

Učestalost maloljetničkih porođaja od 2017. do 2022. godine u Županijskoj bolnici Čakovec

Baniček Novak, Zrinka

Master's thesis / Diplomski rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:174186>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-13**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)



zir.nsk.hr



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI



**Sveučilište
Sjever**

Diplomski rad br. 238/SSD/2023

**Učestalost maloljetničkih porođaja od 2017. do 2022.
godine u Županijskoj bolnici Čakovec**

Zrinka Baniček Novak, 0609/336

Varaždin, kolovoz 2023. godine



Sveučilište Sjever

Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo - menadžment u sestrinstvu

Diplomski rad br. 238/SSD/2023

Učestalost maloljetničkih porođaja od 2017. do 2022. godine u Županijskoj bolnici Čakovec

Student

Zrinka Baniček Novak, 0609/336

Mentor

doc. prim. dr.sc Hrvojka Soljačić Vraneš, dr. med.

Varaždin, kolovoz 2023. godine

Prijava diplomskog rada

Definiranje teme diplomskog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
STUDIJ	diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo – menadžment u sestrinstvu		
PRISTUPNIK	Zrinka Baniček Novak	NATIČNI BROJ	0609/336
DATUM	5.05.2023.	KOLEGIJ	Demografija i pronatalitetne mjere
NASLOV RADA	Učestalost maloljetničkih porođaja od 2017. do 2022. godine u županijskoj bolnici Čakovec		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Frequency of underage childbirth from 2017. to 2022.in County Hospital Čakovec		

MENTOR	doc. dr.sc Hrvojka Soljatić Vraneš	ZVANJE	docent
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. izv.prof.dr.sc. Rosana Ribić, predsjednica		
	2. doc.dr.sc. Hrvojka Soljatić Vraneš, mentorica		
	3. doc.dr.sc. Ivana Živoder, član		
	4. doc.dr.sc. Sonja Obranić, zamjenski član		
	5.		

Zadatak diplomskog rada

BROJ	238/SSD/2023
OPIS	<p>Trudnoća je fiziološki proces razvoja fetusa u tijelu majke, kao i potpuno novo fiziološko stanje ženinog organizma koje prate brojne anatomske i funkcionalne promjene te može predstavljati veliki preokret u životu žene, osobito ukoliko se ona događa djevojci mlađoj od 18 godina. Preuranjeni spolni odnosi u adolescenciji najvažniji su čimbenik visoke stope maloljetničkih trudnoća što potvrđuju i rezultati brojnih istraživanja, pa je tako prosječna dob mladih osoba u Hrvatskoj koje stupaju u spolne odnose između 16 i 17 godina. Maloljetničke trudnoće nerijetko su neplanirane i nekontrolirane te shodno tome zahtijevaju posebnu brigu i skrb. Osim preuranjenih spolnih odnosa često je prisutan pritisak obitelji i društva za sklapanje braka, kao i razni oblici nasilničkog ponašanja što u konačnici rezultira napuštanjem škole i nedostatkom obrazovanja. Shodno navedenom problemu i rizicima svakako je neizostavna podrška obitelji, zajednice i partnera te razvoj novih strateških i edukacijskih programa, kao i uključivanje brojnih organizacija i institucija za podršku, razvoj i savjetovanje mladih.</p> <p>U ovom diplomskom radu cilj je bio ispitati učestalost porođaja kod trudnica mlađih od 18 godina u županijskoj bolnici Čakovec u periodu od 2017. - 2022. godine u Službi za ginekologiju,porodništvo i neonatologiju, temeljem statističkih podataka iz medicinske dokumentacije u Bolničkom informacijskom sustavu (BIS) i rađaonskom protokolu.</p>

ZADATAK URUČEN 18. 05. 2023.,



Predgovor

Zahvaljujem se mentorici doc. prim. dr.sc Hrvojkici Soljačić Vraneš, dr. med. na izdvojenom vremenu, pomoći i savjetima tijekom pisanja diplomskog rada. Ujedno se zahvaljujem svim kolegicama sa Odjela neonatologije Županijske bolnice Čakovec, na razumijevanju, podršci i pomoći tijekom studiranja.

Veliko hvala mojim roditeljima i obitelji, posebice suprugu Hrvoju i kćerkici Mili na bezuvjetnoj ljubavi i velikoj podršci koju su mi pružili tijekom studiranja.

Sažetak

Trudnoća je fiziološki proces razvoja fetusa u tijelu majke, kao i potpuno novo fiziološko stanje ženinog organizma koje prate brojne anatomske i funkcionalne promjene te može predstavljati veliki preokret u životu žene, osobito ukoliko se ona događa djevojci mlađoj od 18 godina. Preuranjeni spolni odnosi u adolescenciji najvažniji su čimbenik visoke stope maloljetničkih trudnoća što potvrđuju i rezultati brojnih istraživanja, pa je tako prosječna dob mladih osoba u Hrvatskoj koje stupaju u spolne odnose između 16 i 17 godina. Maloljetničke trudnoće nerijetko su neplanirane i nekontrolirane te shodno tome zahtijevaju posebnu brigu i skrb. Osim preuranjenih spolnih odnosa često je prisutan pritisak obitelji i društva za sklapanje braka, kao i razni oblici nasilničkog ponašanja što u konačnici rezultira napuštanjem škole i nedostatkom obrazovanja. Shodno navedenom problemu i rizicima svakako je neizostavna podrška obitelji, zajednice i partnera te razvoj novih strateških i edukacijskih programa, kao i uključivanje brojnih organizacija i institucija za podršku, razvoj i savjetovanje mladih.

Ključne riječi: maloljetnička trudnoća, adolescencija, obitelj

Abstract

Pregnancy is the physiological process of the development of the fetus in the mother's body, as well as a completely new physiological state of the woman's organism, which is accompanied by numerous anatomical and functional changes, and can represent a major turning point in a woman's life, especially if it happens to a girl under 18 years old. Premature sexual relations in adolescence are the most important factor in the high rate of underage pregnancies, which is confirmed by the results of numerous studies, so the average age of young people in Croatia who enter into sexual relations is between 16 and 17 years old. Adolescent pregnancies are often unplanned and uncontrolled and, accordingly, require special care and attention. In addition to premature sexual relations, there is often pressure from family and society to get married, as well as various forms of violent behavior, which ultimately results in dropping out of school and lack of education. In accordance with the mentioned problem and risks, the support of family, community and partners and the development of new strategic and educational programs, as well as the involvement of numerous organizations and institutions for the support, development and counseling of young people, are certainly indispensable.

