

UČESTALOST MALOLJETNIČKIH POROĐAJA OD 2010.- 2020. GODINE U OPĆOJ ŽUPANIJSKOJ BOLNICI NAŠICE

Dernaj, Maja

Master's thesis / Diplomski rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Health Studies / Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:845740>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-17**

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Health Studies - FHSRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA
DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ PRIMALJSTVO

Maja Dernaj

**UČESTALOST MALOLJETNIČKIH POROĐAJA OD
2010.- 2020. GODINE U OPĆOJ ŽUPANIJSKOJ BOLNICI
NAŠICE**

Diplomski rad

Rijeka, 2021.

UNIVERSITY OF RIJEKA
FACULTY OF HEALTH STUDIES
GRADUATE STUDY OF MIDWIFERY

Maja Dernaj

**FREQUENCY OF UNDERAGE CHILDBIRTH FROM
THE YEAR 2010. TO 2020. IN GENERAL COUNTY
HOSPITAL NAŠICE**

Final thesis

Rijeka, 2021.

ZAHVALA

Zahvaljujem mentoru prof. dr. sc. Hermanu Halleru, dr. med. na ukazanom povjerenju i savjetima pri izradi diplomskog rada.

Posebnu zahvalnost iskazujem svojim roditeljima, sestri i dečku koji su uvijek vjerovali u mene. Hvala na bezgraničnoj ljubavi, podršci i strpljenju.

Ovaj rad posvećujem svojim roditeljima.

Mentor rada: Prof. dr. sc. Herman Haller, dr. med.

Diplomski rad obranjen je dana _____ u/ na _____,

pred povjerenstvom u sastavu:

1. Prof. dr. sc. Tea Štimac, dr. med.
2. Doc. dr. sc. Aleks Finderle, dr. med.
3. Prof. dr. sc. Herman Haller, dr. med.

Izvešće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

Opći podatci o studentu:

Sastavnica	Fakultet zdravstvenih studija
Studij	Sveučilišni diplomski studij Primaljstvo
Vrsta studentskog rada	Diplomski rad
Ime i prezime studenta	Maja Dernaj
JMBAG	0346004517

Podatci o radu studenta:

Naslov rada	Učestalost maloljetničkih porođaja od 2010.- 2020. godine u Općoj županijskoj bolnici Našice
Ime i prezime mentora	Prof. dr. sc. Herman Haller, dr. med.
Datum predaje rada	20.04.2021.
Datum povjere rada	07.05.2021.
Identifikacijski br. podneska	1580397139
Ime datoteke	Maja_Dernaj,_diplomski_rad.doc
Veličina datoteke	644.5K
Broj znakova	87,336
Broj riječi	14,382
Broj stranica	57

Podudarnost studentskog rada:

PODUDARNOST	
Ukupno	15%
Izvori s interneta	14%
Publikacije	5%
Studentski radovi	6%

Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

Mišljenje mentora	
Datum izdavanja mišljenja	
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	<input checked="" type="checkbox"/> Da
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	<input type="checkbox"/>
Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)	

Datum
07.05.2021.

Potpis mentora
Prof. dr. sc. Herman Haller, dr. med.

SADRŽAJ

1. UVOD I PREGLED PODRUČJA ISTRAŽIVANJA.....	6
1.1. Rast i razvoj djeteta	6
1.1.1. Dojenačka dob i dob malenog djeteta	7
1.1.2. Predškolska i školska dob.....	7
1.1.3. Pubertet	8
1.1.4. Adolescencija.....	8
1.2. Spolnost	9
1.2.1. Dimenzije spolnosti	10
1.2.2. Spolni odgoj.....	11
1.2.3. Spolni odgoj u svijetu	12
1.2.4. Spolni odgoj u Europi.....	14
1.2.5. Spolni odgoj u Hrvatskoj	15
1.3. Spolno prenosive bolesti.....	16
1.3.1. Edukacija mladih.....	16
1.3.2. Informiranje mladeži od strane roditelja	17
1.4. Kontracepcija	18
1.4.1. Planiranje obitelji.....	19
1.5. Trudnoća.....	20
1.5.1. Maloljetničke trudnoće	21
1.5.2. Neinformiranost i maloljetničke trudnoće.....	23
1.5.3. Prevencija maloljetničkih trudnoća i porođaja.....	24
1.5.4. Komplikacije maloljetničke trudnoće i porođaja	25

1.5.5. Maloljetnički porođaji	27
1.5.6. Maloljetničke trudnoće i porođaji u Hrvatskoj	28
2. CILJ ISTRAŽIVANJA	29
2.1. Hipoteze istraživanja	29
3. ISPITANICI I METODE	30
3.1. Ispitanici	30
3.2. Metode	30
3.3. Postupak	30
4. REZULTATI.....	31
5. RASPRAVA	37
6. ZAKLJUČAK	40
7. SAŽETAK I KLJUČNE RIJEČI NA HRVATSKOM JEZIKU.....	41
8. LITERATURA	43
9. PRILOZI	49
10. KRATKI ŽIVOTOPIS PRISTUPNIKA.....	50

1. UVOD I PREGLED PODRUČJA ISTRAŽIVANJA

Trudnoća je potpuno novo fiziološko stanje ženinog organizma koje odgovara njezinim anatomskim i funkcionalnim promjenama. Trudnoća i porođaj obuhvaćaju proces od oplodnje, nidacije pa sve do rađanja djeteta. Isto, trudnoća može predstavljati veliki preokret u životu žene, osobito ukoliko se ona događa mladoj djevojci u dobi mlađoj od 18 godina. Obzirom na brojna provedena istraživanja, prosječna dob u kojoj mlade osobe u Hrvatskoj stupaju u spolne odnose jest između 16 i 17 godina. Maloljetničke trudnoće predstavljaju važan javnozdravstveni i medicinski problem, kako u svijetu tako i u Republici Hrvatskoj. Uglavnom su neplanirane i nekontrolirane pa kao takve zahtjevaju posebnu brigu i skrb, obzirom da predstavljaju povećan rizik od negativnih ishoda trudnoće. Posljednjih nekoliko godina u Hrvatskoj je zabilježen pad broja maloljetničkih trudnoća i porođaja, što možemo povezati sa aktivnijom organizacijom društva vezano uz edukaciju i savjetovanja mladih.

U ovom diplomskom radu analizirani su podaci o porođajima maloljetnih roditelja, odnosno onih roditelja mlađih od 18 godina u vremenskom period od 2010.- 2020. godine u rodilištu Opće županijske bolnice Našice. Prilikom prikupljanja podataka koristio se neprobabilistički prigodni uzorak iz razloga što su podaci prikupljeni retrospektivno, analizom iz rađaonskog protokola, Bolničkog informacijskog sustava (BIS- a) te povijesti bolesti maloljetnih roditelja Odjela ginekologije i opstetricije Opće županijske bolnice Našice, a koji su bili dostupni istraživaču.

1.1. Rast i razvoj djeteta

Trenutkom spajanja jajne stanice i spermija, odnosno nastankom oplodnje, nastaje potpuno genski određeno ljudsko biće. Pod pojmom rast podrazumijevamo povećanje tjelesnih dimenzija koje se mogu jednostavno mjeriti, poput opsega glave i prsa, tjelesne visine, mase i slično, dok je razvoj složenije zbijanje, a uključuje promjene u građi i sazrijevanju funkcija stanica, organa i tkiva (1). Razvojna dob dijeli se na nekoliko razdoblja, što uključuje: prenatalno i postnatalno razdoblje. Postnatalni period uključuje: novorođenačku dob, dojenačku dob, maleno dijete, predškolsku dob, školsku dob te pubertet i adolescenciju (2).

1.1.1. Dojenačka dob i dob malenog djeteta

Dojenačka dob traje od rođenja do kraja prve godine života djeteta (2). Proces spolnog ponašanja kod djece odvija se kroz igru koja je usmjerena otkrivanju i istraživanju tijela. Dijete je orjentirano na samostalnu igru. Istražuje vlastito tijelo i manipulira njime. Taj proces već se počinje odvijati za vrijeme dojenja, tražeći emocionalnu vezu i bliskost sa majkom, potom dodirujući genitalije prilikom previjanja ili kupanja. Kada je dijete golo, dodirivanje i trljanje genitalija dovodi ga do osjećaja ugone. Sasvim slučajno prilikom procesa istraživanja tijela, događa se i masturbacija (3). Jedan od najvažnijih strahova djeteta u toj dobi jest onaj od gubitka majčine ljubavi i naklonosti (4). Period kada dijete intenzivno istražuje predmete oko sebe javlja se u drugoj i trećoj godini života. U tom vremenskom razdoblju većina djece svjesna je svoje osobnosti i spola (1). Postepenom separacijom iz čvrste simbioze sa majkom ono spoznaje da posjeduje vlastito tijelo, isto kao i tjelesne funkcije koje mu pripadaju (4). Uspostavlja se kontrola nad sfinkterima, djeca vole biti gola te vrlo često pružaju otpor pri pokušaju odijevanja. Ovdje je bitno da roditelji ne ometaju dijete u njegovu razvoj, jer je pružanje sigurnosti djetetu podloga za uspostavljanje zdrave spolnosti u odrasloj dobi (3).

1.1.2. Predškolska i školska dob

Nakon treće godine života, dijete je sve više svjesno svoje spolnosti te primjećuje razlike u spolovima. U tom razdoblju sve više važnosti pridaje spolu. Sve ga više zanima spol osoba u njegovoj blizini, prisustvuje prilikom mokrenja, na neki svoj način uspoređuje svoj spolni organ sa majčinim, propitkujući ju svakakvim pitanjima. Onog trenutka kada shvate kako dodirivanje vlastitih genitalija potiče ugodne osjećaje, često se znaju javiti onanističke manipulacije. Dječaci pokazuju veću sklonost prema majci koja je usmjerena na njihove djetinje fantazije, dok djevojčice više interesa pridaju ocu, ne samo kao roditelju već i kao osobi suprotna spola, isto kao i prema braći i sestrama (4). Tada se već znaju pojaviti i pitanja poput onoga odakle dolaze i kako nastaju djeca i slično (1). U petoj godini života pokazuju interes za igre "mame i tate". Takva igra je potaknuta oponašanjem roditeljskih uloga (3). Muška se djeca boje kako će izgubiti penis, isto kao što misle i da su djevojčice ostale bez njega jer su bile zločeste, a sve to je protkano fantazijama jer im u tom razdoblju spolni organ predstavlja osobito važan dio tijela (4). U školskoj dobi, od sedme godine, djeca počinju sve više stvarati vezu sa vršnjacima i na taj se način oslobađati od emocionalne veze sa roditeljima. U tom razdoblju pretpuberteta dijete se mijenja i psihički na način da sklapa sve čvršća prijateljstva, jača zanimanje za suprotni spol, a sve je češća pojava i onanija (4). Važno je da roditelji imaju razumijevanja i da na pitanja o spolnosti i reprodukciji pružaju odgovore

prikladne za dob djeteta. Već u devetoj godini života, javljaju se osjećaji ljubavi i mržnje kod dječaka i djevojčica. Djevojčice se često zaljubljuju i maštaju o ljubavi sa nekim starijim, odraslim muškarcem. Karakteristična je faza ljubljenja, a što ne uključuje ozbiljan seksualni kontakt (3).

1.1.3. Pubertet

Hormonske promjene koje dovode do razvoja sekundarnih spolnih karakteristika, a kasnije i do reproduktivnih sposobnosti označuju razdoblje puberteta (5). Pubertet označavaju nagle promjene raspoloženja djeteta, razvoj sekundarnih spolnih obilježja te sazrijevanje spolnih žlijezda (1). Katkada se o pubertetu govori kao o biološkom procesu, a ne vremenskom razdoblju. Početak puberteta kod djevojčica je oko desete godine starosti. Prva sekundarna spolna karakteristika koja se javlja jest povećanje dojki, odnosno *telarhe*. Katkada se istodobno ili čak prije javlja i pubična dlakavost (*pubarhe*). Pojava *menarhe*, odnosno prve menstruacije je obično u dobi od trinaest godina (6). Uz navedena obilježja, razvijaju se i rodnicica i maternica (1). Kod dječaka pubertet nastupa kasnije, od prilike u dobi od dvanaest godina. Povećanje testisa prva je sekundarna spolna karakteristika dječaka (6). Na to se nadovezuje i *pubarhe*, a potom povećanje penisa te se javlja mutacija glasa (1). Osim biološkog, to je i vrijeme psihološkog sazrijevanja te uspostavljanja spolnog identiteta i socijalno odgovarajućeg ponašanja (5).

1.1.4. Adolescencija

Razdoblje mladenaštva ili adolescencije proteže se od spolne zrelosti pa sve do završetka rasta i razvoja. Obično je to u dobi između 16 i 18 godina kod djevojaka te između 18 i 20 godina kod mladića (6). U ovome se razdoblju javljaju česta strahovanja, primjerice kod djevojaka se javlja strah od toga da su predebele, a kod mladića pak da zaostaju u svojem muževnom izgledu u odnosu na vršnjake. Sve je veći interes za osobe suprotnoga spola (1). Spolno ponašanje koje se javlja u toj dobi dio je normalnog razvoja čovjeka. U doba današnjice, adolescenti se sve brže fizički razvijaju, a zbog dugotrajnog obrazovanja sve kasnije postaju samostalne osobe koje su spremne potpuno brinuti o sebi. U najosjetljivije područje ljudskog razvoja ubrajamo seksualno ponašanje adolescenata (7). U fazi adolescencije mladi su pretežno emotivno labilni, žude za samodokazivanjem i slično. Vrlo često javlja se rizično ponašanje poput bavljenja ekstremnim sportskim aktivnostima preko eksperimentiranja drogom pa sve do nezaštićenog seksualnog ponašanja, izloženosti spolno prenosivim bolestima ili neželjenoj maloljetničkoj trudnoći. Adolescent postupno stječe

vlastiti seksualni identitet, izdvaja se iz skupine vršnjaka te stvara sve intimnije odnose sa osobom suprotnog spola, odnosno preuzima mušku ili žensku ulogu u svojem životu (1). Mlade osobe nisu ni svjesne promjena koje im se događaju, zbunjeni su i neinformirani. Izloženi su velikim iskušenjima koji im se preklapaju sa dojmom o vlastitoj savršenosti (5). Prilikom prvog spolnog odnosa adolescenata, interesi se razlikuju obzirom na spol. Djevojke žude za emocionalnom bliskošću, dok mladići to doživljavaju kao pravu avanturu, odnosno seksualno uzbuđenje (8). Veoma je važno da roditelji i nastavnici prepoznaju te životnu fazu adolescenata, savjetuju ih vezano uz njihove interese kao bi se spriječile neželjene posljedice (5). Oni adolescenti koji dopuste roditeljima i okolini da ih savjetuju lakše će se suočavati sa svim poteškoćama sa kojima se sureću za vrijeme razdoblja adolescencije (9).

