих из Сједињених Америчких Држава, утврђено је да ниједан програм није имао утицаја на време почетка сексуалне активности, учесталост незаштићених сексуалних односа, број партнера и коришћење кондома [Underhill, Montgomery and Operario 2007: 248].

ФИНСКА, ЕСТОНИЈА И СЛОВЕНИЈА: ПРИМЕРИ ДОБРЕ ПРАКСЕ У СПРОВОЂЕЊУ СЕКСУАЛНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

Искуство Финске показује колико је с једне стране важно да сексуална едукација буде обавезан део образовања са дефинисаним програмом од почетка школовања, а с друге стране да одговарајући здравствени сервиси буду доступни. У тој земљи сексуална едукација је постала обавезни предмет у школама 1970. године. Од 1972. почели су да се развијају здравствени сервиси у локалним самоуправама чије су услуге везане за пружање савета у сфери сексуалног и репродуктивног здравља биле бесплатне за целу популацију. Као резултат увођења тих мера, стопе абортуса и порођаја међу адолесцентима прогресивно су се снижавале до веома ниских вредности средином деведесетих година, када су из различитих разлога услуге саветовања у здравственим сервисима укинуте, а сексуална едукација постала изборни предмет са програмом који није био постављен на националном нивоу. Непосредне последице су биле снижавање учесталости коришћења контрацепције међу адолесцентима, повећање удела младих који су били сексуално активни у узрасту 15 и 16 година и пораст стопа абортуса међу девојкама старости 15–19 година.

У одговору на све лошије индикаторе сексуалног и репродуктивног здравља младих Финаца 2004. је у школе уведено здравствено васпитање, које је постало обавезно две године касније. Оно је тако постављено да укључује стицање знања и вештина, као и развој личне одговорности за сопствено здравље и здравље других људи. Саставни део здравственог васпитања је и васпитање за очување сексуалног и репродуктивног здравља. Од 7. до 12. године старости ученика здравствено васпитање је укључено у предмет – Природа и заштита животне средине. Ученици са 13, 14 и 15 година имају здравствено васпитање као посебан предмет са укупно 114 часова. Истовремено је поново активиран саветовалишни рад у оквиру примарне здравствене заштите. Непосредно по увођењу обавезног здравственог васпитања у школе и обезбеђивању доступности саветовања у здравственим сервисима евидентиран је пад удела младих који не користе контрацепцију и регистровано снижавање учесталости сексуалне активности адолесцената узраста 15 и 16 година и значајно смањивање стопа адолесцентних абортуса [Loeber et al. 2010: 173–174].

Естонија је почела да развија саветовалишта за младе од 1991. године, тако да она данас постоје широм те земље, пружајући здравствене

услуге бесплатно младима старости до 25 година. Саветовалишта обезбеђују сексуалну едукацију, саветовање о сексуалности и контрацепцији, тестирање на полно преносиве инфекције и инфекцију ХИВ, саветовање пре и после абортуса и пружају стручну подршку жртвама силовања. У саветовалиштима се обавља и едукација здравствених радника који пружају здравствене услуге младим пацијентима. Држава субвенционира набавку контрацептивне пилуле. Обавезна сексуална едукација је уведена у образовни систем 1996. године и као таква се реализује од 7. до 16. године ученика. Од 2002. године је сексуална едукација обавезна и у средњим школама. Теме релевантне за сексуалну едукацију се обрађују у оквиру предмета под називом „Друштвено васпитање” у основном образовању и посебног курса у средњим школама [Haldre, Part and Ketting 2012: 352, 358].

На овај начин, развијеном мрежом саветовалишта за младе и систематским спровођењем сексуалне едукације, остварен је значајан напредак у очувању сексуалног и репродуктивног здравља младих у Естонији. Наиме, анализа базирана на резултатима 12 истраживања и подацима из националног здравственог регистра показала је да је повећана употреба кондома и ефикасне контрацепције међу младима и да је преполовљена стопа адолесцентних трудноћа у периоду 1990–2009. Број регистрованих нових случајева ХИВ-а међу лицима старим од 15. до 19. година пао је са 560 у 2001. на 25 у 2009, нових случајева сифилиса са 116 у 1998. на 2 у 2009. и нових случајева гонореје са 263 у 1998. години на 20 у 2009. [Haldre, Part and Ketting 2012: 351].