Key words: adolescent pregnancy, adolescence, family

Popis korištenih kratica

UNICEF Fond Ujedinjenih naroda za djecu

SRZ Spolno i reproduktivno zdravlje

LARC Reverzibilna kontracepcijska metoda

LBW Niska porođajna težina

ŽBČ Županijska bolnica Čakovec

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Rast i razvojna psihologija.....	3
3. Adolescencija.....	5
3.1. Socioemocionalni razvoj adolescenata.....	6
3.2. Faze adolescencije.....	6
3.2.1. Rana adolescencija.....	6
3.2.2. Srednja adolescencija.....	7
3.2.3. Kasna adolescencija.....	7
4. Reproktivno zdravlje adolescentica i adolescenata.....	8
4.1. Nasilje nad adolescenticama i mladim ženama.....	9
4.2. Adolescenti i mediji.....	9
5. Trudnoća u adolescenciji.....	11
5.1. Seksualni odnosi u adolescenciji.....	11
5.2. Prevencija trudnoće.....	12
5.3. Kontracepcija.....	12
6. Zakonodavni okvir.....	14
6.1. Kazneno zakonodavstvo.....	15
7. Spolni odgoj.....	16
8. Obiteljski odnosi u adolescenciji.....	18
8.1. Stilovi roditeljstva.....	19
9. Čimbenici maloljetničkih trudnoća.....	20
9.1. Socio – ekonomski status obitelji.....	21
9.2. Obrazovanje i pravni okvir.....	21
9.2.1. Osnovno školsko obrazovanje pripadnika romske nacionalne manjine.....	22
9.3. Nasilnički odnosi u obitelji.....	23
9.4. Konzumacija duhanskih proizvoda.....	23
10. Štetni ishodi maloljetničkih trudnoća.....	24
10.1. Preeklampsija u tinejdžerskoj trudnoći.....	24
10.2. Anemija u maloljetničkoj trudnoći.....	25

10.3. Neonatalne komplikacije maloljetničke trudnoće	25
10.4. Prekid trudnoće	26
11. Podrška i pomoć maloljetnim trudnicama i majkama.....	27
11.1. Udomiteljstvo trudnica.....	27
12. Istraživanje: učestalost maloljetničkih porođaja od 2017. do 2022. godine u Županijskoj bolnici Čakovec	28
12.1. Opći podaci o Međimurskoj županiji.....	28
12.2. Uvod u statističku analizu	29
12.3. Deskriptivna statistička analiza	30
12.4. Inferencijalna statistička analiza	39
12.5. Zaključci u vezi hipoteza.....	42
13. Rasprava.....	44
14. Prijedlog javnozdravstvene kampanje za seksualno zdravlje adolescenata: „Volim sebe, brinem o sebi“.....	46
15. Zaključak	49
16. Literatura.....	51
Popis slika, tablica i grafikona	56

1. Uvod

Prema Dječjem fondu Ujedinjenih naroda (UNICEF), maloljetnička trudnoća definirana je kao trudnoća djevojčica u dobi od 13 do 19 godina. Godišnje zatrudni približno 21 milijun djevojaka u dobi od 15-19 godina u razvijenim zemljama. Otprilike polovica tih trudnoća bila je neželjena, a više od polovice završilo je pobačajem, često u nesigurnim uvjetima (1).

Maloljetnička trudnoća svakako bi trebala biti jedno od glavnih pitanja u svakom zdravstvenom sustavu jer rana trudnoća može imati štetne i dugotrajne komplikacije i posljedice na fizički, psihički, ekonomski i društveni status maloljetnica (2).

Uz već navedene probleme bitno je naglasiti da maloljetničke trudnoće imaju negativan učinak na buduće mogućnosti financijskog prihoda, a što dovodi do siromaštva (3).

Čimbenici koji doprinose maloljetničkoj trudnoći su višestruki i složeni, a kategorizirani su kao socio-demografski, obiteljski i kulturni. Različite publikacije su izvijestile da čimbenici povezani s maloljetničkom trudnoćom uključuju život u ruralnim područjima, nepohađanje škole, rani ulazak u brak, nedostatak komunikacije između roditelja i adolescenata o pitanjima seksualnog i reproduktivnog zdravlja (SRZ), obrazovni status i obiteljska povijest maloljetničke trudnoće(4).

Društvene i zdravstvene posljedice maloljetničke trudnoće uključuju povećanu izloženost obiteljskom nasilju, poremećaje vezane uz mentalno zdravlje, spolno prenosive bolesti, financijski stres i siromaštvo. Iako su majke adolescentice često motivirane učiniti najbolje za svoju djecu i nastaviti s njihovim razvojem kao roditelji i u odrasloj dobi, one mogu biti posebno ranjive osobito kada je u pitanju kršenje prava koje se odnose na zdravstvenu skrb i obrazovanje(5).

Navedene čimbenike možemo povezati s razlozima učestalih maloljetničkih poroda u Međimurskoj županiji gdje kao takvi predstavljaju javnozdravstveni problem koji utječe na zdravlje i dobrobit mladih žena. Navedeni problem usko je vezan s velikim zdravstvenim i socijalnim problemima s jedinstvenim zdravstvenim i psihosocijalnim posljedicama za adolescente i društvo općenito. Osim navedenih čimbenika prisutne su poteškoće u djetinjstvu, nizak socioekonomski status, disfunkcionalni obiteljski odnosi, jednoroditeljska ili mješovita obiteljska struktura, loša prilagodba školi, adolescentna depresija te nisko samopoštovanje(6).

Također važno je naglasiti da maloljetnici najčešće stupaju u spolne odnose uz nekorisćenje učinkovite kontracepcije pri prvom spolnom odnosu što povećava rizik od neželjene trudnoće i pobačaja (7).

Maloljetnice nerijetko konzumiraju i duhanske proizvode tijekom trudnoće i nakon poroda što predstavlja velik rizik za majku i dijete. Pušenje tijekom trudnoće nosi stigmatu, tako da je manja vjerojatnost da će trudnice tražiti pomoć da prestanu pušiti(8).

Doba adolescencije za mlade predstavlja velike, pa čak i burne promjene uključujući i one mentalne i tjelesne. Mladi imaju drugačije poglede na svijet, drugačija razmišljanja i počinju na neki način graditi sebe, svoje stavove. Tako će u se u uvodnom djelu ovog diplomskog rada govoriti o važnoj fazi odrastanja, adolescenciji i njezinim fazama. Nadalje s ciljem smanjenja maloljetničkih trudnoća u radu se govori o spolnim odnosima koje nerijetko rezultiraju maloljetničkim trudnoćama , a sve zbog nedostatka edukacije i svjesnosti o mogućim štetnim posljedicama za zdravlje.