1.2. Spolnost

Počevši još od davnih vremena, ljudska spolnost je i danas veoma čest predmet promišljanja. Često se postavljaju brojna pitanja na tu temu. Je li to nešto što se prirodno razvija i događa čovjeku ili nas treba uvesti u sve te činjenice o spolnosti te kada to treba učiniti. Interes vezana uz spolnost u dječjoj dobi i adolescentska seksualnost često su predmet moralne zabrinutosti gledano sa različitih stajališta. Velike promjene po pitanju seksualnosti sa sobom je donijelo dvadeseto stoljeće, osobito po pitanju stručnog poučavanja o seksualnosti, odnosno spolnosti. Danas sve veći broj mladih osoba stupa sve ranije u spolne odnose te se nerijetko primjećuje i promiskuitetno ponašanje. Prvo stupanje u spolni odnos kod mladih današnjice sve je rijeđe emocionalne prirode, a češće zbog erotskih uzbuđenja (10). Seksualnost se smatra poželjnom životnom energijom, no stoga je važno u odgoju prihvatiti da ona već od ranog djetinjstva ima važnu ulogu u životu čovjeka. Fizička i spolna zrelost postižu se sve ranije, jer se razvoj brže odvija. Dok suprotno, socijalna zrelost se postiže sve kasnije vezano uz dugotrajno školovanje i traganje za karijerom (11). Prema istraživanju s početka 21. stoljeća o spolnom ponašanju mladih u Republici Hrvatskoj podaci nisu ni malo ohrabrujući. Istraživanje iz 2013. godine koje je provela poznata tvrtka Durex koja se bavi prodajom seksualnih pomagala, na osnovi podataka iz 44 zemlje svijeta, pokazalo je da mladi u navršenoj dobi od 18 godina i četiri mjeseca stupaju prvi puta u spolne odnose, dok u Republici Hrvatskoj mladi to čine već sa 17 godina i tri mjeseca starosti. Vrlo često u istraživanjima mladi kao glavi razlog ranog stupanja u spolne odnose navode socijalni pritisak, a spolni odnos im predstavlja jedan od načina kako se suočiti sa problemima koji ih tada tište, poput depresije, niskog samopoštovanja ili pak hiperseksualnosti (10). Preuranjeno i neoprezno seksualno ponašanje mladih dovodi do brojnih neželjenih posljedica, odnosno

ima brojne individualne i društvene posljedice (11). Nepromišljeno i rizično seksualno ponašanje završava posljedicama poput neželjene trudnoće ili neželjene maloljetničke trudnoće, spolno prenosivih bolesti, poput klamidije, humanog papiloma virusa, gonoreje, a katkada i seksualnom viktimizacijom u obliku seksualnih iskustava ili uvjetima nasilja, prijatni ili ucjena od strane okoline ili partnera (10). Statistički podaci pokazuju porast maloljetničkih trudnoća u mnogim zemljama svijeta, što dovodi do posljedica za djecu koja su stupila u spolne odnose prije svoje punoljetnosti, kao i za psihički nespremne maloljetnice za majčinstvo. Proučavanje spolnosti kod adolescenata u Republici Hrvatskoj je počelo sedamdesetih godina, no i danas postoji samo mali broj takvih istraživanja. Spolnost je povezana sa predodžbom o tome što za čovjeka predstavlja uloga mladića, djevojke ili pak muškarca i žene. Također je vezana uz životno okruženje, kulturu u kojoj živimo i u kojoj smo odgojeni, komunikacijskim stilom obitelji, stambenim uvjetima, obrazovanjem, ali i individualnošću osobe (11). Prema istraživanjima, do rizičnih ponašanja mladih na području spolnosti dovodi prevelika informiranost, nepostojanje spolnog odgoja, odnosno, često im nedostaje informiranosti (10).

1.2.1. Dimenzije spolnosti

Prema Masters, Johnson i Kolodny postoje različite dimenzije spolnosti, a to su: biološka, psihosocijalna, ponašajna, klinička i kulturološka dimenzija ljudske spolnosti.

- Biološka dimenzija spolnosti utječe na seksualnu želju, funkcioniranje osobe vezano uz seksualnosti te njezino seksualno zadovoljstvo. Ovdje se javljaju različiti biološki događaji poput ubrzanog pulsa, topline i uzbuđenja tijela te reagiranje vanjskog spolnog organa (12). Najjednostavnije, ona podrazumijeva biološke odgovore tijela na specifične podražaje te seksualno uzbuđenje (13).
- Psihosocijalna dimenzija spolnosti uključuje emocije, misli i karakteristike ličnosti u kombinaciji sa međusobnim odnosima između ljudi. Podrazumijeva da se spolni identitet osobe najprije stvara psihosocijalnim utjecajem. Utjecaj društva, obitelji i vršnjaka na seksualnost (12). Osim ugodnih emocija, uključuje i neugodne, poput straha i tuge (13).
- Ponašajna dimezija spolnosti podrazumijeva seksualne navike, poput maštanja i praćenja pornografskih sadržaja (13). Razumijevanje onoga što ljudi čine, kako i zbog čega to čine (12).

- Klinička dimenzija spolnosti podrazumijeva razvoj seksualnosti (12). Želju, uzbuđenje i orgazam, ključne stavke za seksualno funkcioniranje osobe (13).
- Kulturološka dimenzija spolnosti obuhvaća religiju, običaje i tradiciju, odnosno stavke koje predstavljaju kulturu u kojoj živimo (13).

1.2.2. Spolni odgoj

Pojam spola, spolnog zdravlja, spolnosti, spolnog odgoja i spolnih prava u različitim kulturama se u određenoj mjeri različito tumače. Stoga je bitno poštovati različitosti u različitim dijelovima zemaljske kugle. No, unatoč tome, treba voditi računa da je danas još uvijek vrlo maleni broj takvih proučavanja (10, 11). Kao vitalna komponenta ljudskog života razvila se seksualnost. Različita seksualna ponašanja i usmjerenja razlikuju se te dosta često mogu biti povezane i sa mentalnim zdravljem. Moderna je seksologija uvela pojmove spola i rodnog identiteta kako bi se opisala spolna različitost te njezina fleksibilnost tokom vremena (14). Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji interakcija različitih čimbenika, od bioloških, preko kulturoloških pa sve do religijskih i duhovnih čimbenika utječe na seksualnost (15). Ljudi današnjice vole raspravljati o nekakvim, možemo ih nazvati općenitim pitanjima i problemima, bilo to putem medija, iz roditeljskog doma ili za vrijeme obrazovanja. Današnja civilizacija naglasak daje stručnosti, odnosno znanosti te se tu provlači problematika spolnog odgoja kao vrlo specifična grana (16). Čovjek je nedostatno i nedefinirano biće iz čega i proizlazi njegova predodređenost za odgojem, prilagodbom, aktivnošću te da na taj način nadomjesti svoje biološke nedostatnosti. Odgoj je najvažnija karakteristika po kojoj se čovjek razlikuje od drugih bića na zemlji (15). U školama Republike Hrvatske o spolnosti se još uvijek uči najviše unutar školskog programa iz biologije, premda postoje velike potrebe za sustavnim spolnim odgojem i obrazovanjem gledano i sa subjektivnog i objektivnog stajališta čovjeka (17). Mladi današnjice su sve više upoznati sa pojmom seksualnosti te sve više njih predbračni seksualni odnos smatraju prihvatljivim (11). Spolni odgoj započinje još u doba djetinjstva te traje i napreduje za vrijeme adolescencije i odrasle dobi. Cilj mu je podupiranje i zaštita spolnoga razvoja, putem informiranja kako bi mlade osobe uživale u svojoj spolnosti i imale sigurne odnose. Navedeno podrazumijeva prihvaćanje odgovornosti za svoje spolno zdravlje. Svako dijete i mlada osoba imaju pravo na primjereno informiranje o spolnosti, odnosno pravo na spolni odgoj. On se treba temeljiti na međunarodno prihvaćenim ljudskim pravima, a osobito na znanju kako bi zaštitili svoje zdravlje (10). Objektivna potreba za spolnim odgojem je prisutna u našem društvu, uzimajući u obzir rizike i posljedice koje sa

sobom nosi seksualno ponašanje mladih. Mladi danas češće nego prethodnih godina upotrebljavaju kontraceptivna sredstva, no još uvijek neredovito, uzmemo li i dalje u obzir prisustvo neželjenih maloljetničkih trudnoća, porođaja i ostalih komplikacija (17).

Slika 1. Povijesni pregled razvoja spolnog odgoja u Hrvatskoj



Izvor: Mesić V. Povijesni pregled razvoja spolnog odgoja u Hrvatskoj. Voxfeminae. 2016.

1.2.3. Spolni odgoj u svijetu

Spolni odgoj u svijetu provodi se u različitim dobnim skupinama i različitim fondom sati (17). U američkim školama program spolnog odgoja razlikuje se od jedne do druge ustanove. Obrazovanje o HIV- u u svoje programe uključuje nešto manje od pola američkih škola. Prema navedenim podacima od 2011. do 2013. godine, 43% adolescentica i 57% adolescenata muškoga spola nisu dobili nikakve informacije vezano uz spolnost prije negoli su stupili prvi puta u spolni odnos (19). Spolni odgoj se uvelike razlikuje od zemlje do zemlje, obzirom da niti jedan obrazovni sustav njime nije potpuno ovladao. Odnosi i seksualnost su zapravo dijelovi života bez kojih nitko od nas ne bi postojao. Na taj se način zapravo ističe važnost spolnog odgoja u školskom sustavu. Recimo, u Belgiji pristup spolnom odgoju još uvijek pruža uznemirujuće reakcije, odnosno otpor. Spolni odgoj u Kini još uvijek nije obavezan, već je vrlo reduktivan ili pak odsutan u potpunosti. Djeca u odraslu dob ulaze u potpunosti bez znanja i potrebnih informacija. Neke škole uvele su udžbenike o spolnom odgoju, međutim to je izazvalo negodovanja roditelja i brzo su izbačeni. Uzimajući u obzir da se broj pobačaja i spolno prenosivih bolesti povećava nevjerojatnom brzinom u toj je zemlji potrebna promjena vezano uz isto. U Indoneziji spolni dogoj smatraju izvannastavnom aktivnošću. Obično roditelji ne pokazuju razumijevanje vezano uz tu temu pa to zahtjeva da

učitelji djecu podučavaju o istom. Mnogi mladi parovi su prisiljeni vjenčati se zbog neželjene trudnoće. Indonežani često bivaju upozoreni vezano za rano stupanje u spolne odnose, ali ih se također ne uči da to nosi određene rizike te na koji se način zaštititi od spolno prenosivih bolesti, neželjene trudnoće, a na koncu i maloljetničkih porođaja i njihovih komplikacija (18). Vrlo se često može naći kako se Indonezija ponosi što ima najveću brojku dječjih mladenki u svijetu. Veliki broj takvih djevojaka, pred oltar je otišlo protiv svoje volje. Na taj način krše se dječja prava, a često su prisutne i dugoročne posljedice za žrtvu. Nezavršena škola, prekid obrazovanja i budućih prihoda, a često i borba sa obiteljskim nasiljem. Sve to pridonosi zdravstvenim rizicima. Upravo iz toga razloga udruženje *“Yes I Do Alliance“* zajedno sa indonezijskim organizacijama pokrenulo je pilot program pod nazivom *“Setara“*, odnosno seksualno obrazovanje za mlade između 12 i 14 godina u Indoneziji, Mozambiku, Malaviji, Zambiji, Keniji i Etiopiji. Radi se o edukaciji mladih o seksualnosti i seksualnim pravima (19). Ministarstvo za žene, obitelj i razvoj zajednice u Maleziji potiče bolji i plodonosniji spolni odgoj vezan uz detaljno opisivanje reproduktivnog zdravlja djece i mladeži. Kod njih je spolni odgoj integriran u predmete moralnih i islamskih studija, znanosti i biologije, a osnova kojoj se bave je apstinencija. U Nizozemskoj je seksualnost prirodni dio života čovjeka te se oni zalažu da je kao takvu treba i podučavati. U to je zemlji obavezno da djeca od četiri i više godina, sukladno svojoj dobi dobivaju primjereno obrazovanje. Naglašavaju važnost poštovanja prema vlastitom tijelu, seksualnosti, isto kao i prema vršnjacima. U njihovoj edukaciji je sve obuhvaćeno, od kontracepcije, ljubavnih veza, spolno prenosivih bolesti i seksualnog zadovoljstva. Rezultati toga opsežnog programa koji provode je izuzetno niska stopa tinejdžerske trudnoće u njihovoj zemlji. Na Novom Zelandu seksualnost je jedno od sedam ključnih područja u nastavnom programu zdravstva i tjelesnog odgoja. Obavezna su predavanja i u osnovnoj i srednjoj školi. Od 1999. godine u školama se podučava ljudska spolnost. Velika Britanija ima uveden obvezatan spolni odgoj u školama, premda su smjernice još uvijek nedovoljno razrađene. Spolna edukacija uključena je u nastavne planove i programe kroz osobno, socijalno, zdravstveno i ekonomsko obrazovanje, iako se to od škole do škole uvelike razlikuje. Djeca u dobi od četiri i više godina dobiti će obrazovanje o seksualnosti, dok će srednjoškolci biti više informirani vezano uz materijale o seksu te seksualnim i emocionalnim odnosima, primjereno njihovoj dobi, prema odluci Vlade Velike Britanije iz 2017. godine (19).