Искуство Словеније у овој сфери је другачије. У Словенији сексуална едукација није никада постала обавезни део школовања. Чак је 1996. године здравствено васпитање искључено из школских програма због важнијих садржаја. Отуда су гинеколози и специјалисти школске медицине уз асистенцију студента медицине и наставника који то желе почели споводити сексуалну едукацију у овој земљи. Здравствени радници су иницирали и спровођење медијских кампања са релевантним садржајима из ове сфере. За своје напоре су имали подршку креатора здравствене политике.

Но, пораст удела сексуалне активности у раној адолесценцији, пад употребе кондома и пораст регистрованих случајева полно преносивих инфекција међу младима у Словенији је условио да гинеколози 2004. године усвоје нови приступ у својим настојањим да спроводе сексуалну едукацију младих. Његова примена подразумева промоцију три истовремена понашања међу адолесцентима:

1. Промоцију апстиненције: апстиненције од ризичног сексуалног понашања укључујући и одлагање првог сексуалног односа, секундарну апстиненцију, апстиненцију од пенетративног сексуалног односа, апстиненцију од секса без кондома или употребе других контрацептива;
2. Промоцију верности: моногамије или смањење броја истовремених сексуалних партнера;
3. Промоцију употребе кондома, са или без употребе друге контрацепције.

Гинеколози су паралелно почели преписивати контрацептивне пилуле адолесценткињама. Резултати који су постигнути у Словенији с применом овог приступа охрабрују, јер подаци истраживања показују да у периоду 2001/2002–2005/2006. није дошло до пораста удела младих старости 15 година који су сексуално активни, за разлику од многих европских земаља. У истом временском периоду и у истој старосној групи је, пак, регистрован пораст употребе кондома у последњем сексуалном односу [Loeber et al. 2010: 174–175].

ДА ЛИ СЕ СПРОВОДИ СЕКСУАЛНА ЕДУКАЦИЈА У СРБИЈИ?

У Србији је прилагођавање здравствене заштите потребама адолесцената започело у деведесетим годинама 20. века оснивањем саветовалишта за репродуктивно здравље младих у приближно четвртини општина у оквиру дома здравља, пре свега као делатност школског диспанзера. Модел рада саветовалишта се заснива на мултидисциплинарном приступу и активној партиципацији младих. У саветовалиштима млади могу да се едукују о различитим темама значајним за развој здраве и задовољавајуће сексуалности и заштиту репродуктивног здравља, али и да добију одговарајућу стручну помоћ и савете о контрацепцији и превенцији полно преносивих инфекција. Саветовалишта, међутим, нису на одговарајући начин подржана у оквиру реформе здравственог система. Увођење концепта изабраног лекара, давање предности куративној у односу на превентивну медицину, прогресивно смањивање броја педијатара и гинеколога у примарној здравственој заштити и немогућност евидентирања здравствених услуга пружених младима у саветовалишту довели су у питање не само даљи развој, већ и опстанак саветовалишта за младе [Седлецки 2018: 135].

Сексуална едукација никада није постала обавезан део образовног процеса у Србији. Истовремено резултати већег броја истраживања указују да постоји озбиљна потреба да се едукација на сва три нивоа образовања прилагоди захтевима и потребама времена у овој сфери. Тако су резултати истраживања, које је обухватило више хиљада девојака узраста 19 и 20 година и које су попуниле упитник на веб сајту Удружења за репродуктивно здравље Србије, показали да је 29% адолесценткиња прво сексуално искуство доживело са 16 и мање година, 25% је имало четири или више сексуалних партнера а 24% је остварило сексуални однос у вези која је трајала до седам дана. Контрацепцију није користило или примењује метод прекинутог сношаја 28% испитаница. Готово једна трећина испитаница (31%) никада није доживела оргазам или га доживљава ретко, а 36% није задовољно или је збуњено својим сексуалним животом. Злостављање у партнерској вези искусило је 15% девојака. Са искуством које поседује, 39% њих би одложило почетак сексуалне активности [Рашевић и Седлецки 2013: 655].

Да одговарајућа знања и вредности недостају и особама које ће се у будућности професионално бавити неким аспектима промоције, односно

заштите репродуктивног здравља говоре резултати истраживања који је обухватило студенткиње II и IV године Медицинског и Фармацеутског факултета и Факултета политичких наука Универзитета у Београду. Наиме, свака десета студенткиња медицине (12,4%) и фармације (13,5%) и чак свака трећа будућа новинарка односно политиколог (31,8%) није знала да су плодни дани у средини менструалног циклуса. То истраживање је показало да су студенткиње оптерећене и бројним, опречним мишљењима о контрацепцији. Примера ради, о хормонској контрацепцији која представља најпопуларнији вид планирања трудноћа у развијеним земљама, посебно међу младима, оне су истовремено сматрале да је безбедна и ефикасна, као и да пружа неконтрацептивне предности, али и да има много нежељених деловања, да је неприродна, да повећава тежину и угрожава плодност [Sedlecky, Rašević and Topić 2011: 469].