S obzirom na to da Međimurska županija bilježi znatan broj maloljetničkih poroda, cilj ovog diplomskog rada bio je ispitati učestalost porođaja kod trudnica mlađih od 18 godina u Županijskoj bolnici Čakovec u periodu od 2017. - 2022. godine u Službi za ginekologiju, porodništvo i neonatologiju, temeljem statističkih podataka iz medicinske dokumentacije u Bolničkom informacijskom sustavu (BIS) i rađaonskom protokolu. Shodno navedenom korištene su deskriptivne i inferencijalne statističke metode te je postavljeno pet hipoteza.

2. Rast i razvojna psihologija

Jedno od najvažnijih djetetovih obilježja je rast i razvoj. Često korištena definicija razvoja odnosi se na obrasce promjena tijekom vremena koje počinje začecem i nastavljaju se tijekom cijelog životnog vijeka. Razvoj se događa u različitim domenama, kao što su biološka (promjene u našem fizičkom biću) te ujedno ovaj aspekt razvoja podrazumijeva promjene u djetetovom tijelu kao što su visina i težina. Također uključuje razvoj mozga i učinak čimbenika kao što su nasljeđe, hormoni i prehrana. Svakako važan čimbenik tjelesnog razvoja djeteta je njegov motorički razvoj koji se odnosi na postupni razvoj u pogledu pokreta tijela (sjedenje, puzanje, hodanje, hvatanje), društvena domena (promjene društvenim odnosima). Sljedeća domena razvoja pripada kognitivnom razvoju (promjene u našim misaonim procesima). Kognicija se odnosi na to kako stječemo informacije o svijetu pomoću naših osjetila, kako obrađujemo i tumačimo takve informacije i kako pohranjujemo, dohvaćamo i koristimo to znanje za usmjeravanje našeg ponašanja. Stoga ono uključuje percepciju, učenje, pamćenje, razmišljanje, donošenje odluka, maštu, kreativnost, jezik i inteligenciju. Nadalje dijete razvojem razvija osobnost kao ukupnost čovjekovih psihičkih, društvenih, moralnih i fizičkih karakteristika. Važno je napomenuti da je osobnost jedinstvena i svako dijete je individua. Razvoj djetetovog identiteta važan je jer će mu dati samopouzdanje da zapravo zna tko je on ili ona. Osim navedenih domena valja spomenuti emocionalnu (promjene u emocionalnom razumijevanju i iskustvima) način na koji osoba kontrolira i izražava svoje emocije i neizostavni društveni razvoj koji uključuje razvoj pojedinca i interakcije s drugim ljudima. Socijalni razvoj uključuje aspekte kao što su razvoj privrženosti između skrbnika i djeteta, širenje međuljudskih odnosa, modeliranje ponašanja i razvoj među spolovima. Posebno važan aspekt društvenog razvoja je moralni razvoj, a uključuje stavove pojedinaca o tome što je ispravno, a što pogrešno, kao i razvoj načina na koji se odnose moralne prosudbe. Neki razvojni psiholozi preferiraju ograničiti pojam razvoja samo na promjene koje dovode do kvalitativne reorganizacije u strukturi ponašanja, vještina ili sposobnosti. Razvojna psihologija životnog vijeka je područje psihologije koje uključuje ispitivanje postojanosti i promjene u ljudskom ponašanju kroz cijeli životni vijek tj. od začeca do smrti. Tablica 2.1. u nastavku prikazuje dobna razdoblja na koja se tipično dijeli dječji razvoj. Razvojni psiholozi bave se različitim pitanjima od razvoja motoričkih vještina kod dojenčadi do dobitaka i gubitaka uočenih u intelektualnom funkcioniranju starijih osoba (9) (10)

Period	From – to
Prenatal period	Conception to birth
Infancy and toddlerhood	Birth – 2 years
Early childhood	2-6 years
Middle childhood	6-11 years
Adolescence	11-18 years
Early adulthood	18-25 years

Tablica 2.1. Dobna razdoblja djetetovog razvoja

Izvor: Keenan T, Evans S, Crowley K. An Introduction to Child Development. SAGE; 2016. 457 p.

Iako je razvoj djeteta kontinuirani proces, korisno ga je podijeliti u faze koristeći se karakteristikama i vještinama koje su istraživanja pokazala da većina pojedinaca razvija tijekom svake pojedine faze. Postoje nekoliko prednosti ovog etapnog pristupa, primjerice dobar je pokazatelj spremnosti djece za pohađanje škole, kao i dopuštenje da sami donose odluke o važnim stvarima. Ujedno dobar je pokazatelj o tome je li razvoj djeteta ispod ili iznad prosjeka. Određene granice između faza mogu se jasno povući i kao takve su općeprihvaćene. Dakle, rođenje je jasna i općeprihvaćena granica između prenatalne faze (kada je dijete još u maternici) i postnatalne faze (razdoblje nakon rođenja). Bez obzira na postavljene granice uvijek treba uzeti u obzir individualne i kulturološke razlike (10).

3. Adolescencija

Charles Dickens: „adolescencija je razdoblje života, ona je najgore razdoblje života, ona je mudrost, ona je doba ludosti.“

Adolescencija lat. „adolescere“ označava rast prema zrelosti, a prvi put se spominje davne 1904. godine. Predstavlja životnu fazu između djetinjstva i odrasle dobi te uključuje elemente biološkog rasta i značajne promjene u društvenim ulogama. Vjerojatno je da razdoblje prijelaza iz djetinjstva u odraslu dob sada zauzima veći dio životnog ciklusa nego ikad prije jer društvene sile bez presedana, uključujući marketing i digitalne medije, utječu na zdravlje i dobrobit tijekom ovih godina (11) (12).

Adolescencija može biti frustrirajuća, kognitivni, fizički i društveni razvoj može biti bolan, traumatičan, neugodan i nezadovoljavajući. Iako ovo može biti burno vrijeme, to je također vrijeme velikog potencijala jer mladi ljudi razvijaju različite i složenije odnose. Početak razvoja adolescenata donosi nove ranjivosti, ponekad uključujući kršenja ljudskih prava, posebno u područjima seksualnosti, braka i rađanja, budući da mnogi mladi ljudi ulaze u nove romantične i seksualne odnose i izloženi su neplaniranoj trudnoći i spolno prenosivim infekcijama. Adolescenti se stoga suočavaju s nizom zdravstvenih i društvenih problema dok posreduju u biološkoj i društvenoj tranziciji u punoljetnost (13).

Adolescencija najčešće počinje između 11. i 13. godine s pojavom sekundarnih spolnih obilježja i traje do 18.- 20. godine, kada završava razvoj odraslog čovjeka. Takvo razdoblje obilježeno je mnogim tjelesnim, emocionalnim i osobnim promjenama. Enciklopedija Britannica navodi da je adolescencija razdoblje života između 12. i 20. godine obilježeno fiziološkim promjenama, razvojem osobne seksualnosti, naporima u izgradnji identiteta te prijelazom s konkretnog na apstraktno razmišljanje (14).