1.2.4. Spolni odgoj u Europi

Preporučeni standardi spolnoga odgoja na razini Europske unije trebali bi pridonijeti uvođenju holističkog pristupa prema spolnom odgoju. Zapadnoeuropske zemlje imaju nacionalne smjernice ili barem minimalne standarde spolnog odgoja. Cilj navedenih standarda je poboljšati spolno zdravlje djece i mladih osoba kroz njihovo upoznavanje sa spolnim zdravljem kako bi razvili pozitivan i odgovoran stav prema spolnosti, kao i prema sebi i drugima u društvu u kojemu žive. Program uključuje spolno obrazovanje od rođenja do navršениh 15 i više godina života, dok standardi uključuju informacije koje djeca i mladež trebaju znati u različitoj životnoj dobi. Također, trebaju razumjeti koje sve izazove trebaju savladati, odnosno koje vrijednosti i stavove bi trebali izgraditi s ciljem razvoja svoje spolnosti na zadovoljavajuć i pozitivan način (10). Tijekom posljednjih nekoliko desetljeća u Europi prevladava standard da se spolni odgoj uvede kao obavezan predmet bez izuzetaka u smislu da roditelji ne mogu djecu povući sa redovne nastave. Uvođenje spolnog odgoja u europske škole podudaralo se sa većim razvojem i primjenom suvremenih i pouzdanih kontraceptivnih metoda, ali i ozakonjenjem pobačaja u nekim od zemalja tijekom 1970- ih i 1980- ih godina. Tih je godina ta promjena potaknula takozvanu seksualnu revoluciju te je bila poticaj za proces emancipacije ženskoga roda. Spolno ponašanje počelo se mijenjati te je postalo otvoreno pitanje za raspravu u javnosti. Neke od eksplicitnih događaja poput neželjene trudnoće, pojave epidemije HIV-a, odnosno AIDS- a te spolnoga nasilja tijekom 1980- ih se zataškavalo. Na području spolnosti pojavila su se nova viđenja spolnih prava i uloga, osobito adolescenata, što je dodatno potaknulo potrebu za spolnim odgojem. Taj zahtjev u drugoj polovici 20. stoljeća dogodio se u svim europskim zemljama, u nekima malo brže dok u nekima sporije, kao rezultat navedenih događanja. Neposredni razlozi za uvođenjem spolnog odgoja u školstvo bili su prevencija neželjene trudnoće i porođaja, HIV- a i drugih spolno prenosivih bolesti. U obliku obaveznog predmeta u Švedskoj je službeni spolni odgoj započeo 1955. godine. No, prošlo je dosta vremena do njegova integriranja u školske kurikule. Velik broj država Zapadne Europe prihvatilo je spolni odgoj tijekom 1970. i 1980. godina, najprije oni u Skandinaviji. Njemačka je uvela 1979., dok je Austrija uvela spolni odgoj 1980. godine. Spolni odgoj nastavio se uvoditi i tijekom dvadesetog i dvadesetprvog stoljeća, prvo u Francuskoj i Velikoj Britaniji, a potom u Južnoj Europi, najprije u Portugalu i Španjolskoj. Tijekom 2003. godine postao je obaveznim predmetom u osnovnim i srednjim školama Irske. Samo manji broj država, odnosno države južne Europe nisu uvele spolni odgoj u škole. Države Srednje i Istočne Europe uvele su spolni odgoj godinama kasnije iza Zapadne Europe. Organizacija i edukacija spolnog odgoja diljem

Europe varira, isto kao i dob u kojoj se započinje sa spolnim odgojem. Najčešće je uklopljen u neke predmete dok se rjeđe pojavljuje kao zaseban predmet. U niti jednoj od zemalja se iz tog predmeta ne polažu ispiti, stoga mu neki ne pridaju veliku važnost, odnosno umanjuju je. Prilikom izrade takvih kurikuluma predlaže se suradnja sa roditeljima ne samo iz razloga da bi dobili njihovu podršku i odobravanje, već da se iz toga može vidjeti neformalno sudjelovanje roditelja te formalno sudjelovanje škole (10).

1.2.5. Spolni odgoj u Hrvatskoj

Inicijative za uvođenjem spolnog odgoja u Republici Hrvatskoj javljaju se od šezdesetih godina, iako još uvijek nisu urodile plodom. Dugo godina nakon toga pa sve do 2004. godine ništa se nije poduzimalo po tome pitanju. Te je godine započelo sustavno obrazovanje liječnika psihijatarata te psihologa iz područja seksualne terapije. Nedugo nakon toga 2006. godine raspisan je natječaj od strane Ministarstva znanosti, obrazovanja i sporta za prijavu prijedloga eksperimentalnih programa iz zdravstvenog obrazovanja i odgoja na području osnovnih i srednjih škola. Udruga "GROZD- Glas roditelja za djecu" iznijela je konzervativni program za osnovnu i srednju školu koji obuhvaća područja: očuvanje kvalitete zdravlja, seksualnost, važnost društvene komunikacije, prevenciju nasilja među vršnjacima, kao i prevenciju ovisnosti. Navedeni je program proveden kao eksperiment u odabranim školama u Hrvatskoj, dok je Forum za slobodu odgoja odabrao liberalni pristup. Tako su se odmah u startu pojavila dva suprotstavljena pristupa, a na oba su se javljale reakcije negodovanja. U sklopu programa Forum za slobodu obrazovanja obuhvaćene su bile teme poput: jesu li ljubav i seks povezani, anatomija muških i ženskih spolnih organa, oplodnja i trudnoća, korištenje kontraceptiva i prekid trudnoće i slične teme (17). Vrlo je bitno tražiti za mlade trajni i prihvatljiv način pružanja spolnog odgoja (21). Zdravstveni odgoj predložen je i uveden u kurikulume osnovnih i srednjih škola u 2012./ 2013. školskoj godini prema odluci Ministarstva znanosti, obrazovanja i sporta. Provedba nastave provodila se za vrijeme sata razrednika, a propisana satnica iznosila je maksimalno dvanaest školskih sati. U njegovo uvođenje uključila se i Agencija za odgoj i obrazovanje, što je popraćeno edukacijama i stručnim usavršavanjima, a na razini županija i stručnih skupova nastavnika održano je 89 edukacija. Veliki broj roditelja školaraca bilo je spremno poslušati plan projekta provođenja spolnog odgoja, neki su to prihvaćali, dok su neki pružali otpor. Učenici su prepoznali važnost tema te su pohvalili metode učenja i poučavanja, isto kao i nastavnici. Većinski, roditelji shvaćaju važnost provedbe i edukacije o spolnom odgoju, no razilaze se u stavovima o načinu njegove primjene u školstvu (22). Većina ljudi u Hrvatskoj slaže se da bi zdravstveni odgoj

trebao imati posebno mjesto unutar sustava školstva. Razlozi zbog kojega naše društvo treba reagirati su sve ranija dob stupanja u spolne odnose, vršnjačko nasilje i ovisnost. Obzirom da dugi niz godina nismo imali nikakav oblik spolnog odgoja, činjenica da se Hrvatska nalazi na 34. mjestu od 37 zemalja u Europi vezano uz spolne aktivnosti adolescenata, dobar je znak, iako bi cilj trebao biti da smo ipak na zadnjem mjestu pri čemu bi pridonijelo kontinuirano provođenje takve edukacije u školama diljem zemlje (22).

1.3. Spolno prenosive bolesti

Bolesti koje se prenose spolnim putem, uključujući bilo kakvu vrstu spolnih aktivnosti u kojem sudjeluju dva ili više partnera, pripadaju u grupu spolno prenosivih bolesti (23). Uzimajući u obzir podatke Europskog centra za kontrolu i prevenciju zaraznih bolesti (ECDC) na području Europskog gospodarskog područja (EEA), prema podacima za 2014. godinu najčešća bakterijska spolno prenosiva infekcija je klamidijaza. Najčešće se javlja kod mladih osoba i žena u dobi od 15 do 24 godine. U 29 zemalja Europskog gospodarskog područja je 2014. godine zabilježeno 400 000 slučajeva zaraze klamidijom, 66 500 gonorejom i oko 25 000 zaraze sifilisom (24). Posljednjih šest godina u Republici Hrvatskoj bilježi se 300 osoba oboljelih od infekcije klamidijom, prema podacima iz zdravstvenih ustanova i registra zaraznih bolesti. Prevalencija se kod adolescenata i mladih do 25 godina kreće od 3,5 do 6,2 % (25). Dvije trećine oboljelih u svijetu od spolno prenosivih bolesti čine mlade osobe do 25 godina. Epidemiološki čimbenici zbog kojih one predstavljaju važan javnozdravstveni i medicinski problem su brzo širenje bolesti, neinformiranost i needuciranost, preuranjeni spolni odnos, rizično seksualno ponašanje, odnosno promiskuitet, loše životne navike, poput konzumacije sredstava ovisnosti, alkohola, droga i cigareta te brojne ekonomske i socijalne migracije. Veliki naglasak se stavlja na prevenciju spolno prenosivih bolesti, vezano uz edukaciju mladeži, zdravstvenu prosvijećenost, liječenje spolnih partnera te uporabu prezervativa (23, 26). Posljedice spolno prenosivih bolesti su velika učestalost karcinoma vrata maternice, neplodnosti, infekcija mokraćnog sustava, kasnih spontanih pobačaja i prijevremenih porođaja (26). Obzirom da je spolni kontakt neizbježan među populacijom, spolne bolesti uvijek će biti u pojavnosti, samo ovisi o prosvjećivanju, hoće li to biti u manjim ili većim postocima (27).

1.3.1. Edukacija mladih

Najbolja prevencija spolno prenosivih bolesti je temeljito informiranje i edukacija mladih osoba. Potom, prevenciji pripada i rano otkrivanje asimptomatskih inficiranih osoba,

rana dijagnostika i terapija istih, uključivanje svih spolnih partnera inficirane osobe u liječenje te cijepljenje (26). Spolno prenosive bolesti jedan su on najvećih problema adolescentne dobi. Rutinski probir i praćenje su od velike važnosti. Preventivnim postupcima, poput cijepljenja protiv humanog papiloma virusa treba dati prednost. Istraživanja vezano uz prevenciju je još uvijek dosta malo pa stoga treba poraditi i na tome s ciljem zaštite spolnog zdravlja (28). Najbolji način prevencije je suzdržavanje od spolnih odnosa. Obrazovni programi u školama Sjedinjenih Američkih Država nisu se pokazali učinkovitima u sprječavanju neželjene trudnoće malodobne trudnice niti rane inicijacije stupanja u spolne odnose. Uvođenjem sveobuhvatnog programa spolnog obrazovanja u istih, rezultiralo je smanjenjem stope tinejdžerskih trudnoća i ranog stupanja u spolne odnose (29). U Hrvatskoj je 2010. godine registriran manji broj djece, nego 2006. godine u dobi ispod 15 godina koji su imali spolni odnos na području Grada Zagreba. Nešto veća brojka bila je kod djevojčica, što još uvijek ne znači da su dječaci manje spolno aktivni. No i dalje naglasak stoji na zanemarenom području edukacije, koje treba promijeniti, kako bi mladi očuvali reproduktivno zdravlje (30). U suradnji Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo i Hrvatske udruge za borbu protiv HIV-a i virusnog hepatitisa 2020. godine pokrenuta je kampanja pod nazivom: “Volim zdravlje”. Osnovni cilj bio je educirati i informirati učenike srednjih medicinskih škola o važnosti čuvanja reproduktivnog zdravlja. Učenici su imali priliku položiti tečaj vezano uz istu temu te tako dobiti potvrdu o edukaciji. Mladima treba pružiti sve više znanja, jer oni su ti koji će u konačnici dalje informirati populaciju. Putem navedenog portala moguća je i online edukacija pa se stoga mladi putem stručnih članaka i na taj način mogu educirati i informirati (31).

1.3.2. Informiranje mladeži od strane roditelja

Informiranje mladih o funkcijama tijela i anatomiji isto je kao i podučavanje o vrijednostima, osjećajima i stavovima prema ljudskoj seksualnosti. Roditelji bi trebali biti primarni seksualni edukatori svojoj djeci, osobito u ranoj dobi. Djetetovo znanje o seksualnosti najprije će ovisiti o tome kako roditelji i bliske osobe odgovaraju na postavljena pitanja i kojim informacijama ih uče. Često roditelji sa djecom razgovaraju o trudnoći, dok temu spolnih odnosa, korištenja kontracepcije i spolno prenosivih bolesti nerijetko izbjegavaju. Vrlo često su roditelji ti koji su imali manjkavu seksualnu edukaciju za vrijeme svoga djetinjstva pa stoga niti su dovoljno informirani niti znaju o čemu bi točno informirali svoje dijete (32). Članak Ashcrafta i Murraya iz 2017. godine navodi pregled najboljih roditeljskih praksi povezanih sa komunikacijom sa adolescentima vezano uz temu spolnosti, poput masturbacije, kontracepcije, prevencije neželjene trudnoće i spolno prenosivih bolesti.

Također, članak sadrži konkretne prijedloge kako i na koji način poboljšati komunikaciju sa adolescentima (33). Odgovorno seksualno ponašanje i odgađanje seksualnih aktivnosti adolescenata, rezultat je kontinuirane edukacije i pružanja provjerenih informacija od strane roditelja i bližnjih osoba. Seksualna edukacija zasniva se na kognitivnom i afektivnom učenju što pridonosi razvoju modela ponašanja i komunikacijskih vještina, a sve to radi postajanja odgovorne i samopouzdanе osobe (32).

1.4. Kontracepcija

Brojne metode koje djeluju kemijskim, mehaničkim ili prirodnim putem sprječavaju oplodnju. Još u starome svijetu primjenjivale su se različite metode kontracepcije, od ispiranja rodnice ekstraktima raznoraznih biljaka sve do pamuka natopljenog limunskim sokom i kiselinom. Kasnije, za vrijeme srednjeg vijeka počele su se upotrebljavati preteče prezervativa, napravljenih od crijeva životinja, svile, ribljih mjehura. Kroz dugi niz godina, sprječavanje začeca bio je i još uvijek jest javnozdravstveni problem, bilo sa medicinskog, socijalnog, kriminalističkog ili pravnog i vjerskog gledišta (34). Prevencija spolno prenosivih bolesti i neželjene trudnoće je od neizmjerne važnosti. Komplikacije spolno prenosivih bolesti negativno utječu na plodnost te na reproduktivno zdravlje, zdravlje trudnica i djece. Utječu na psihosocijalno zdravlje populacije te dovode čak do stigmatiziranja i diskriminacije. Kako bi se isto spriječilo, od velike je važnosti odgovorno spolno ponašanje ili pak rano otkrivanje i intervencija (24). Ilegalni pobačaji sa sobom su donedavno odnosili na tisuće života mladih žena. No, ako gledamo i sa druge strane, prekid zdrave trudnoće, neki smatraju kategorijom oduzimanja života, iako je ona bila neželjena. Stoga, kao što je već i ranije bilo rečeno, provođenje javnozdravstvenog rada u osnovnim i srednjim školama je od neizmjerne važnosti sa svrhom sprječavanja neželjenih trudnoća i komplikacija koje one sa sobom nose (34). Najznačajnije metode kontracepcije su suzdržavanje od spolnih odnosa, odnosno apstinencija, prirodne metode kontracepcije koje uključuju određivanje plodnih dana, Billingsovu metodu praćenja cervikalne sluzi te mjerenje bazalne temperature, metode barijere obuhvaćaju mehanička sredstva poput dijafragme i prezervativa, kemijska metoda, odnosno korištenje spermicidnih sredstava, hormonska metoda konzumacije oralnih hormonalnih kontraceptiva i flastera te trajne kirurške metode sterilizacije poput vazektomije i podvezivanja jajovoda. Prilikom odabira kontraceptivne metode od velike je važnosti individualni pristup (35). Navedene metode uključuju različite mehanizme učinkovitosti i djelovanja vezano uz sprječavanje trudnoće (36). Prekid trudnoće radi se na zahtjev trudnice, prema postojećim zakonima, do 12. tjedna trudnoće. Može se izvesti dilatacijom cervikalnog kanala i