ЦИТИРАНИ ИЗВОРИ И ЛИТЕРАТУРА

- Рашевић, Мирјана и Катарина Седлецки (2013). Сексуално и репродуктивно здравље корисница интернета у Србији. *Српски архив за целокуино лекариство*, 141(9–10): 654–659.
- Седлецки, Катарина (2018). Како побољшати сексуално и репродуктивно здравље младих у Србији? У: В. Костић, С. Ђукић Дејановић, М. Рашевић (ур.), *Ка бољој демографској будућности Србије*. Београд: САНУ и Институт друштвених наука, 128–143.
- Haldre, Kai; Kai Part and Evert Ketting (2012). Youth sexual health improvement in Estonia, 1990–2009: the role of sexuality education and youth-friendly services. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 17(5): 351–362.
- International Planned Parenthood Federation (1996). *Charter on Sexual and Reproductive Rights*. London: International Planned Parenthood Federation.
- International Planned Parenthood Federation. (2006). *Sexuality Education in Europe. A reference guide to policies and practices*. London: International Planned Parenthood Federation.
- Kirby, Douglas B.; B. A. Laris and Lori A. Rollieri (2007). Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *Journal of Adolescent Health*, 40(3): 206–217.
- Loeber, Olga; Simone Reuter, Dan Apter, Sanderijn van der Doef, Gunta Lazdane and Bojana Pinter (2010). Aspects of sexuality education in Europe – definitions, differences and developments. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 15(3): 169–176.
- Lottes, Ilsa (2000). New perspectives on sexual health. In Lottes, I., Kontula, O. (Eds), *New Views on Sexual Health*. Helsinki: The Population Research Institute, 7–28.
- Rašević, Mirjana (2002). Slika mlade generacije. У: М. Баничевић (ур.), *Sačuvajmo zdravlje*. Београд: Деčiji фонд Ујединјених нација, 29–38.
- Rašević, Mirjana i Mina Petrović (2006). *Iskustva populacione politike u svetu*. Београд: Институт друштвених наука.
- Sedlecky, Katarina; Mirjana Rašević and Vesna Topić (2011). Family planning in Serbia – The perspective of female students from the University of Belgrade. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 16(6): 468–478.
- Underhill, Kristen; Paul Montgomery and Don Operario (2007). Sexual abstinence only programmes to prevent HIV infection in high income countries: Systematic review. *British Medical Journal*, 335: 248–259.

- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (2009). *International Technical Guidance on Sexuality Education. An evidence-informed approach for schools, teachers and health educators*. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.
- Wertheimer-Baletić, Alica (2006). Eksplicitna i implicitna populacijska politika u europskim zemljama. *Zbornik Ekonomskog fakulteta u Zagrebu*, 4: 1–22.
- World Health Organization – Regional Office for Europe, Federal Centre for Health Education (2010). *Standards for Sexuality Education in Europe*. Cologne: BZgA.

REVIEW SCIENTIFIC PAPER

SEXUAL EDUCATION IN THE EUROPEAN COUNTRIES

by

MIRJANA RAŠEVIĆ
Institute of Social Sciences
Centre for Demographic Research
Kraljice Natalije 45, Belgrade, Serbia
rasevicm@gmail.com

SUMMARY: Sweden was the first country in Europe to introduce compulsory sex education into school curricula as early as 1955. It is nowadays integrated in the education systems of many European countries. Is the contemporary approach to sex education realistic in Serbia, as well? In other words, has the state modernised its education system and adapted it to the present-day requirements and needs in this field? With that respect, the paper considers a number of topics related to sex education: contemporary definition of the concept, respect of the relevant human rights, new needs for this type of information, the implementation principles, barriers and models in the European countries, the role of schools, health care institutions and the media, as well as the good practices in Europe. Besides the research results published in scientific papers, important inputs for consideration of the above topics were also taken from the relevant studies of the World Health Organisation, the International Planned Parenthood Federation and the European Society of Contraception and Reproductive Health. This has provided the basis for the status assessment and the formulation of expectations with regard to the implementation of youth sex education in Serbia. The emphasis is on working with youth as the key target group for education in this field, although sex education is significant in all stages of life.

KEYWORDS: sex education, European countries, Serbia