Ovo razvojno razdoblje također je pod utjecajem oslobađanja hormona koji pokreću proces spolnog sazrijevanja, što dovodi do mnoštva fizičkih i bioloških promjena uključujući povećani rast i brzinu metabolizma, promjene u mišićima, razvoju grudi i genitalija te izgledu sekundarnih spolnih karakteristika. Usporedo s obrazovanjem i profesionalnim uspjehom, u tom se razdoblju dijete ovisno o roditeljima pretvara u relativno samostalnu mladu odraslu osobu koja je odgovornija za svoje ponašanje i postupke (15). O važnosti ove teme govore mnogi znanstveni i stručni časopisi s više od 500.000 objavljenih članaka uz brojne objavljene studije i teorije koje prikladno predstavljaju ovu životnu fazu (16).

Uz pojam adolescencija spominje se i pojam pubertet koji označava tjelesno sazrijevanje, uključujući i seksualno sazrijevanje te ujedno predstavlja zadnju fazu djetinjstva. U ovoj fazi tinejdžeri puno vremena provode zajedno, kako u školi tako i u slobodno vrijeme te razgovaraju o različitim temama i na neki način stvaraju definiciju sebe. Također u tom razdoblju stvaraju se karakteristične grupe s ciljem što lakšeg pronalaska vlastitog identiteta što adolescentu omogućava stjecanje samopouzdanja i razvoja vrijednosti (17).

3.1. Socioemocionalni razvoj adolescenata

Vršnjački odnosi predstavljaju glavni razvojni kontekst adolescenata. Vršnjaci predstavljaju instancu definiranja identiteta i određuju norme prihvatljivih i cijenjenih osobina, ponašanja i stavova, predstavljaju društveni model koji omogućuje i ograničava mogućnosti socijalno-emocionalnog razvoja adolescenata. Tijekom adolescencije česte su promjene u načinu na koji dijete komunicira s obitelji, prijateljima i vršnjacima. Socijalni i emocionalni razvoj svakog djeteta je drugačiji. Razvoj djeteta oblikovan je jedinstvenom kombinacijom gena, razvoja mozga, okoline, iskustava s obitelji i prijateljima te zajednice i kulture. Društvene i emocionalne promjene pokazuju da dijete formira neovisan identitet i uči biti odrasla osoba. Mnogi misle da je adolescencija uvijek teško razdoblje te da su svi tinejdžeri lošeg raspoloženja i ponašaju se izazovno. Neka istraživanja pokazuju da samo 5-15% tinejdžera prolazi kroz ekstremna emocionalna previranja, postaje buntovno ili ima velike sukobe s roditeljima. Društvene i emocionalne promjene dio su putovanja djeteta u odraslu dob. Unatoč navedenom roditelji imaju veliku ulogu u pomaganju svom djetetu da razvije odrasle emocije i društvene vještine.

3.2. Faze adolescencije

Adolescenciju možemo podijeliti na tri podfaze i to na ranu adolescenciju koju karakterizira razdoblje puberteta, što predstavlja dob između 10 i 14 godina, srednju adolescenciju koja je prisutna u dobi između 15 i 18 godina te kasnu adolescenciju koja obuhvaća dob između 19. i 22. godine.

3.2.1. Rana adolescencija

Ranu adolescenciju karakteriziraju prve fizičke promjene na tijelu adolescenata uz nove poglede na svijet koji se razlikuju od onih u djetinjstvu, razmišljajući općenito o načinu života, o smrti, prolaznosti vremena, a roditelje i sebe vide na drugi način uspoređujući ih s drugim odraslim osobama.

Nadalje u ovoj fazi zaokupljeni su istovjetnošću i razlikama te pažnju okreću na sebe, oslanjajući se na vlastite misli, reakcije i osjećaje. Važnost stavljaju na odnos s vršnjacima, pa se tako udružuju oni u ranom sazrijevanju te se distanciraju od drugih.

Rana adolescencija u djevojaka za razliku od dječaka počinje dvije godine ranije, pa tako je prosječna dob 10,5 godina, a u dječaka s 12,5 godina. Djevojčice su u ovoj fazi zrelije, tjelesno razvijenije što za pojedine predstavlja pritisak koji dovodi do preuranjene seksualnosti, zlouporabe droga te poremećaje u prehrani (18).

3.2.2. Srednja adolescencija

Tijekom srednje adolescencije zanimljive su interakcije sa suprotnim spolom, dok većina adolescenata do srednje adolescencije, prolazi kroz prvo partnersko iskustvo. Kontakti s partnerom su u velikom broju slučajeva najučestaliji, čak mnogo češće nego s roditeljima(19).

Adolescenti pozornost posvećuju ljudima izvan obitelji do te mjere da mogu ozlovoljavati roditelje koji sve teže podnose adolescentovu zaokupljenost sobom i njegovim društvenim angažmanima. Zbog unutarnjeg i vanjskog odvajanja od roditelja adolescent u ovoj fazi ostaje u stanju izoliranosti i usamljenosti. Adolescenti u ovoj fazi traže više slobode, pronalaze načine kako bi izbjegli posljedice nakon prekršenih pravila koje krše kako bi bili prihvaćeni u skupini. Osim toga faza uključuje pojavu rizičnih ponašanja kao što su konzumiranje alkoholnih i duhanskih proizvoda (20).

3.2.3. Kasna adolescencija

Za većinu adolescenata to je faza novih emocionalnih, a često i seksualnih iskustava. Djeca tu teže neovisnosti za koju često nisu još potpuno spremna. Adolescenti u ovoj fazi počinju na sebe gledati kao na osobe te se na neki način pronalaze u životu i traže svoje ideale, često se žele bolje i drugačije upoznati s odraslima koji pobuđuju njihovo divljenje (18). U ovoj fazi adolescenti su zreliji i stabilniji te imaju vlastiti identitet, postupaju u skladu s ciljevima, planiraju budućnost te grade samopoštovanje i samostalnost. Osim navedenog razvijaju intimne i bliske odnose, dok su im odnosi među vršnjacima i dalje važni.

4. Reproduktivno zdravlje adolescentica i adolescenata

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (WHO), spolno i reproduktivno zdravlje sastavni su aspekti cjelokupnog zdravlja, koji utječu na fizičko, mentalno i društveno blagostanje. Reproduktivno zdravlje obuhvaća normalne i abnormalne reproduktivne sustave, uključujući njihovu strukturu i funkciju, u svim fazama života. Unatoč stalnim naporima WHO-a da poboljša, zaštititi i promiče spolno i reproduktivno zdravlje svih ljudi, još mnogo posla treba učiniti u ovom području. Reproduktivno zdravlje postaje važno prvo u adolescenciji kada pojedinci općenito počinju razmatrati i razvijati svoj seksualni identitet (koji se sastoji od privlačnosti, ponašanja i orijentacije). Ova faza razvoja posebno je izazovna za mlade i adolescente koji se identificiraju kao seksualna ili rodna manjina (21).