evakuacijom materijata koje uključuju kirurški put te medikamentozno (34). Kontracepcija ljudima omogućuje da donesu provjerene odluke važne za njihovo seksualno i reproduktivno zdravlje. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije iz 2017. godine 1,6 milijardi žena reproduktivne dobi živi u zemljama u razvoju, a od prilike polovica njih, oko 885 milijuna želi izbjeći trudnoću. Velika važnost pridaje se podatku da su kontraceptivne metode široko dostupne svoj populaciji, uključujući i adolescente. U zemljama diljem svijeta, primalje su educirane i ovlaštene informirati populaciju o dostupnim i prihvatljivim metodama kontracepcije. Svjetska zdravstvena organizacija postavila je kadar zdravstvenih radnika koji pružaju populaciji sigurne i učinkovite informacije vezane uz kontracepciju. Brojni razlozi govore u prilog korištenju kontraceptivnih metoda, poput, ograničenog pristupa kontracepciji od strane mladeži, osoba koje žive u ruralnim područjima, u siromaštvu, ograničen izbor metoda, strah ili iskustvo nuspojava, barijere neinformiranosti o važnosti reproduktivnog zdravlja u obitelji. No, još uvijek postoji nedovoljna upotreba kontracepcije (37). Omogućavanje pristupa kontraceptivnim metodama unaprjeđuje se nekoliko ljudskih prava, a to je pravo na život i slobodu, slobodu mišljenja i izražavanja, pravo na rad i obrazovanje te postojanje značajnih koristi za zdravlje. Korištenje kontracepcije uvelike smanjuje stopu pojavnosti neželjenih maloljetničkih trudnoća, porođaja i rizika koje oni nose sa sobom. Također, kontracepcija nudi i niz potencijalnih nezdravstvenih koristi, što uključuje mogućnosti obrazovanja i osnaživanja populacije ženskoga roda, održiv rast stanovništva i ekonomski razvoj zemalja. Između 2000. i 2019. godine povećala se učestalost korištenja kontraceptivnih metoda kod vjenčanih žena reproduktivne dobi za 2,1 %. Brojni su razlozi slabog povećanja navedene stope, kao primjerice ograničen pristup uslugama i metodama, osobito među mladima i maloljetnim osobama, neobrazovanje, siromaštvo, postojanje izvanbračnih zajednica, strah vezan uz nuspojave zbog needuciranosti, kulturalna ili vjerska ograničenja (36).

1.4.1. Planiranje obitelji

Ključne stavke za ostvarivanje prava i dobrobiti populacije ženskog i muškog roda, uključuju pristup informacijama i visokokvalitetnim metodama kontracepcije, odnosno uslugama seksualnog i reproduktivnog zdravlja. Učinkovita zaštita reproduktivnog zdravlja čovjeka osigurava da svi adolescenti i odrasle osobe izbjegnu zdravstvene i socioekonomske posljedice neželjene trudnoće te da ostvare zdravlje vlastitog reproduktivnog sustava. Vezano uz navedeno, postoje globalne strategije za zdravlje žena, djece i adolescenata koje pružaju univerzalni pristup planiranju obitelji s ciljem ostvarenja zdravlja reproduktivnog sustava i

življenja zdravog života. No, planiranje obitelji još uvijek predstavlja veliki izazov za globalnu zdravstvenu zajednicu. Socijalna ograničenja isto kao i nedovoljna informiranost znanstveno utvrđenim činjenicama još uvijek postoje. Svaka osoba zaslužuje imati pravo da odredi svoj život najbolje što može, stoga, treba li i kada osoba imati djecu, uključujući i s kim i koliki broj, važni su dijelovi prava planiranja obitelji. Pozitivni ishodi seksualnog zdravlja nastaju kao rezultati provođenja kvalitetnih programa koji poštuju prava čovjeka. Usluge planiranja obitelji usmjerava devet načela ljudskih prava: dostupnost kontraceptivnih metoda, nediskriminacija ljudi, dostupnost informacija, prihvatljivost informacija, kvaliteta, donošenje odluka na temelju relevantnih činjenica, privatnost i povjerljivost te odgovornost (38). Sukladno navedenom, planiranje obitelji unaprjeđuje ljudska prava. Ono omogućuje paru da odrede optimalno vrijeme za roditeljstvo, željeni broj djece i vremenski razmak između trudnoća, a sve to postiže se informiranjem, edukacijom i korištenjem metoda kontracepcije. Također, planiranje obitelji je jedno od najisplativijih ulaganja, uzimajući u obzir ekonomski razvoj, zdravlje majke i djeteta, obrazovanje i osnaživanje ženskoga roda. Takvom metodom, sprječavaju se nenamjerne trudnoće kao i sprječavanje maternalnog morbiditeta i mortaliteta, isto kao i ilegalni pobačaji te njihove komplikacije. Planiranje obitelji i kontracepcija uvelike smanjuju učestalost trudnoća sa manjim vremenskim razmakom, koje za posljedicu imaju i veće stope smrtnosti novorođenčadi. Pružanjem odgovarajuće zdravstvene zaštite smanjuju se komplikacije vezane uz maternalni i neonatalni mortalitet (37). Planiranje obitelji uz podršku javnosti pridonosi naporima za postizanje ekonomske održivosti (39). Ono osigurava smanjenje zdravstvenih i socijalnih troškova te se postavlja kao jedan od glavnih alata ljuskoga razvoja ukoliko se u obzir uzme broj trudnoća, željene djece i vremenskog razmaka među njima (40).

1.5. Trudnoća

Fiziološko stanje ženinog organizma koje odgovara njezinim anatomskim i funkcionalnim promjenama (41). Tijekom trudnoće žena doživljava psihološke i fiziološke promjene, a koje omogućuju da se njezin organizam prilagodi promjenama vezanima uz rast i razvoj djeteta, pripremu za porođaj i njegov tijek te za dojenje (42). *Amenorrhea*, odnosno izostanak mjesečnice predstavlja vjerojatan znak trudnoće kod žena, ukoliko su u to vrijeme imale spolni odnos. Rana dijagnostika trudnoće temelji se na uzimanju anamneze, laboratorijskim pretragama određivanja hormona β humanog korionskog gonadotropina te ultrazvučnom pregledu (43). Sigurni znakovi trudnoće podrazumijevaju da se vide pokreti ploda, palpiraju dijelovi ploda te da se čuju otkucaji srca djeteta. Žena u generativnoj dobi,

koja je zdrava i živi zdravim životom u većini slučajeva podnosi trudnoću bez komplikacija (41). Ukoliko se trudnoća događa u adolescentnoj dobi ona sa sobom nosi velike zdravstvene posljedice za maloljetnu majku i dijete (44).

1.5.1. Maloljetničke trudnoće

Maloljetnom se trudnicom smatra ženska osoba u mladenačkoj ili adolescentnoj dobi. Za vrijeme te dobi dolazi do brzog fizičkog, psihičkog, socijalnog i emocionalnog razvoja, ali je važno razlikovati i voditi računa o razlici kronološke dobi u odnosu na reproduktivnu. Odnosno, kronološka dob podrazumijeva broj godina života od rođenja, a ginekološka se računa pojavom *menarhe*, prve menstruacije. Od pojave prve menstruacije potrebno je da prođe barem pet godina kako bi nastupila potpuna morfološka i funkcionalna zrelost, koju nazivamo *nubilitet*. Trudnoća za vrijeme maloljetne dobi većinom je neplanirana i neželjena, a zbog brojnih socioekonomskih, demografskih i medicinskih razloga, trudnoća i porođaj u vrijeme adolescentne dobi nisu poželjni (45). U zemljama u razvoju svake godine 21 milijun djevojčica u dobi od 15 do 19 godina zatrudni. Rodi ih od prilike oko 12 milijuna, a od toga ih 777 000 ima manje od 15 godina života. U svijetu su komplikacije trudnoće i porođaja glavni uzrok smrti kod djevojčica od 12 do 15 godina. Posljednjih 20 godina prosječna globalna stopa plodnosti smanjila se za 11,6 %. Međutim, još su uvijek prisutne razlike između regija. Unatoč tomu što se globalna stopa plodnosti adolescenata smanjila, još uvijek postoji dostatan broj rođene djece adolescenata (44). U današnje vrijeme djevojke u dobi od 17 godina imaju dimenzije odraslih žena, mladići također ranije sazrijevaju, u dobi već od 19 godina, dok je kod prethodnih generacija rast završavao od prilike oko 24 godine. Trudne se maloljetnice mogu podijeliti u tri skupine:

- Infantilne trudnice koje obuhvaćaju trudnice do 14 godine života. Uglavnom su to prvorođkinje;
- Mlađe maloljetne trudnice u koju skupinu pripadaju djevojke od navršениh 15 do navršениh 16 godina života. Neki navodi su da u ovu skupinu pripadaju i one trudnice do navršene 17. godine života;
- Starije maloljetne trudnice podrazumijevaju sve trudnice od navršениh 17 do navršениh 18 godina (45).

Pojam djeteta prema Konvenciji o pravima djeteta, definira se kao svako ljudsko biće koje je mlađe od 18 godina, osim ukoliko se vezano uz pravo koje se primjenjuje punoljetnost ne

stekne ranije. Prema zakonodavstvu Republike Hrvatske, odnosno prema Kaznenom Zakonu, Zakonu o sudovima za mladež te Zakonu o kaznenom postupku, poznaje se pojam *dijete*, dok se u Zakonu o sudovima za mladež definira pojam djeteta kao osobe mlađe od 14 godina, osoba koja je navršila 14, a još nije navršila 16 godina, naziva se mlađim maloljetnikom, dok je stariji maloljetnik osoba koja je navršila 16, ali nije još navršila 18 godina. Zakon koristi pojmove djeteta i maloljetnika, a koji podrazumijeva da je riječ o ljudskim bićima koja su mlađa od 18 godina (46). Iako su danas u značajnom padu, adolescentne trudnoće i dalje predstavljaju veliki javnozdravstveni problem za populaciju. Vrlo se često maloljetne trudnice kasno jave u centre za perinatalnu skrb, često zbog nedostatka znanja, ograničenog pristupa, a katkada zbog bojazni od posljedica koje trudnoća može nositi ili pak nekakve stigmatiziranosti (47). Kao globalni problem, maloljetničke se trudnoće javljaju u svim zemljama, bile one sa niskim, srednjim ili velikim prihodima. Gledajući diljem svijeta, veća je mogućnost da će se one javljati u većem broju u nekakvim marginaliziranim zajednicama, u siromaštvu gdje ne postoji ili je ograničena mogućnost informiranja, obrazovanja i zapošljavanja. Vrlo često djevojke se odlučuju na trudnoću upravo iz razloga jer nisu dovoljno obrazovane, imaju ograničene mogućnosti za zapošljavanje i obično nemaju posao. Takvi čimbenici pak pridonose broju adolescentnih trudnoća. Najčešće takvo društvo majčinstvo, brak i zajedništvo smatraju najboljom opcijom. Nadalje, kada mlada djevojka zatrudni, život joj se može u potpunosti promijeniti. Trpi njezino obrazovanje, koje najčešće prestaje, odnosno mlade trudnice odustaju od školovanja, a također se i šanse za posao mogu smanjiti. Sve je to vrlo često prožeto siromaštvom, kao što je i ranije navedeno, djevojka postaje socijalno isključena, a mogu se javiti i brojne posljedice za njezino zdravlje (48). Još jedan dodatan uzrok nastanka maloljetničkih neželjenih trudnoća je seksualno nasilje. Od prilike trećina djevojaka navodi da je bilo prisiljeno na spolni odnos čak i prije navršenih 16 godina života (44). Vodeći uzrok smrtnosti među adolescenticama predstavljaju komplikacije nastale zbog trudnoće i porođaja. Ponekad djevojke nemaju pravo donositi odluke koje se tiču njihova života, kao što je recimo situacija u Jemenu. Djevojke nemaju edukaciju za vrijeme svoga školovanja niti potrebnu zdravstvenu zaštitu. Fond Ujedinjenih naroda za stanovništvo nastoji riješiti takve probleme s ciljem zaštite i ispunjenja prava djevojčica. Cilj im je podržati sveobuhvatnu edukaciju o seksualnosti i reproduktivnom zdravlju kako bi djevojčice izbjegle neželjenu trudnoću. Također se zalažu za pružanje podrške djevojčicama koje zatrudne kako bi se kasnije mogle vratiti u školu i nastaviti svoje obrazovanje (48). U slabo razvijenim zemljama čak 39% djevojčica stupa u brak prije negoli napuni 18 godina, a čak njih 12% i prije 15. godine (44). Najtočniji biodemografski i zdravstveni pokazatelj razvoja postala je

plodnost u adolescenata. Često se od zemalja u razvoju očekuje da slijede obrasce seksualnog ponašanja. Međutim, ukoliko one ne provode edukaciju mladeži o seksualnosti, kao posljedice se javljaju maloljetničke trudnoće i porast spolno prenosivih bolesti. Ukoliko roditelji i nastavnici ne posjeduju znanje o istome, očekuje se samo porast sve ranijeg stupanja u spolne odnose i neželjenih trudnoća. Značajni faktori rizika za ponavljanje modela maloljetničkih trudnoća i porođaja su sin ili kćer majke koja je zaniijela i rodila u adolescentnoj dobi, što je također povezano i sa ekstremnim siromaštvom. Danas postoje brojne rasprave vezane uz primjenu i usvajanje prediktivnih kriterija rizika kod trudnih maloljetnica. Najčešće je to vezano uz korištenje zdravstvene zaštite kako bi se smanjila majčina i perinatalna smrtnost, isto kao i socijalni čimbenici vezano uz socioekonomske probleme, a koji su povezani sa maloljetničkom trudnoćom, struktura, obilježja i vrsta obitelji, rano napuštanje školovanja, školovanje nakon porođaja, zapošljavanje žena, nedostatno seksualno znanje, brojni roditeljski i obiteljski stavovi u različitim razdobljima adolescentne trudnoće, odluka adolescentice o trudnoći te nestabilan partnerski odnos. Analiza društvenih posljedica proteže se kroz nedostatno obrazovanje, mnogobrojne višečlane obitelji, teškoće u ulozi majke, napuštanje od strane partnera, manja mogućnost zapošljavanja. Također, postoje i teškoće prilikom pokušaja poboljšanja socioekonomskih uvjeta, jer vrlo često postoji manja mogućnost socijalnog napretka, nedostatak zaštite trudnice i djeteta (49). Vrlo često mladi današnjice donose odluke, odnosno, važne životne izbore kao što je roditeljstvo, a bez da su u potpunosti zreli i spremni za preuzimanje takve uloge. Osim velike stope smrtnosti majki i dojenčadi, javlja se i niži kvocijent inteligencije djeteta maloljetne roditelje (50). Prema navodima Svjetske zdravstvene organizacije, procijenjeno je da se 5,6 milijuna pobačaja događa svake godine u populaciji maloljetnih trudnica. Od navedenog broja 3,9 milijuna je ilegalno i pridonosi smrtnosti majke, morbiditetu i mogućim trajnim zdravstvenim problemima. Godišnje se dogodi najmanje 10 milijuna nenamjernih trudnoća adolescentica (44). Jedno od temeljnih poboljšanja seksualnog i reproduktivnog zdravlja adolescenata je sprječavanje neželjene trudnoće (37).