Reproduktivno zdravlje jedna je od najvažnijih sastavnica ljudskog zdravlja. Najvažnije sastavnice reproduktivnog zdravlja su informiranje, edukacija i savjetovanje u području spola i stvaranje odgovornosti kod oba spola s obzirom na kulturne uvjete društva, savjetovanje, edukacija i liječenje spolno prenosivih infekcija i spolno prenosivih bolesti, posebno AIDS-a i hepatitisa, pravovremenu i primjerenu prevenciju i liječenje komplikacija pobačaja, planiranje obitelji i pružanje usluga u tom smjeru, prevenciju i odgovarajuće liječenje neplodnosti, pružanje prenatalne skrbi, sigurnog poroda i postnatalne skrbi, posebice edukacije i podrške dojenju. Razvijanje programa reproduktivnog zdravlja i bavljenje njegovim različitim sastavnicama i dimenzijama na nacionalnoj i međunarodnoj razini jedan je od temeljnih koraka za osiguranje zdravlja društva i obitelji (s posebnim naglaskom na zdravlje žena i djevojaka) Adolescenti su najvažnija ciljna skupina za programe reproduktivnog zdravlja. Osim toga, skloniji su od ostalih dobnih skupina zlouporabi sredstava ovisnosti, pušenju, alkoholu i rizičnim ponašanjima, uključujući nesigurne seksualne odnose (22).

Pristup zdravstvenim uslugama prilagođenim mladima ključan je za osiguranje spolnog i reproduktivnog zdravlja (SRZ) i dobrobiti adolescenata. Adolescencija se često smatra razdobljem relativno dobrog zdravlja. Međutim, adolescenti (u dobi od 10 do 19 godina) suočeni su s posebnim zdravstvenim rizicima, posebice u vezi s reprodukcijom i seksualnošću. Jedanaest posto svih porođaja i 14% smrtnosti majki diljem svijeta događa se kod žena u dobi od 15 do 19 godina, pri čemu se 95% porođaja adolescenata događa u razvijenim zemljama. Adolescenti su također u opasnosti od neželjene trudnoće; svake godine 7,4 milijuna i 3 milijuna djevojaka doživi neželjenu trudnoću i nesiguran pobačaj. Procjenjuje se da 1.300.000 adolescentica i 780.000 adolescenata diljem svijeta živi s virusom humane imunodeficijencije (HIV).

Poboljšanja u zdravlju adolescenata u proteklih pet desetljeća nisu išla ukorak s poboljšanjima uočenim kod djece; smrtnost djece u dobi od 1 do 4 godine smanjila se za više od 80% u posljednjih pet desetljeća. Osim toga, rizično seksualno ponašanje i problemi reproduktivnog zdravlja u adolescenciji mogu imati dugoročne posljedice u odrasloj dobi i na sljedeće generacije (23).

4.1. Nasilje nad adolescenticama i mladim ženama

Nasilje adolescenata manifestira se na mnogo načina, bilo da ga počine roditelji, drugi skrbnici ili vršnjaci. U ovom životnom ciklusu pojedinci su izloženi samoozljeđivanju; obiteljskom zlostavljanju i zanemarivanju od strane roditelja i skrbnika. Nasilje nad mladima često događa u školama, u zajednici ili na internetu. Osim navedenog često je prisutno nasilje između partnera ili nasilje u vezama koje se događa između adolescenata uključenih u romantične veze. Bez obzira na oblik, nasilje je traumatičan događaj koji ima negativan individualni, društveni i ekonomski učinak (24).

Mnogi mladi ljudi diljem svijeta doživljavaju nasilje koje šteti njihovom zdravlju i dostojanstvu te narušava njihovu dobrobit. U slučaju žena, većinu ovog nasilja počine intimni partneri. Podaci iz 106 zemalja s niskim i srednjim dohotkom pokazuju da je 18% žena i djevojaka u dobi od 15 do 49 godina koje su ikada imale partnerstvo doživjelo fizičko i/ili seksualno nasilje od strane sadašnjeg ili bivšeg intimnog partnera u prethodnih 12 mjeseci. Adolescenti od 15 do 19 godina mogu biti posebno ranjivi; na temelju podataka iz 55 zemalja, približno 20% adolescenata doživjelo je nasilje od strane intimnog partnera u prethodnih 12 mjeseci (25).

4.2. Adolescenti i mediji

Današnji su tinejdžeri digitalno najpovezanija generacija u povijesti. Međutim, postoji zabrinutost među nastavnicima, stručnjacima za mentalno zdravlje i roditeljima o potencijalnoj šteti koja bi mogla proizaći iz stalne povezanosti s uređajima i društvenim medijima. Ovu zabrinutost potiču medijska izvješća koja uspoređuju privlačnost društvenih medija s ovisnošću o drogama i tvrde da oštećuju mlade umove i odvajaju djecu od "stvarnog" svijeta. Ovaj narativ o društvenim medijima i pametnim telefonima je zabrinjavajući, ali znanost i podaci iz tokova podataka s uređaja mladih ljudi pokazuju drugačiju sliku (26). Diljem svijeta 4,1 milijarda ljudi (oko 54% svjetske populacije) koristi internet, a njegovo korištenje za prikupljanje informacija i obrazovanje raste. Najveća stopa korištenja interneta je među mladima koji ga najčešće koriste za dobivanje informacija o seksualnosti (27). Internet je postao sastavni dio suvremenog života adolescenata. To mladima omogućuje lak pristup informacijama i temama od interesa na koje su dostupne na internetu, uključujući seksualno eksplicitne materijale ili pornografiju. Postoji širok

raspon negativnih i pozitivnih učinaka pornografije na seksualno zdravlje i razvoj adolescenata, utječući na njihove seksualne stavove, uvjerenja i ponašanja (28). Adolescenti koriste različite medije za druženje i dobivanje informacija o seksualnim aktivnostima. Kao medij koriste televiziju, video igrice, društvene medije, tekstualne poruke, aplikacije za pametne telefone, web stranice i online pornografiju. Veća je vjerojatnost da će dječaci nego djevojčice sklopiti online prijateljstva i komunicirati s njima na mreži, a ne osobno (29). Unatoč navedenom i dalje se malo zna o kvaliteti informacija o seksualnom zdravlju na internetu, o tome kako mladi pristupaju internetu kako bi odgovorili na svoja pitanja o seksualnom zdravlju.

5. Trudnoća u adolescenciji

Adolescentske trudnoće najčešće su nepredviđene i neplanirane, a prvenstveno su rezultat needuciranosti o planiranju obitelji. Često su praćene brojnim teškoćama, kao što su zdravstvene, tjelesne, psihičke, materijalne i socijalne. Iako je broj maloljetničkih trudnoća sve manji, to je značajan javnozdravstveni problem. Adolescenti se često kasno obrate prenatalnoj skrbi, bilo zbog nedostatka znanja, straha od posljedica, ograničenog pristupa, stigme ili svega navedenog. Iako je ovo višestruki problem, postoje mnogi rizici za majku i dijete koji se povećavaju tijekom tinejdžerske trudnoće. Mnoge od njih su neželjene i izložene su riziku od ponovne tinejdžerske trudnoće, osobito tijekom prve dvije godine. Rizici uključuju, ali nisu ograničeni na: nisku porođajnu težinu, prijevremeni porod, mrtvorodenče i preeklampsiju, kao i osjećaje društvene izolacije, odgođene ili zanemarene obrazovne ciljeve i majčinu depresiju (30).

Mladi ljudi koji rano ulaze u bračnu i izvanbračnu zajednicu najčešće su ekonomski ovisni o drugima, socijalno i emocionalno nezreli, bez završenog školovanja te im se smanjuju šanse da se ostvare na drugim životnim poljima.

5.1. Seksualni odnosi u adolescenciji

Rano stupanje u spolni odnos može se definirati kao prvi spolni odnos u dobi od 15 godina ili ranije. Mnogi društveni i kulturni čimbenici utječu na dob početka spolnog odnosa. Ljudi koji započnu spolne odnose u ranoj dobi mogu pokazivati ponašanja koja povećavaju rizik od HIV-a i drugih spolno prenosivih infekcija (31). Zbog sve lakše dostupnosti internetu, kao i društvenim mrežama, adolescentima su saznanja o seksualnosti lako dostupna, a često o takvim temama razgovaraju s prijateljima, dok predbračni seks smatraju prihvatljivim. Prema rezultatima istraživanja (Kuzman i sur., 2004, 2008, 2012; Štulhofer i sur., 2005; Capuano i sur. 2009; Trani i sur., 2005) u današnje vrijeme veliki je broj mladih koji rano ulaze u seksualne odnose, a pravi razlog tome prepisuje se više erotskom užitku nego emocionalnom(32). Kod adolescenata se seksualni odnosi mogu pojaviti prije nego što su u potpunosti sposobni prepoznati njihove posljedice kao autonomne i odgovorne radnje vođene sustavom moralnih uvjerenja. I brak i roditeljstvo mogu imati nepovoljne posljedice za budući razvoj osobnosti, spolnu prilagodbu i osobno-socijalnu prilagodbu pojedinca. Petani i Vulin (2018) navode da učenice stupaju u seksualni odnos najčešće između šesnaeste i sedamnaeste godine. Razlog tome zasigurno pripisujemo različitim čimbenicima kao što su nedostatni spolni i zdravstveni odgoj, različiti stavovi o korištenju kontracepcije, disfunkcionalnost obitelji, niži socioekonomski status unutar obitelji i dr. (Hiršl-Hećej i Štulhofer, 2001) (33). Prema istraživanju o spolnom iskustvu mladih

koje je objavio HZJZ, u Hrvatskoj je prosječna dob prvog spolnog odnosa oko 17 godina za adolescentice i 16 godina za adolescente (34).

5.2. Prevencija trudnoće

Rješavanje problema prevencije trudnoće u adolescentica zahtijeva velike napore koji uključuju škole, zdravstvene službe i zajednicu. Konkretno, kombinacija spolnog odgoja i kontracepcijskih intervencija učinkovita je u smanjenju broja neželjenih trudnoća. Mann, L., Bateson, D., & Black, K. I., 2020 navode da je korištenje kontracepcije pri prvom snošaju prijavilo je 90% Australaca, a najčešća metoda koju koriste mladi su kondomi; nakon čega slijedi oralna kontracepcijska pilula, koja se često započinje za nekontracepcijske indikacije. Studija CHOICE u SAD-u pokazala je da je 70% žena koje su dobile uravnoteženo savjetovanje o nizu mogućnosti kontracepcije i dobilo besplatno liječenje odabralo LARC, ali samo 4% australskih tinejdžerica koristi te metode. Iako mnogi adolescenti nabavljaju kontracepcijske metode u ljekarnama i trgovinama, savjetovanje s liječnikom opće prakse prilika je za pružanje informacija o kondomima za prevenciju spolno prenosivih bolesti(5). Prevencija maloljetničke trudnoće sveobuhvatnom spolnom edukacijom i pristupom kontracepciji predstavlja prioritet. Edukacija pacijenata i pružatelja zdravstvenih usluga o sigurnosti i učinkovitosti dugodjelujuće reverzibilne kontracepcije dobar je korak prema smanjenju broja neželjenih trudnoća u tinejdžerskim godinama. Stope postporođajne depresije veće su kod tinejdžera nego kod odraslih, a majke tinejdžerice trebale bi se češće podvrgnuti zdravstvenim pregledima (McCracken, K. A., Loveless, M. (2014.)(35). Shodno navedenom neizostavna je uspostava strategije za sprječavanje nove neželjene trudnoće ubrzo nakon poroda.

5.3. Kontracepcija

Kontracepcija je jedna od neizostavnih i svima poznatih mjera za zaštitu reproduktivnog zdravlja. Korištenjem kontracepcije koriste se razne metode koje sprečavaju trudnoću. Razlozi za kontracepciju mogu biti: osobna želja, stavovi, zdravstveni razlozi, socijalni i ekonomski razlozi (loš ekonomski status, neriješena egzistencija, zaposlenost žene, loša skrb o djeci...) i dr (36). Postoji nekoliko prihvatljivih i učinkovitih metoda i sredstava za kontracepciju, a koja će se od njih koristiti ponajprije ovisi o dobroj informiranosti partnera. Reverzibilne metode kontracepcije obično se dijele na hormonske (npr. pilule koje sadrže samo progestin ili estrogeno-progesteronski flasteri) ili nehormonske (kondomi, dijafragme) i dugodjelujuće (npr. intrauterini ulošci) ili kratkodjelujuće (npr. pilule). Reverzibilne kontracepcijske metode također se mogu podijeliti u skupine prema razini učinkovitosti u sprječavanju trudnoće (37).