1.5.2. Neinformiranost i maloljetničke trudnoće

Obzirom na ranu somatsku zrelost, zajedno i sa smanjenim poznavanjem fiziologije reproduktivnog sustava i moguće regulacije plodnosti, adolescentice obično stupaju u rane seksualne odnose, što sa sobom nosi neželjenu, neplaniranu trudnoću i stupanje u brak (45). Naravno da maloljetnim trudnicama nije lako prilikom donošenja odluke žele li ili ne nastaviti trudnoću i roditi, obzirom da su i same u tom trenutku samo djeca, koja u spolne odnose

stupaju većinom iz znatiželje ili zbog pritiska okoline (51). Roditelji se vrlo često iznenade na pitanja o seksualnosti koja im postavljaju njihova djeca, obzirom da su zbog napretka tehnologije danas puno ranije izloženi informacijama. Seksualna edukacija kao takva predstavlja kontinuirani proces koji počinje još u najranijoj dobi djeteta te baš iz toga razloga nema točno određenog pravila kada o takvoj temi razgovarati sa djetetom. Često roditelji smatraju da su djeca premala za takve informacije bez obzira na njihove godine (52). Rizično seksualno ponašanje je jedno od obilježja adolescentne dobi, a razlozi za to se kriju u nerazvijenim komunikacijskim vještinama, nedostatnoj informiranosti, načinima zaštite i postojećim rizicima (53). Maloljetničkim se trudnoćama danas još uvijek ne daje onoliko pažnje koliko bi zapravo trebalo (44). Bitno je poticati političare i odgovorne vođe zajednice da se formiraju i provode zakoni zabrane stupanja u brak kod djevojaka mlađih od 18 godina, isto kao i da se pokrenu obrazovne intervencije za osnaživanje djevojaka potrebnim znanjem u toj dobi. Također je važno utvrditi izvedivost pristupa obiteljskim zajednicama u kulturama u kojima je uobičajeno stupanje u brak, trudnoća i porođaj prije navršene 18. godine života djevojke, kako bi ih se informiralo o mogućim kao takvim rizicima i posljedicama. Ključni faktori maloljetničke trudnoće, osim ranog stupanja u brak uključuju prisilu na spolni odnos, izostanak korištenja kontraceptiva, što rezultira maternalnim, fetalnim i neonatalnim mortalitetom i morbiditetom, odnosno posljedicama koje proizlaze iz slabog ili čak nikakvog pristupa antenatalnoj i postnatalnoj skrbi. Svjetska zdravstvena organizacija naglašava važnost zakonskih i pravnih okvira pri provođenju intervencija edukacije mladih o seksualnom i reproduktivnom zdravlju (59).

1.5.3. Prevenција maloljetničkih trudnoća i porođaja

Istraživanja su pokazala kako se pravovremenom informiranošću postiže kasnije stupanje u spolne odnose kod adolescenata, a samim time se preveniraju neželjene trudnoće i pobačaji (52). Maloljetničke trudnoće uglavnom nisu planirane te zbog toga i zahtijevaju posebnu brigu i skrb. U tome je slučaju važno posebnu pažnju posvetiti psihičkoj pripremi maloljetne trudnice. Potrebno je pružiti visoki stupanj skrbi, obzirom da su maloljetničke trudnoće same po sebi visokorizične (53). Cilj javnozdravstvenih intervencija trebao bi se temeljiti na pružanju potpore trudnicama utemeljene na dokazima, sa pravovremenim potvrđenim informacijama, uključujući i antenatalnu skrb te inicijative za potporu u slučaju maloljetne trudnoće i majčinstva (54). Vezano uz isto, važno je uzeti u obzir ulogu liječnika obiteljske medicine s ciljem prepoznavanja skupine rizičnih tinejdžera kako bi se spriječila neželjena, nenamjerna trudnoća te se postigla pravodobna skrb i promicanje zdravlja i

dobrobiti maloljetnih trudnica i njihove djece (55). Prevencija maloljetničkih trudnoća uglavnom stavlja naglasak na djevojke, a potom i na mladiće. Prema Vargas, Borus i Charlton koji su proveli 2017. godine istraživanje vezano uz ulogu mladića u maloljetničkoj trudnoći, navodi se kako mladići imaju različita stajališta vezana uz kontracepciju. Postoje nedoumice poput pitanja tko je od partnera odgovoran za kontracepciju, a u zaključku navode da je znanje mladića veoma nisko po pitanju seksualnog zdravlja, što zahtjeva daljnju edukaciju i praćenje (56). Tijekom ere provođenja Milenijskih razvojnih ciljeva, Svjetska zdravstvena organizacija u radu sa partnerima osnovala je smjernice podrške adolescentima s ciljem prevencije maloljetničkih trudnoća i njihovih posljedica u zemljama u razvoju. Također se zagovaraju za prikupljanje dokaza i izgradnju kapaciteta takve prevencije na razini država. Usko surađuju sa partnerima unutar i izvan sustava Ujedinjenih naroda sa ciljem prevencije rane trudnoće, majčinstva i stupanja u brak. Radi se na jačanju i izvedbi nacionalnih i podnacionalnih programa sprječavanja maloljetničkih trudnoća i njezinih komplikacija. Također surađuju sa Unicefom, UNFPA- om, odnosno Populacijskim fondom Ujedinjenih naroda i UNWomenom, tj. UN- ovim identitetom za ravnopravnost spolova i osnaživanje žena s ciljem sprječavanja dječjih brakova. Nevladine organizacije predvodile su organizacije s inovativnim projektima s ciljem sprječavanja maloljetničkih trudnoća i porođaja, a danas postoji sve veći broj država koje te programe i provode, poput recimo Čilea, Etiopije i Velike Britanije. Cilj je potaknuti i druge zemlje u provođenju programa koji je u njihovim mogućnostima (44). U razvijenim zemljama postoje značajne razlike vezane uz prevenciju neželjene trudnoće i majčinstva. Promjene društvenih stavova vezano uz seksualnost u adolescenciji te očekivanja o većem korištenju kontracepcije, rezultira povećanom razinom njezine upotrebe (57). Maloljetnička je trudnoća svjetski poznati fenomen s jasnim uzrocima te ozbiljnim zdravstvenim, socijalnim i ekonomskim posljedicama za djevojku, obitelj i zajednicu. Veća je globalna predanost sprječavanju dječjih brakova, adolescentne trudnoće i rađanja djeteta (58).

1.5.4. Komplikacije maloljetničke trudnoće i porođaja

Posljednja dva desetljeća jača svijest o spolnim odnosima maloljetnica te o reproduktivnom zdravlju. Kao posljedica seksualnih odnosa u adolescenciji javljaju se brojne posljedice vezane uz seksualno, reproduktivno zdravlje i socijalno zdravlje (60). Spolne aktivnosti u maloljetnoj dobi rezultiraju neželjenom trudnoćom, što može završiti krajnje ozbiljnim komplikacijama vezanim za majku i dijete (61). Smrtnost djevojčica u dobi od 15-

19 godina u svijetu, rezultat je komplikacija nastalih trudnoćom i porođajem (44). Najčešće su maloljetničke trudnoće neredovito ili čak u potpunosti nekontrolirane obzirom da se često skrivaju od okoline, a obično je povećana i učestalost spolno prenosivih bolesti (57). Komplikacije maloljetničke trudnoće uključuju visoke stope morbiditeta i mortaliteta majki i djece, a što se povezuje sa niskim pristupom antenatalnoj i postnatalnoj skrbi te ilegalnim pobačajima (59). Obzirom na to da veliki broj maloljetničkih trudnoća završava spontanim ili namjernim pobačajem, evidencija često puta bude otežana (45). Svake godine nesigurnim, ilegalnim pobačajima podvrgne se 3,9 milijuna djevojčica između 15 i 19 godina (58). Veća je vjerojatnost pojavljivanja maloljetničke trudnoće u marginaliziranim zajednicama u kojima vlada siromaštvo, nemogućnost obrazovanja ili nedostatno obrazovanje i slaba mogućnost zapošljavanja (44). Maloljetne trudnice su u lošijoj ekonomskoj situaciji u odnosu na one trudnice starije od 18 godina. Vrlo mali broj takvih trudnica je zaposlen i većinom nisu u bračnom odnosu. Obzirom na lošu ekonomsku situaciju, slabo obrazovanje, nesređene partnerske odnose ili bračne prilike, maloljetne trudnice rijetko su uključene u antenatalnu skrb što uz nezrelost organizma mlade osobe rezultira povećanom patologijom za vrijeme trudnoće i porođaja (45). Trudnoća maloljetne djevojke povezana je sa velikim zdravstvenim posljedicama. Maloljetne majke u dobi od 10 do 19 godina rezultiraju velikim rizicima od eklampsije, puerperalnog endometritisa i sistemskih infekcija, više negoli kod onih žena u dobi od 20 do 24 godine (44). Obzirom na navedeno, rizici od komplikacija za majku i dijete veći su u dobi ispod 18 godina te postoji rizik od ponavljanja u sljedećim trudnoćama. Rizici uključuju malu porođajnu težinu novorođenčeta, prijevremeni porođaj, preeklampsiju, socijalnu izolaciju i depresiju mlade majke te zanemareno obrazovanje (47). Prema studiji provedenoj 2015. godine u Brazilu, čiji je cilj bio utvrditi pojavnost komplikacija majke i djeteta kao rezultata maloljetničke trudnoće, kao glavne komplikacije navode hipertenzivne poremećaje u trudnoći, prijevremeni porođaj te rađanje djece niske porođajne težine. Zaključuju da je maloljetnička trudnoća povezana sa brojnim maternalnim i neonatalnim komplikacijama (61). Studija provedena 2016. u Australiji navodi kako maloljetne majke doživljavaju obiteljsko seksualno nasilje, imaju neregulirane socioekonomske uvjete, što pridonosi lošim peripartalnim ishodima. Postoji veća učestalost za brzo ponavljanje trudnoće, međugeneracijsko tinejdžersko roditeljstvo prožeto siromaštvom (55). Također, komplikacija koja nastaje kao rezultat maloljetničke trudnoće i porođaja je zaostajanje u razvoju djeteta u odnosu na vršnjake te problemi u ponašanju (62). Napuštanje obrazovanja je gotovo rutinski postupak kod maloljetnih trudnica i majki u dobi mlađoj od 18 godina, bilo to zbog vlastite odluke, partnerskog nasilja ili pritiska u obitelji. Iako se u nekim zemljama ulažu naponi kako

bi se obrazovanje i nakon toga nastavilo, napuštanje školovanja je i dalje jedan od trendova. Nadalje, na taj se način ugrožava mogućnost obrazovanja kao prava djevojke te kasnijeg zapošljavanja (44). Mrtvorodenje i neonatalna smrtnost su za 50% veće kod maloljetnih majki u odnosu na one starije u dobi od 20- 29 godina (58). Ponekad su mlade majke podvrgnute riziku provođenja tajnih, ilegalnih pobačaja, ovisnosti o drogama, ulaska u mrežu prostitucije i kriminala. Nadalje, toliko loših aktivnosti može dovesti do zlostavljanja vlastita djeteta bilo kod kuće ili u školi, što može dovesti do takozvanih blizanačkih fenomena zlostavljanja djeteta. Preventivni postupci uključuju strategije usmjerene na smanjenje rizika maloljetničke trudnoće ili stjecanja spolno prenosivih bolesti putem edukativnih programa za odgovarajuću dobnu skupinu (63). Maloljetničkim trudnoćama treba pristupiti na interdisciplinarnan način, a koji bi trebao uključivati ginekologa, psihologa dječjeg psihijatra, primalju te pedijatra (62).

1.5.5. Maloljetnički porođaji

Porođaj maloljetnice traje od prilike desetak sati, što se ne razlikuje u odnosu na porođaj trudnice starije od 18 godina (45). Prema studiji provedenoj 2020. u Istočnoj Poljskoj, rano majčinstvo predstavlja ozbiljan socijalni i medicinski problem u mnogim zemljama diljem svijeta. Sa medicinskog stajališta maloljetnička trudnoća i porođaj nose sa sobom ozbiljne komplikacije za majku i dijete. Prema stručnoj literaturi maloljetnička se trudnoća naziva "majčinstvom izvan vremena", obzirom da se događa u dobi koja je nezrela prema biološkom, psihološkom i socijalnom ritmu. Navode različite stavove prema trudnoći i porođaju od strane maloljetnih majki, ali u većem broju slučajeva prikazuje se pozitivno iskustvo u odnosu na negativno. Stav maloljetnih majki prema trudnoći i porođaju može se povezati sa dispozicijskim optimizmom, odnosno očekivanjem da će se dogoditi više lijepih u odnosu na ružne stvari (64). Siromaštvo dovodi do ponavljanih adolescentnih porođaja. Recimo, u Ugandi ponavljane maloljetničke trudnoće i porođaji iznose više od jednoga na dvije žene, a u posljednjih trideset godina nije zabilježen pad, prema istraživanju ondje provedenom 2020. godine. Mlade majke obično ne navode niti da je druga trudnoća u toj dobi bila željena pa se stoga naglašava važnost zdravstvenog osoblja u edukaciji vezanoj uz sprječavanje neželjene trudnoće i porođaja u sklopu aneatalne skrbi (65). Stopa plodnosti izražava se kao broj rođenih na 1.000 žena u dobi od 15- 49 godina u godini dana (66). U sustavu zdravstva ne postoji organizirana služba koja bi se bavila smanjivanjem stresa prilikom porođaja. Vezano uz to, istraživači Anderson i Connolly iz studije provedene 2018. godine navode da je zabilježena pojavnost stresa maloljetne roditelje tijekom porođaja i 72 sata nakon, kao posljedica izostanka podrške partnera, prethodnih trauma i depresije (67). Rizik od

maloljetničke trudnoće i porođaja glavni je uzrok smrti djevojčica u dobi od 15- 19 godina. Natalitet je 2018 godine na globalnoj razini iznosio 44 porođaja na 1.000 djevojčica od 15- 19 godina, dok je u središnjoj Africi brojka rođenih iznosila 115, što je predstavljalo najvišu regionalnu stopu na čitavom svijetu. U Srednjoafričkoj Republici, Nigeriji, Čadu, Mali- u, stopa je iznad 178 porođaja na 1.000 maloljetnica, što ih stavlja na vrh liste zemalja sa najvišim maloljetničkim natalitetom. Iako se čini da stopa rađanja maloljetnica opada, danas je ona još uvijek u stagnaciji kod starijih maloljetnica. Zapadna i Srednja Afrika imaju najveću stopu maloljetnih porođaja, ali sa stalnim padom ovisno o dobnoj skupini (68).