Svjesni prednosti i nedostataka svake metode, par može odabrati metodu koja najbolje odgovara njihovom životnom stilu. Adolescenti se suočavaju s preprekama kontracepciji, kao što su povjerljivost, cijena i pristup. Savjetovanje o mogućnostima kontracepcije može uključivati roditelje ili staratelje kada je to prikladno, ali treba poštivati autonomiju adolescenta u procesu donošenja odluka. Kontracepcijsko savjetovanje za tinejdžere ne smije biti prisilne prirode. Adolescenti su izloženi povećanom riziku od dobivanja spolno prenosivih infekcija, te se uporaba kondoma i drugih kontracepcijskih metoda snažno preporučuje. Inicijative koje uklanjaju uobičajene prepreke cijene i dostupnosti pokazale su značajan uspjeh u povećanju upotrebe dugodjelujućih reverzibilnih kontracepcijskih metoda i smanjenju stope nenamjerne tinejdžerske trudnoće (38).

6. Zakonodavni okvir

U Republici Hrvatskoj trenutno nije na snazi niti jedan propis koji bi se na sveobuhvatan način bavio isključivo problematikom maloljetničkih trudnoća i roditeljstva. Mnoge konkretne životne situacije u kojima se nalaze ili mogu naći maloljetni roditelji utječu na mnoga zakonska i regulatorna područja, od obiteljsko pravnih preko kaznenopravnih propisa, socijalne skrbi, odgoja i obrazovanja do propisa iz drugih pravnih područja. Prava i slobode koje se tiču osobnog/privatnog i obiteljskog života, a u uskoj su vezi s maloljetničkim trudnoćama i roditeljstvom, zaštićena su odredbama Ustava. Nadalje oslanjajući se Ustav, zakonodavac je obitelji dao iznimno značenje, pa shodno tome predstavlja temelj za donošenje i primjenu zakonskih propisa kojima se regulira privatni i obiteljski život uključujući i socijalna prava. U Hrvatskoj se vezano uz problematiku maloljetnih trudnica i njihovih roditelja i djece izravno primjenjuje nekoliko važnih međunarodnih dokumenata. Na prvom mjestu nedvojbeno se mora dati prioritet Europskoj konvenciji o ljudskim pravima, koja ne samo da jamči poštivanje širokog spektra ljudskih prava, već pruža i učinkovit mehanizam za njihovu zaštitu pred Europskim sudom za ljudska prava u Strasbourgu. Osim navedene konvencije na maloljetne trudnice i roditelje može se primjenjivati Konvencija o pravima djeteta koja u čl. 1 opisuje da dijete označava svaku osobu mlađu od 18 godina, osim ako se zakonom koji se primjenjuje na dijete granica punoljetnosti ne odredi ranije. Obiteljski zakon svakako sadrži većinu odredbi koje se u praksi odnose na trudnice i majke te na djecu i obitelj. Zakon uređuje brak, odnose između roditelja i djece, skrbništvo, posvojenje itd. Kada je brak u pitanju, osnovno pravilo je da valjani brak ne može sklopiti osoba mlađa od osamnaest godina; iznimno, uz odluku suda u izvanparničnom postupku dopušta sklapanje braka osobi koja je navršila šesnaest godina života ako je mentalno i tjelesno zrela te ako za zaključenje braka postoji opravdan razlog. Važno je naglasiti da djevojke koje rode prije svoje šesnaeste godine ne mogu dobiti skrbništvo nad svojim djetetom. U tim slučajevima će se imenovati privremeni skrbnik. U pravilu, maloljetne majke s navršenih šesnaest godina podnose sudu zahtjev za stjecanje poslovne sposobnosti koji im omogućuje dobivanje skrbništva nad djetetom.

6.1. Kazneno zakonodavstvo

Kazneni zakon Republike Hrvatske u čl. 155 opisuje: „Tko izvrši spolni odnošaj ili s njim izjednačenu spolnu radnju s djetetom mlađim od petnaest godina, ili ga navede da izvrši spolni odnošaj ili s njime izjednačenu spolnu radnju s trećom osobom ili da nad samim sobom izvrši sa spolnim odnošajem izjednačenu spolnu radnju, kaznit će se kaznom zatvora od tri do dvanaest godina.“ nadalje navodi da „Nema kaznenog djela iz stavka 1. i 2. ovoga članka ako razlika u dobi između osoba koje vrše spolni odnošaj ili s njime izjednačenu spolnu radnju ili bludnu radnju nije veća od tri godine (39).“ U Hrvatskoj za pristanak na seksualni odnos dobna granica 15 godina, dakle sve osobe starije od 15 godina mogu, sudeći po Zakonu, stupati u dobrovoljne spolne odnose s odraslim osobama.

7. Spolni odgoj

Spolni odgoj u obrazovnim ustanovama, odnosno školama ima ključnu ulogu o seksualnom zdravlju i dobrobiti mladih ljudi. Međutim još uvijek postoji nedovoljno znanja o trudnoći i prevenciji spolno prenosivih bolesti među mladima. Spolni odgoj dugo su karakterizirale proturječne definicije, ciljevi i filozofije, što je otežavalo razumijevanje i procjenu njegove učinkovitosti (40).

Spolni odgoj više je od poučavanja djece i adolescenata o anatomiji i fiziologiji biološkog spola i reprodukcije. Obuhvaća zdrav seksualni razvoj, rodni identitet, međuljudske odnose, ljubav, seksualni razvoj, intimnost i sliku tijela za sve adolescente, uključujući adolescente s invaliditetom, kroničnim zdravstvenim stanjima i drugim posebnim potrebama. Razvijanje zdrave seksualnosti ključna je razvojna prekretnica za svu djecu i adolescente koja ovisi o stjecanju informacija i formiranju stavova, uvjerenja i vrijednosti o pristanku, seksualnoj orijentaciji, rodnom identitetu, odnosima i intimnosti. Na zdravu seksualnost utječu etnički, rasni, kulturni, osobni, vjerski i moralni interesi. Zdrava seksualnost uključuje sposobnost promicanja i očuvanja značajnih međuljudskih odnosa; cijeniti svoje tijelo i osobno zdravlje, komunicirati s oba spola na primjeren način, izražavati privrženost, ljubav i intimnost na načine koji su u skladu s vlastitim vrijednostima, seksualnim preferencijama i sposobnostima (41). Sva djeca i adolescenti trebaju dobiti točnu edukaciju o seksualnosti kako bi u konačnici razumjeli kako prakticirati zdravo seksualno ponašanje. Nezdrava, izrabljivačka ili rizična seksualna aktivnost može dovesti do zdravstvenih i društvenih problema, poput nenamjerne trudnoće i spolno prenosivih infekcija (SPI), uključujući gonoreju, klamidiju, sifilis, hepatitis, herpes, humani papiloma virus (HPV); HIV infekcija; i AIDS-a (42).