1.5.6. Maloljetničke trudnoće i porođaji u Hrvatskoj

Prema Svjetskog zdravstvenoj organizaciji 87 milijuna trudnoća godišnje bilo je neplanirano, a 46 milijuna završava induciranim pobačajima. U dobi djevojaka od 15 do 19 godina u nerazvijenim se zemljama bilježi 16 milijuna trudnoća, a od toga 2,5 milijuna kod djevojaka mlađih od 16 godina. Kao što je već prethodno navedeno, u Republici Hrvatskoj djevojke u spolne odnose stupaju u prosječnoj dobi od 17 godina, a mladići u prosjeku sa 16 godina. Navodeći podatke Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo u Hrvatskoj godišnje rodi 1.000 maloljetnica od 14. do 18. godine. U 2019. godini zabilježeno je 987 porođaja maloljetnica. Manji broj porođaja djevojaka u dobi od 14 - 18 godina povezuje se sa razvojem savjetovanja vezano uz reproduktivno zdravlje u službama školske i adolescentne medicine, zdravstveno- edukativne programe sa svrhom promicanja zdravlja mladeži (35). Što se tiče pobačaja, 2019. godine u Hrvatskoj putem obavezne liste pobačaja prijavljeno je 7.687 pobačaja. Kod 46 maloljetnica napravljen je legalno inducirani pobačaj, što znači 1,7 % od ukupnoga broja. Navedeno predstavlja smanjenje broja prekida trudnoće u odnosu na ranije godine. Republika Hrvatska u odnosu na susjedne zemlje ima nižu stopu legalno induciranih abortusa prema prosjeku Europske Unije, a prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (69).

2. CILJ ISTRAŽIVANJA

Ovim istraživanjem želi se ispitati učestalost porođaja kod trudnica mlađih od 18 godina u Općoj županijskoj bolnici Našice u periodu od 2010. - 2020. godine. Sukladno tome, predmet istraživanja biti će i istraživanje učestalosti kontrolnih pregleda za vrijeme trudnoće, broj prethodnih trudnoća maloljetne roditelje, mjesto stanovanja te njezin bračni status.

1. Istražiti učestalost maloljetničkih porođaja obzirom na dob.
2. Istražiti učestalost maloljetnih porođaja obzirom na bračni status.
3. Ispitati broj maloljetnih roditelja obzirom na mjesto stanovanja.
4. Ispitati učestalost redovitih kontrolnih pregleda za vrijeme trudnoće kod maloljetne roditelje.

2.1. Hipoteze istraživanja

1. Veća je učestalost porođaja kod trudnica u dobi od 16-18 godina, negoli kod mlađih od 16 godina.
2. Veća je učestalost neudanih maloljetnih roditelja u odnosu na udane.
3. Veća je stopa stanovanja maloljetnih roditelja u selu, nego li u gradu.
4. Kod maloljetnih roditelja veća je učestalost neredovito kontroliranih i nekontroliranih trudnoća u odnosu na kontrolirane.

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ispitanici

Istraživanje će biti provedeno u Općoj županijskoj bolnici Našice na uzorku roditelja mlađih od 18 godina u razdoblju od 2010. – 2020. godine, uključujući i prvoročkinje i višeročkinje. Ispitanice će biti podijeljene prema razlikovnom kriteriju: 1. dob; 2. bračni status; 3. kontrolni pregledi u trudnoći; 4. mjesto stanovanja.

3.2. Metode

Prilikom prikupljanja podataka koristit će se neprobabilistički prigodni uzorak iz razloga što će se podaci prikupljati retrospektivno, analizom iz Odjelnog rađajnog protokola Opće županijske bolnice Našice, Bolničkog informacijskog sustava i povijesti bolesti roditelja, a koji će biti dostupni istraživaču.

Prilikom obrade podataka koristit će se metoda kompjuterskog programa za statističku obradu podataka te deskriptivna statistika. Svi dobiveni rezultati biti će prikazani grafički i logički.

3.3. Postupak

Retrospektivno će biti analizirana medicinska dokumentacija maloljetnih roditelja koje su rodile u Općoj županijskoj bolnici Našice u periodu od 2010. do 2020. godine. Obuhvaćene će biti sve roditelje, uključujući i prvoročkinje i višeročkinje. Prilikom prikupljanja podataka biti će važno opisati i one rezultate koji nisu u skladu sa hipotezom te uzeti u obzir prisutnost drugih faktora, izuzev dobi, učestalosti kontrola za vrijeme trudnoće, mjesta stanovanja maloljetne roditelje te zabilježiti njihovu pojavnost ili odsutnost kod određenih ispitanica. Za vrijeme provedbe istraživanja može se možda dogoditi manjak potrebnih podataka, odnosno nepotpunost podataka za izradu ovoga rada, budući da tada kada su podaci bili upisivani nisu bili namjenjeni ovome istraživanju.

U skladu sa hipotezama pratit će se pojavnost maloljetnih porođaja obzirom na bračni status, obzirom na dob, učestalost redovitih kontrola u trudnoći te mjesto stanovanja maloljetne roditelje.

4. REZULTATI

Ovo istraživanje je provedeno retrospektivnim analiziranjem medicinske dokumentacije roditelja u periodu od 2010. – 2020. godine u Općoj županijskoj bolnici u Našicama. Istraživanjem je pronađeno 84 maloljetne roditelje u navedenom periodu. Obuhvaćene su prvorođkinje i višerođkinje mlađe od 18 godina, one koje su udane i koje nisu udane, žive na selu ili u gradu te one koje su redovito kontrolirale svoju trudnoću, one koje su neredovito kontrolirale te one koje uopće nisu kontrolirale trudnoću.

Uzimajući u obzir dob kao analizirani faktor, maksimalni broj godina maloljetnih roditelja bio je 17, a minimalni broj je bio 15 godina. Prosjek godina iznosio je 16 godina.

Tablica 1. Životna dob maloljetnih roditelja

Životna dob	Broj roditelja	Postotak (%)
15	2	2,3%
16	25	29,8%
17	57	67,9%

Najveći broj maloljetnih roditelja u analiziranom periodu imalo je 17 godina i to njih 57 (67,9%), 16 godina imalo je 25 roditelja (29,8%), dok je samo dvije roditelje (2,3%) imalo 15 godina, što je vidljivo iz prethodno navedene tablice.

Tablica 2. Bračni status maloljetnih roditelja

Bračni status	Broj roditelja	Postotak (%)
Udana roditelja	27	32,1%
Neudana roditelja	57	67,9%

Analizirajući bračni status maloljetnih roditelja u periodu od 2010. – 2020. godine u Općoj županijskoj bolnici u Našicama. Najveći broj roditelja nije bio u bračnom odnosu i to njih 57 (67,9%), dok je 27 maloljetnih roditelja (32,1%) bilo u braku. Navedeno možemo vidjeti iz prethodno navedene tablice.

Analiziranjem medicinske dokumentacije maloljetnih roditelja u već prethodno navedenom razdoblju, navedeni su podaci vezani uz mjesto stanovanja.

Tablica 3. Mjesto stanovanja maloljetne roditelje

Mjesto stanovanja	Broj roditelja	Postotak (%)
Selo	64	76,2%
Grad	20	23,8%

Najveći broj maloljetnih roditelja stanovalo je na selu i to njih 64 (76,2%), dok je samo 20 (23,8%) roditelja stanovalo u gradu.

Sljedeći podaci prikazani u tablici odnose se na zanimanje maloljetnih roditelja.

Tablica 4. Zanimanje roditelje

Zanimanje roditelje	Broj roditelja	Postotak (%)
Učenica	27	32,1%
Domaćica	56	66,7%
Zaposlena	1	1,2%

Od ukupnog broja, samo je jedna roditelja bila zaposlena (1,2%), njih 27 (32,1%) pohađalo je školu, odnosno bile su učenice, dok je 56 maloljetnih roditelja (66,7%) bilo nezaposleno, odnosno bavilo se kućanskim poslovima.

Sljedeći podaci vezani uz provođenje kontrolnih pregleda u trudnoći. Analiziranjem dokumentacije, kontrolni pregledi u trudnoći raspoređeni su u tri skupine, kao kontrolirana trudnoća, neredovito kontrolirana te nekontrolirana trudnoća.

Tablica 5. Provođenje kontrolnih pregleda u trudnoći

Kontrole u trudnoći	Broj roditelja	Postotak (%)
Redovito kontrolirana trudnoća	57	67,9%
Neredovito kontrolirana trudnoća	17	20,2%
Nekontrolirana trudnoća	10	11,9%

Najveći broj maloljetnih roditelja, njih 57 (67,9%) redovito je kontroliralo trudnoću, neredovite kontrole u trudnoći je provodilo 17 roditelja (20,2%), dok 10 roditelja (11,9%) nije kontroliralo trudnoću.

Uzimajući u obzir da maloljetničke trudnoće i porođaji predstavljaju veliki javnozdravstveni problem. Slijede podaci o broju porođaja maloljetnica po godinama u vremenskom periodu od 2010. – 2020. godine.

Tablica 6. Broj porođaja maloljetnica tijekom ispitivanih godina

Godina	Ukupan broj porođaja	Broj porođaja maloljetnica	Postotak maloljetničkih porođaja (%)
2010.	474	8	1,7%
2011.	441	8	1,8%
2012.	453	8	1,8%
2013.	442	12	2,7%
2014.	459	9	1,9%
2015.	453	8	1,8%
2016.	434	9	2%
2017.	431	8	1,9%
2018.	444	5	1,1%
2019.	432	3	0,69%
2020.	415	6	1,4%

Tijekom 2010. godine zabilježeni su podaci pokazali kako je bilo 8 porođaja maloljetnih roditelja, a ista se brojka proteže i u 2011., 2012., 2015. i 2017. godini. Obzirom na ukupan broj porođaja koji je iznosio 474 u 2010. godini, to bi iznosilo 1,7% porođaja maloljetnica, 2011. godine od ukupnog broja porođaja koji iznosi 441, broj porođaja maloljetnica iznosio je 1,8%, 2012. godine bilo je 453 porođaja, a od toga 1,8% maloljetnička. Nadalje 2015. godine bilo je ukupno 453 porođaja, a od toga broj porođaja maloljetnica iznosio je također 1,8%, dok je 2017. godine ukupno bilo 431 porođaj, a od toga je bilo 1,9% porođaja maloljetnica. Tijekom

2013. godine zabilježeno je 12 maloljetničkih porođaja, što je ujedno i najveća brojka porođaja maloljetnica tijekom istraživanog perioda. Te je godine ukupno bilo 442 porođaja, odnosno 2,7% porođaja maloljetnica. U 2014. godini bilo je 9 maloljetničkih porođaja, isto kao i 2016. godine. Ukupan broj porođaja 2014. godine iznosio je 459, dok je postotak maloljetničkih bio 1,9%. Porođaji maloljetnih roditelja 2016. godine iznosili su 2%, uzevši u obzir ukupan broj porođaja od njih 434. Tijekom 2018. godine bilo je 5 porođaja maloljetnih roditelja, što od ukupnog broja od 444, iznosi 1,1%. Tijekom 2019. godine bilo je 3 porođaja maloljetnica, a tijekom 2020. godine 6 porođaja maloljetnih roditelja. Ukupan broj porođaja 2019. godine bio je 432, od toga su 0,69% iznosili porođaji maloljetnica, a 2020. godine ukupno je bilo 415 porođaja, odnosno 1,4% porođaja maloljetnica.

Iz navedenog se može primjetiti da se zadnje tri analizirane godine smanjila brojka maloljetničkih porođaja.

Sljedeći podaci navedeni u tablici odnose se na broj prethodnih porođaja maloljetnica.

Tablica 7. Broj prethodnih porođaja maloljetnica

Paritet	Broj roditelja	Postotak (%)
Višerotkinje	9	10,7%
Prvorotkinje	75	89,3%

Obzirom na malu vjerojatnost da je maloljetna roditelja prethodno već bila trudna i/ili rodila, sljedeći podaci navode da je samo 9 maloljetnica (10,7%) imalo već jedan porođaj prije, a njih 75 (89,3%) bile su prvorotkinje.

Uzimajući u obzir mogućnost eventualnih prijašnjih abortusa, sljedeći podaci pokazuju kako je samo 1. maloljetna roditeljica (1,2%) od ukupnog broja maloljetnih roditeljica koji iznosi 84 u retrospektivno istraživanom periodu prethodno imala abortus.

Tablica 8. Broj abortusa

Prethodni abortusi	Broj roditeljica	Postotak (%)
Da	1	1,2%
Ne	83	98,8%

Prilikom prikupljanja podataka utvrđen je i način dovršetka porođaja kod maloljetnih roditeljica. Navedeni su podaci prikazani u tablici.

Tablica 9. Način dovršenja porođaja

Dovršenje porođaja	Broj roditeljica	Postotak (%)
Vaginalni porođaj	64	76,2%
Carski rez	20	23,8%

Obzirom na način dovršetka porođaja, od ukupnog broja maloljetnica u retrospektivno istraživanom periodu, najveći broj njih koji iznosi 64 (76,2%), rodilo je vaginalnim putem, dok je kod 20 maloljetnih roditeljica (23,8%) porođaj dovršen carskim rezom.

Slijede podaci vezani uz spol djeteta maloljetnih roditeljica. Veća je učestalost muškoga spola kod maloljetnih roditeljica, a koja iznosi 49 dječaka (58,33%), u odnosu na ženski spol koji iznosi 35 djevojčica (41,66%) u analiziranom periodu u Općoj županijskoj bolnici Našice.

Tablica 10. Spol djeteta maloljetne roditeljice

Spol djeteta	Broj djece	Postotak (%)
Muško	49	58,33%
Žensko	35	41,66%

Sljedeći nam podaci pokazuju raspon porođajne mase djece od 2010. – 2020 kod maloljetnih roditelja u OŽB Našice.

Tablica 11. Raspon porođajne mase djece od 2010. – 2020.

Porođajna masa	Broj djece	Postotak (%)
2 000 – 2 499	3	3,6%
2 500 – 2 999	16	19%
3 000 – 3 499	40	47,6%
3 500 – 3 999	22	26,2%
➤ 4000	3	3,6%

U navedenom razdoblju od ukupnog broja novorođene djece maloljetnica, a koji iznosi 84, porođajnu masu od 2 000 do 2 499 grama imalo je 3 djeteta, odnosno 3,6%. Porođajnu masu od 2 500 – 2 999 grama imalo je 16. djece (19%), porođajnu masu od 3 000 do 3 499 g, imalo je 40. novorođenčce, tj. njih 47,6%, 22 novorođenčeta (26,2%) imalo je porođajnu masu od 3 500 – 3 999 grama, dok je 3 novorođenčeta (3,6%) imalo porođajnu masu iznad 4 000 g.

5. RASPRAVA

Ranije je već spomenuto u uvodu kako maloljetničke trudnoće i porođaji predstavljaju veoma važan javnozdravstveni problem, obzirom da u mladenačkoj dobi dolazi do brzog psihičkog, fizičkog i socijalnog razvoja, takva trudnoća sa sobom donosi posljedice za seksualno, reproduktivno i socijalno zdravlje. Najčešće su takve trudnoće neželjene i neplanirane (45, 47). Ponekad se djevojke odlučuju na trudnoću baš iz razloga jer nisu dovoljno obrazovane ili pak žive u nekakvim marginaliziranim zajednicama u kojima je to trend te u tom slučaju najviše trpi njezino zdravlje, obrazovanje i uvjeti života. Takva društva, uvjetovana nekakvim kulturama, majčinstvo smatraju najboljim rješenjem za mladu djevojku (47). Maloljetne se trudnice najčešće kasno jave u perinatalne centre, bilo zbog stigme, ograničenog pristupa ili nedovoljnog znanja (48). Godine 2019. u Hrvatskoj je zabilježeno 1,7% legalnih pobačaja od ukupnog broja koji iznosi 7.687, što predstavlja manji broj u odnosu na prethodne godine (69).

Rezultati istraživanja obuhvaćaju 84 maloljetne roditelje u periodu od 2010. – 2020. godine na Odjelu rodilišta Opće županijske bolnice Našice. Uzevši u obzir dob kao faktor koji je analiziran najveći je broj roditelja bio u dobi od 17 godina, njih 57 (67,9%), 25 je trudnica (29,8%) imalo 16 godina, dok je dvije roditelje (2,3%) u istraživanom periodu imalo 15 godina. Obzirom na navedeno, možemo zaključiti kako je namanje bilo mlađih maloljetnih roditelja i to njih 2,3% u dobi od navršениh 15. do punih 16. godina života, a najviše je bilo starijih maloljetnih roditelja u dobi od navršениh 17. godina života i to njih 67,9%. Istraživanjem je potvrđena hipoteza da je veći broj maloljetnih roditelja bio u dobi od 17. godina, nego li kod onih u dobi mlađoj od 16. godina.

Većina maloljetnih roditelja u istraživanom periodu nije bila u bračnom odnosu, odnosno, nisu bile udane i to njih 57 (67,9%), a udanih maloljetnih roditelja bilo je 27 (32,1%). Ovim je rezultatom također potvrđena postavljena hipoteza istraživanja da je veća učestalost neudanih maloljetnih roditelja u odnosu na udane.

Obzirom na mjesto stanovanja maloljetnih roditelja, najveći broj njih imao je prebivalište u ruralnim područjima, tj. na selu i to njih 64 (76,2%), dok je 23,8% maloljetnih roditelja, odnosno njih 20 živjelo u gradu. Hipoteza je i ovdje potvrđena. Veća je stopa stanovanja maloljetnih roditelja u selu, nego u gradu.

Vezano za provođenje kontrolnih pregleda u trudnoći, u ispitivanom razdoblju najveći broj trudnoća bio je kontroliran i to njih 57 (67,9%), neredovite preglede u trudnoći je provodilo 17 roditelja (20,2%), a najmanje je bilo nekontroliranih trudnoća i to kod samo 10 roditelja (11,9%). Ovim je rezultatom hipoteza odbačena, obzirom da je postavljena kao da je veća učestalost nekontroliranih i neredovito kontroliranih trudnoća u odnosu na kontrolirane.

Maloljetničke trudnoće uglavnom su neplanirane i nekontrolirane pa kao takve zahtijevaju posebnu skrb, obzirom na veliki broj komplikacija koje sa sobom mogu nositi (57). Vrlo su rijetko maloljetne trudnice uključene u programe antenatalne skrbi i zaštite, obzirom na loše financijsko stanje, slabo ili nikakvo obrazovanje, nesređene partnerske odnose (45). Vezano uz obrazovanje maloljetnice, još uvijek je prisutan tren napuštanja školovanja, iako se u nekima od zemalja ulaže dodatni trud kako bi se to promijenilo (44).

Rezultati istraživanja vezani uz zanimanje maloljetnih roditelja pokazuju da je najveći broj roditelja nezaposlen i to njih 56 (66,7%), jedna je roditelja bila zaposlena (1,2%), dok je 27 roditelja pohađalo školu (32,1%).

Danas je svima već poznata činjenica da su u nekim društvima diljem svijeta djevojke pod pritiskom za udaju ili trudnoću i porođaj te su im samim time ograničene mogućnosti za posao i obrazovanje. Najčešća je pojavnost maloljetničkih trudnoća u ruralnim sredinama prožetim siromaštvom te neobrazovanjem. U nekim dijelovima svijeta, trudnoća izvan braka nije uobičajeno stanje. Još i dan danas proteže se činjenica kako mlade djevojke ne znaju načine sprječavanja neželjene trudnoće, jer nažalost nisu informirane o spolnom odgoju i reproduktivnom zdravlju. Procjenjuje se da su trudne maloljetne djevojke sklonije nesigurnim pobačajima u odnosu na odrasle žene. Takvi pobačaji sa sobom nose mogući rizik od trajnih zdravstvenih poteškoća te na koncu i smrti maloljetnih majki i njihove djece. Danas možemo reći kako broj maloljetničkih trudnoća i porođaja ne raste, ali se ni ne smanjuje, a što bi se danas trebalo i očekivati obzirom da živimo u suvremenom svijetu u kojemu su nam dostupnije informacije i edukacija u pogledu kontraceptivne zaštite. Mladim djevojkama koje zatrudne od neizmjerne je važnosti podrška roditelja i obitelji, kako bi mogle nastaviti sa daljnjim obrazovanjem te da bi se na najbolji način pripremile za nadolazeće dane roditeljstva. One djevojke koje nemaju obrazovanje posjeduju manje vještina u odnosu na one koje su obrazovane pa su im tako smanjene i mogućnosti za zapošljavanje, obzirom da nemaju određenu dozu obrazovanja i odgovarajuću stručnost (70). Dokazano je da najčešće kod mladih koji imaju nisko obrazovanje, manja akademska i radna očekivanja te kod onih sa

niskim samopoštovanjem i asertivnošću, postoji tendencija da ranije započnu svoj seksualni život, ne koriste kontracepciju, a često se navodi da su i češći pobačaji kod takvih mladih žena, jer ne mogu donijeti najbolju odluku za sebe (71). Kada se u obzir uzmu već navedeni podaci Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo iz 2019. godine, može se primjetiti kako je posljednjih nekoliko godina došlo do pada broja maloljetničkih trudnoća i porođaja, a što se povezuje sa razvojem savjetovanja o reproduktivnom zdravlju te provođenja zdravstveno-edukativnih programa (69).

6. ZAKLJUČAK

Maloljetničke trudnoće i porođaji još uvijek predstavljaju veliki problem za javno zdravstvo, upravo zbog komplikacija koje sa sobom mogu nositi. Kod malodobnih djevojaka trudnoća i porođaj mogu rezultirati lošim ishodom za majku i njezino dijete. Takve djevojke najčešće nisu dovoljno informirane vezano uz pitanje reproduktivnog zdravlja te na koncu trudnoće, porođaja, brige i skrbi za dijete. Ključan čimbenik je i okolina u kojoj djevojke odrastaju te količina informacija koje znaju i sa kojima raspolažu, a na sve to utječe i njihovo obrazovanje. Uzmemo li u obzir analizirani period po pitanju maloljetničkih porođaja od 2010. – 2020. godine u Općoj županijskoj bolnici Našice, možemo zaključiti kako je u razmaku od 10 godina, počevši od 2010. godine gdje je postotak maloljetničkih porođaja iznosio 1,7%, zatim 2011. i 2012. godine 1,8 %, potom 2013. je godine bilo 2,7% maloljetničkih porođaja, zatim 2014. brojka je iznosila 1,9%, a 2015. godine to je bilo 1,8% isto kao i 2011. i 2012. godine. Sljedećih pet godina, počevši od 2016. godine postotak porođaja maloljetnica iznosio je 2%, godine 2017. bilo je 1,9% maloljetničkih porođaja, a 2018. postotak je iznosio 1,1%. Posljednje dvije godine analiziranog perioda, odnosno 2019. godine bilo je 0,69%, a 2020. godine 1,4% porođaja maloljetnica, a sve to u odnosu na ukupan broj porođaja godišnje po navedenim godinama. Iz prethodnog možemo zaključiti kako je posljednje tri godine zabilježen pad broja maloljetničkih porođaja u navedenoj bolnici, što se može povezati sa većom dostupnošću informacija te većom i boljom edukacijom populacije, a što je rezultiralo smanjenjem broja maloljetničkih trudnoća i porođaja. Maloljetničke trudnoće i porođaji povećavaju rizik za kasniji međugeneracijski prijenos maloljetničkih trudnoća, porođaja, nesređenih obiteljskih situacija, napuštanja školovanja i slično. Veliki se naglasak stavlja na čitavo društvo čija je uloga važna u edukaciji mladeži po pitanju reproduktivnog zdravlja, identificiranju mladih kod kojih postoji rizik od maloljetničkih trudnoća i porođaja te pružanju potpore takvim trudnicama pomoću intervencija temeljenih na dokazima. Vrlo je bitno uzeti u obzir socijalni kontekst i karakteristike obitelji kod kojih postoji rizik od ranog stupanja u spolne odnose te maloljetničke trudnoće i porođaja. Što znači da je uz primarnu prevenciju bitno i rano otkrivanje maloljetnih trudnica kako bi se prevenirale eventualne komplikacije. Smanjeni se broj maloljetničkih trudnoća može povezati sa aktivacijom i pozitivnom učinkovitošću spolnog i zdravstvenog odgoja te na koncu primjenom zaštitnih sredstava za sprječavanje neželjene trudnoće i porođaja kod mladih djevojaka.

7. SAŽETAK I KLJUČNE RIJEČI NA HRVATSKOM JEZIKU

Edukacija mladeži je od neprocjenjive važnosti vezano uz sprječavanje neželjenog začeća, trudnoće i porođaja. Iako je posljednjih nekoliko godina u Republici Hrvatskoj zabilježen smanjen broj maloljetničkih trudnoća i porođaja, još su uvijek prisutni u određenoj mjeri. Cilj ovoga istraživanja je bio ispitati učestalost porođaja kod trudnica mlađih od 18 godina u Općoj županijskoj bolnici Našice u periodu od 2010. - 2020. godine. Tim je retrospektivnim istraživanjem analizirana medicinska dokumentacija prilikom koje je otkriven podatak o ukupnom broju od 84 maloljetne roditelje koje su se porodile na Odjelu ginekologije i opstetricije Opće županijske bolnice u Našicama. Najveći broj maloljetnih roditelja prilikom istraživanog perioda imalo je prebivalište na selu njih 76,2%, u radnom odnosu nije bilo 66,7% maloljetnih roditelja. Također najveći broj maloljetnih roditelja nije bilo u bračnom odnosu i to njih 67,9%, a najviše ih je redovito kontroliralo svoju trudnoću što iznosi također 67,9%. Manji broj roditelja je kao mjesto prebivališta navelo grad, njih 23,8%, neredovito je kontroliralo trudnoću 20,2% maloljetnih roditelja, školu je pohađalo 32,1%, a isti postotak njih je bilo u bračnom odnosu. Samo jedna roditelja bila je u radnom odnosu što iznosi 1,2%, a najmanji je bio broj onih roditelja koje nisu kontrolirale trudnoću, odnosno 11,9%. Svi navedeni postoci odnose se na ukupan broj porođaja maloljetnica u istraživanom periodu. Uzevši u obzir godine života, veća je učestalost porođaja bila kod trudnica u dobi od 16-18 godina, nego kod onih koje su mlađe od 16 godina. Hipoteza nije potvrđena jedino u slučaju provođenja redovitih kontrolnih pregleda u trudnoći, gdje je najveći broj roditelja kontrolirao trudnoću, a hipoteza je postavljena upravo suprotno kako će biti najveći broj onih roditelja koje trudnoću nisu kontrolirale. Zadnje tri godine analiziranog perioda zabilježen je pad broja maloljetničkih porođaja u odnosu na prethodne godine, što se može povezati sa većom aktivacijom društva po pitanju edukacije o reproduktivnom zdravlju i odgovornom spolnom ponašanju.

Ključne riječi: maloljetnička trudnoća i porođaj, edukacija, reproduktivno zdravlje, Opća županijska bolnica Našice

SUMMARY

Adolescent education has invaluable importance related to unwanted conception, unwanted pregnancy, and childbirth prevention. Although the number of registered adolescent pregnancies and childbirths was reduced in the last few years in the Republic of Croatia, it is still present to at some extent. This research has aimed to examine the incidence of childbirth for pregnant women younger than 18 years old in General County Hospital Našice, in a period from 2010 until 2020. This retrospective research contains medical files, and it reveals the information that the total number of adolescent pregnant women who gave birth at the Department of Obstetrics and Gynecology in General County Hospital Našice is 84. During the research, most adolescent future mothers have had a residency in villages 76.2%, did not have marital status 67.9%, and 66.7% did not have a job, but 67.9% of them regularly monitored their pregnancy. A small number of adolescent future mothers, 23.8% of them, specified city as their residency place, 20.2% of them did not control their pregnancy, 32.1% did not attend school, and the same percent of them had marital status. Only one adolescent mother (1.2%) had a job and a small number of adolescent future mothers, 11.9% of them, did not control their pregnancy. All percentages refer to the total number of births of adolescent in the researched period. When it comes to age, the rate of adolescent childbirths was more often for teenagers from 16 to 18 years old than for adolescents under 16 years old. The hypothesis has not been confirmed only in the case of the implementation of regular pregnancy check-ups, where a great number of future mothers monitored their pregnancy. The research hypothesized opposite that a great number of adolescent mothers did not monitor their pregnancy. In the last three years, analyses registered a decrease in adolescent childbirths compared to previous years what can be related to social inclusion in matters of reproductive health and responsible sexual behavior.

Keywords: adolescent pregnancy and childbirth, education, reproductive health, General County Hospital Našice

8. LITERATURA

1. Mardešić D. Pedijatrija. Zagreb: Školska knjiga; 2005.
2. Mačić I, Ilić R. Pedijatrija sa zdravstvenom njegom djeteta. Zagreb: Školska knjiga; 2009.
3. Poliklinika za zaštitu djece i mladih grada Zagreba. Spolni razvoj djeteta. Internet. 2010. Veljača. Dostupno na: <https://www.poliklinika-djeca.hr/publikacije/spolni-razvoj-djeteta/>
4. Beck- Dvoržak M, Grubić M. Medicinska psihologija djeteta. U: Mardešić D i suradnici. Pedijatrija. Zagreb: Školska knjiga; 2003. 47- 67
5. Dabo J. Pubertet i adolescencija. Narodni zdravstveni list. Dostupno na: <http://www.zzjzpgz.hr/nzl/35/pubertet.htm>
6. Dumić M, Mardešić D. Rast i razvoj. U: Mardešić D i suradnici. Pedijatrija. Zagreb: Školska knjiga; 2003. 25- 46
7. Trubelja M, Sambolec M. Spolno ponašanje adolescenata: usporedba adolescenata drugih i četvrtih razreda strukovne škole i gimnazije. Sestrinski glasnik. 2018; 23 (1): 18- 22. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/198922>
8. Rajhvajn Bulat L. Okolinske i osobne odrednice seksualnog ponašanja adolescentica. (Doktorska disertacija). Filozofski fakultet, Zagreb, 2011.
9. Ninčević M. Izgradnja adolescentskog identiteta u današnje vrijeme. Pregledni članak. 2009; 11: 119- 141
10. Mrnjajus K. Vrijednovanje programa spolnog odgoja s pedagoškog stajališta. Filozofski fakultet u Rijeci. Pregledni članak. 2014. 293- 320
11. Petani R, Vulin A. Spolno ponašanje adolescenata, njihova informiranost I mišljenje o seksualnosti. Izvorni znanstveni članak. 2018; 15/1: 35- 58
12. Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. Ljudska seksualnost. Jastrebarsko: Naknada slap; 2006.
13. Mandić S, Radić Bursać S. Seksualna ponašanja u virtualnom okruženju. Zagreb: Agencija za elektroničke medije i UNICEF; 2020.
14. Ventriglio A, Bhugra D. Sexuality in the 21st Century: Sexual Fluidity. East Asian Arch Psychiatry. 2019; 29 (1): 30- 34.
15. Mušanović M, Lukaš M. Osnove pedagogije. Rijeka: Hrvatsko futurološko društvo; 2011.

16. Baloban S. Poteškoće u spolnom odgoju mladeži. Izlaganje na znanstvenom skupu. Zagreb. 1998; 641: 37.1
17. Bulić M. Spolni odgoj u školi. Stručni članak. 2011; 613.88: 372
18. Bilton I. Sex education around the world: how were you taught? Study international. 2017. Dostupno na: <https://www.studyinternational.com/news/sex-education/>
19. Rutgers. Yes I Do - Sex education in Indonesia: like walking a tightrope. For sexual and reproductive health and rights. Dostupno na: <https://www.rutgers.international/programmes/yes-i-do/stories-change/yes-i-do-sex-education-indonesia-walking-tightrope>
20. Baloban S. Poteškoće u spolnom odgoju mladeži. Bogoslovska smotra. 1998; 68: 1-2.
Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=50476
21. Nacionalni centar za vanjsko vrednovanje obrazovanja. Izvještaj o vanjskom vrednovanju provedbe zdravstvenog odgoja školske godine 2012./2013. i 2013./2014. Zagreb. Internet. 2014. Srpanj. Dostupno na: http://dokumenti.ncvvo.hr/Dokumenti_centra/ZOO/Izvjestaj_zoo2.pdf
22. Volarević M. Ideološki predznaci programa spolnog odgoja. Riječki teološki časopis. 2014; 44 (2): 339- 358. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=197401
23. Habek D. Porodništvo i ginekologija. Zagreb: Školska knjiga; 2009.
24. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Spolno prenosive bolesti u Europi i Hrvatskoj: epidemiologija i zaštita. 2017.
25. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Neki pokazatelji rizičnih ponašanja za krvlju i spolno prenosive infekcije u Hrvatskoj. 2019.
26. Topalović Z. Važnost prevencije spolno prenosivih bolesti. Medicus. 2003; 12: 2. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=32397
27. Aleraj B. Epidemiološke osobine spolno prenosivih bolesti u Hrvatskoj. Medicus. 2003; 12: 2.
28. Chelsea LS, Klausner JD. The growing epidemic of sexually transmitted infections in adolescents: a neglected population. Curr Opin Pediatr. 2018; 30 (1): 137- 143.
29. Rabitte M, Enriquez M. The Role of Policy on Sexual Health Education in Schools: Review. J Sch Nurs. 2019; 35 (1): 27- 38.

30. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Ponašanje u vezi sa zdravljem djece školske dobi 2009/2010. Djeca i mladi u društvenom okruženju. 2012.
31. Hrvatska udruga protiv Hiv- ai virusnog hepatitisa. Volim zdravlje kampanja. Internet. 2020. Rujan. Dostupno na: <https://huhiv.hr/volim-zdravlje-kampanja/>
32. Vela Vrabec N. Seksualnost. Narodni zdravstveni list. Dostupno na: <https://www.zzjzpgz.hr/nzl/69/seksualnost.htm>
33. Ashcraft AM, Murray PJ. Talking to Parents About Adolescent Sexuality. *Pediatr ClinNorth Am.* 2017; 64 (2): 305- 320.
34. Habek D. Ginekologija i porodništvo. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.
35. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Svjetski dan kontracepcije, 2018. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/sluzba-promicanje-zdravlja/svjetski-dan-kontracepcije/>
36. World Health Organization. Family planning/ contraception methods, 2020. Dostupno na: World Health Organization. Family planning/ contraception methods.
37. World Health Organization. Contraception. Human reproduction programme, 2019. Dostupno na: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329884/WHO-RHR-19.18-eng.pdf?ua=1>
38. Family planning. A global handbook for providers, 2018. Dostupno na: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705-eng.pdf?sequence=1>
39. Graffikin L, Engelman R. Family planning as a contributor to environmental sustainability: weighing the evidence. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2018; 30 (6): 425- 431.
40. Jensen JT. Why family planning matters. *Rev Endocr Metab Disord.* 2011; 12 (2): 55- 62.
41. Pecigoš – Kljuković K. Zdravstvena njega trudnice, roditelje i babinjače. Zagreb: Školska knjiga; 2005.
42. Škrablin S. Fiziološke promjene u tijelu trudnice- prilagodba na trudnoću. U: Kuvačić I, Kurjak A, Đelmiš J i suradnici. *Porodništvo.* Zagreb: Medicinska naklada; 2009. 63- 68
43. Blajić J. Rana dijagnoza trudnoće. U: Kuvačić I, Kurjak A, Đelmiš J i suradnici. *Porodništvo.* Zagreb: Medicinska naklada; 2009. 75- 77
44. World Health Organization. Adolescent pregnancy, 2020. Dostupno na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

45. Mikulandra F. Trudnoća u mlade i stare žene. U: Dražančić A, Grizelj V, Kuvačić I, Latin – Milković V. Porodništvo. Zagreb: Školska knjiga; 1999. 302 – 305
46. Petö-Kujundžić L. Dijete kao svjedok. Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i praksu. Stručni članak. 2004; 11: 111- 118
47. Leftwich HK, Ortega Alves MV. Adolescent Pregnancy. *Pediatr Clin North Am.* 2017; 64 (2): 381- 388.
48. United Nations Population Fund. Adolescent pregnancy, 2017. Dostupno na: <https://www.unfpa.org/adolescent-pregnancy>
49. Cartes RM, González Araya E. Teenage pregnancy. *Endocr Dev.* 2012; 22: 302- 31.
50. Black C, DeBlassie RR. Adolescent pregnancy: contributing factors, consequences, treatment, and plausible solutions. *Adolescence.* 1985; 20 (78): 281- 90.
51. Portal o rodu, spolu i demokraciji, Libela. Dostupno na: https://www.libela.org/attach/_m/malolj_trudnoce-1.pdf
52. Portal za maloljetne trudnice, Mama je mama. Dostupno na: <https://www.maloljetni-roditelji.net/kako-s-djecom-razgovarati-o-seksualnosti-i-reproduktivnom-zdravlju/>
53. Varžić N. Sestrinska skrb u zajednici kod maloljetničke trudnoće (završni rad). Sveučilište Sjever, Varaždin, 2015.
54. Paranjothy S, Broughton H, Adappa R, Fone D. Teenage pregnancy: who suffers? *Arch Dis Child.* 2009; 94 (3): 239- 45.
55. Marino JL, Lewis LN, Bateson D, Hickey M, Skinner SR. Teenage mothers. *Aust Fam Physician.* 2016; 45 (10): 712- 717.
56. Vargas G, Borus J, Charlton BM. Teenage pregnancy prevention: the role of young men. *Curr Opin Pediatr.* 2017; 29 (4): 393- 398.
57. Guttmacher Institute. Adolescent Pregnancy and Its Outcomes Across Countries, 2015. Dostupno na: <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/adolescent-pregnancy-and-its-outcomes-across-countries#>
58. World Health Organization. Adolescent pregnancy. Human reproduction programme, 2019. Dostupno na: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329883/WHO-RHR-19.15-eng.pdf?ua=1>

59. World Health Organization. Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes Among Adolescents in Developing Countries, 2011. Dostupno na: https://www.who.int/immunization/hpv/target/preventing_early_pregnancy_and_poor_reproductive_outcomes_who_2006.pdf
60. Department of Reproductive Health and Research including UNDP-UNFPA-UNICEF-WHO-World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (HRP). Human reproduction programme, 2018- 2019. Dostupno na: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259694/WHO-RHR-HRP-17.19-eng.pdf?sequence=1>
61. Fernandes de Azevedo W, Baffi Diniz M, Borges Fonseca ESV, Ricarte de Azevedo LM, Braz Evangelista C. Complications in adolescent pregnancy: systematic review of the literature. *Einstein (Sao Paulo)*. 2015; 13(4): 618- 26.
62. Goossens G, Kadji C, Delvenne K. Teenage pregnancy: a psychopathological risk for mothers and babies? *Psychiatr Danub*. 2015; 27 (1): 499- 503.
63. Loredó-Abdalá A, Vargas- Campuzano E, Casas-Muñoz A, González-Corona J, Gutiérrez-Leyva CJ. [Adolescent pregnancy: its causes and repercussions in the dyad]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2017; 55 (2): 223- 229.
64. Bałanda-Bałdyga A, Pilewska-Kozak AB, Łepecka-Klusek C, Stadnicka G, Dobrowolska B. Attitudes of Teenage Mothers towards Pregnancy and Childbirth. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17 (4): 1411.
65. Amongin D, Nakimuli A, Hanson C, Nakafeero M, Kaharuza F, Atuyambe L, Benova L. Time trends in and factors associated with repeat adolescent birth in Uganda: Analysis of six demographic and health surveys. *PloS One*. 2020; 15 (4): e0231557.
66. World Health Organization. The global health observatory, 2021. Dostupno na: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/3199>
67. Anderson CA, Connolly JP. A Model to Predict Birth Stress in Adolescents Within 72 Hours of Childbirth. *ANS Adv Nurs Sci*. 2018; 41 (3): 216- 229.
68. Unicef. Early childbearing, 2019. Dostupno na: <https://data.unicef.org/topic/child-health/adolescent-health/>

69. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Pobačaji u zdravstvenim ustanova u Hrvatskoj 2019. godine, 2020. Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2020/09/Bilten_POBACAJI_2019_030920.pdf
70. Ešegović I. Trudnoća u adolescentnoj dobi (završni rad). Sveučilište Sjever, Varaždin, 2016.
71. Mora-Cancino M, Hernández-Valencia V. [Teenage pregnancy]. *Ginecol Obstet Mex.* 2015; 83 (5). 294- 301.

9. PRILOZI

Prilozi: Popis ilustracija

Slike

Slika 1. Povijesni pregled razvoja spolnog odgoja u Hrvatskoj.....12

Tablice

Tablica 1. Životna dob maloljetnih roditelja.....31

Tablica 2. Bračni status maloljetnih roditelja.....31

Tablica 3. Mjesto stanovanja maloljetne roditelje.....32

Tablica 4. Zanimanje roditelje.....32

Tablica 5. Provođenje kontrolnih pregleda u trudnoći.....32

Tablica 6. Broj porođaja maloljetnica tijekom ispitivanih godina.....33

Tablica 7. Broj prethodnih porođaja maloljetnica.....34

Tablica 8. Broj abortusa.....35

Tablica 9. Način dovršenja porođaja.....35

Tablica 10. Spol djeteta maloljetne roditelje.....35

Tablica 11. Raspon porođajne mase djece od 2010. – 2020.....36

10. KRATKI ŽIVOTOPIS PRISTUPNIKA

Osobni podaci

Ime i prezime: Maja Dernaj

Adresa: Razbojište, Braće Radića 40, 31433 Podgorač

E-mail: majadernaj@gmail.com

Datum i mjesto rođenja: 01.05.1994., Našice

Obrazovanje

2019.- 2021. Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija, Diplomski sveučilišni studij Primaljstvo

2018.- 2019. Filozofski fakultet Osijek, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, program Pedagoško- psihološko- didaktičko- metodičke izobrazbe (06. ožujka 2019)

2014. - 2017. Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, Primaljstvo; Sveučilišna prvostupnica primaljstva (04. srpnja 2017.)

23. veljače 2015. Položen stručni ispit nakon uspješno završenog pripravničkog staža za primalje- pripravnice

2009. - 2013. Medicinska škola Osijek, Primalja - asistentica

2001. - 2009. Osnovna škola Hinka Juhna Podgorač

Radno iskustvo

2013. - 2014. Pripravnički staž, Primalja- asistentica, Opća županijska bolnica Našice

20.07.2017.- 23.05.2018. zaposlena u KB Merkur na radno mjesto primalje prvostupnice

Od 23.05. 2018. zaposlena u stalnom radnom odnosu u Općoj županijskoj bolnici Našice kao primalja prvostupnica

Dodatne informacije

Rad na računalu: Aktivno koristim računalo, poznavanje rada u Microsoft Office paketu

Strani jezici: Engleski jezik - aktivno u govoru i pisanju

Posjedujem izrazito dobre komunikacijske vještine.