Uvođenje spolnog odgoja u hrvatske škole davne 1906. godine inicirali su liječnici i biolozi, dok su sami sadržaji spolnog odgoja od 1972. godine postali dio nastavnog plana i programa. Prema rezultatima istraživanja (Petani, Vulin, 2018.) u kojem je sudjelovalo 36 dječaka i 64 djevojčice u dobi 16 – 18 godina, 27 dječaka i 11 djevojčica učenica izjasnilo se da su spolno aktivni. Nadalje više djevojčica nego dječaka smatra da je školi potreban zdravstveni odgoj, a ujedno su djevojčice pokazale veću spremnost za roditeljstvom nego dječaci. Unatoč određenom znanju o spolno prenosivim bolestima, studija je također pokazala da postoji potreba za spolnim odgojem u školama (32).

U Hrvatskim školama postoji edukacija vezana uz odgoj mladih koji obuhvaća nekoliko osnovnih odgojno-obrazovnih područja: zdrav život, prevencija ovisnosti, prevencija agresivnog ponašanja, ravnopravnost spolova i odgovorno spolno ponašanje. Nastavni plan i program zdravstvenog odgoja u hrvatskim školama počinje obrazovanjem učenika osnovnih škola. Nastavne teme su: odgovornost i poštovanje vlastitog tijela, razlike rodnih uloga u društvu i obitelji, rodna očekivanja među vršnjacima u školi te vlastito tijelo u promjenama. S detaljnijim temama i s većim fontom sati, osnovnoškolci se susreću u šestom razredu, gdje slušaju o emocijama u vršnjačkim odnosima, ulozi medija u vršnjačkim odnosima, rizičnim ponašanjima i dr (43)(44) .

8. Obiteljski odnosi u adolescenciji

Promatrajući definiciju obitelji s pedagoškog aspekta, Previšić (2003.) obitelj definira kao primarni formativni činitelj i temeljna odgojno-socijalna zajednica. Kakav god oblik obitelj imala, ona ostaje "mjesto i vrijeme" rađanja, odrastanja i zajedničkog života, u kojem odgoj uvijek ima trajno nezamjenjivu ulogu. Antropološko stajalište jest da je obitelj skupina sastavljena od žene, njezine djece i barem jednog muškarca vezanog brakom ili krvnim srodstvom (Haviland, 2004). Prema (Zloković i Čekolj 2018) struktura obitelji podrazumijeva članove obitelji i njihove međusobne odnose. Obiteljski odnosi se tijekom adolescencije mijenjaju i imaju značajan utjecaj na različita područja razvoja mladih, kao što su primjerice razvoj neovisnosti, samopoštovanja, individualne patologije, problematičnog ponašanja i dr. (Lacković -Grgin 2006.) Obitelj je temeljni sustav koji podržava zdrav razvoj mladih. Budući da je temeljna zadaća adolescencije ponovno dogovaranje odnosa između roditelja i mladih, ova razvojna faza posebno je izazovna za roditelje koji pokušavaju održati ravnotežu u obiteljskom sustavu. Unatoč sve većem razumijevanju važnosti roditelja u životima mladih i identificiranju ključnih strategija i pristupa koji mogu pomoći roditeljima da usmjeravaju svoje dijete kroz adolescenciju, roditeljima je malo podrške dostupno tijekom ove tranzicije (45). Adolescencija se može smatrati osjetljivim razdobljem socijalnog razvoja u kojem se događaju psihološke i socijalne kognitivne promjene. Tijekom adolescencije društveni svijet i međuljudske interakcije postaju važniji. Istraživanja su pokazala da obiteljska kohezija može pomoći adolescentima da prevladaju probleme u društvenim interakcijama primanjem socijalne i emocionalne podrške od članova obitelji. Obiteljska kohezija ima značajan utjecaj na ponašanje adolescenata, njihov socijalno-emocionalni razvoj, dobrobit u kasnijem životu te na roditeljsko ponašanje skrbnika. Nepovoljni obiteljski procesi mogu djelovati na povećanje ranjivosti adolescenata na depresiju. Utjecaj obiteljske kohezije na probleme u ponašanju djece i adolescenata može biti ublažen zdravstvenim stanjem skrbnika i ponašanjem roditelja. Obiteljska kohezija može pružiti važnu emocionalnu potporu i osjećaj za smanjenje negativnih učinaka neprilagođenog roditeljskog ponašanja na probleme u ponašanju djece (46).

8.1. Stilovi roditeljstva

U posljednjem desetljeću istraživanja su potvrdila da roditelji igraju zaštitničku ulogu u životima adolescenata. S razvojnog gledišta, adolescencija je faza orijentirana na vršnjake, no roditelji imaju mnogo veći utjecaj na živote adolescenata. Na primjer, 47% tinejdžera smatraju da njihovi roditelji utječu na njihove odluke o seksu više nego njihovi prijatelji i da se tinejdžeri oslanjaju na roditelje više nego na bilo koga drugoga (47).

U nastavku su navedena četiri stila roditeljstva na temelju razine kontrole/discipline i emocionalne skrbi između roditelja i njihove djece:

1. Autoritativan: Ovaj stil karakterizira optimalna kombinacija visokog obrazovanja i discipline te se naziva "pozitivno roditeljstvo".
2. Autoritarni: Ovaj stil karakterizira visoka razina kontrole, ali niska razina emocionalne podrške i ponekad se može opisati kao "dominantan".
3. Permisivan: Ovaj stil karakterizira visok stupanj njege, ali nizak stupanj kontrole ili nedovoljnog nadzora i može se nazvati "permisivnim". Ujedno karakterizira ga visok stupanj njege, ali nizak stupanj kontrole ili nedovoljan nadzor.
4. Opuštenost: Ovaj stil je definiran niskim razinama emocionalne podrške i niskim razinama discipline ili kontrole, a ponekad se naziva i "neangažiranim". Ovaj stil također karakteriziraju niske razine emocionalne podrške i niske razine discipline ili kontrole.

9. Čimbenici maloljetničkih trudnoća

Trudnoća kod adolescenata čest je problem koji češće pogađa ranjive skupine stanovništva zbog čimbenika kao što su siromaštvo, nepismenost i nedostatak prilika za zapošljavanje. I dalje je značajan čimbenik smrtnosti dojenčadi i majki, kao i međugeneracijskih ciklusa bolesti i siromaštva. Dokazano je da je učestalost maloljetničke trudnoće najvećim dijelom uzrokovana nedostatkom obrazovanja, nedostupnošću kontracepciji i zdravstvenim informacijama te autonomije u donošenju odluka. Rani brak, silovanje ili seksualno zlostavljanje udanih i neudanih žena imaju veliki utjecaj na tinejdžersku trudnoću. Neželjeni porodi i širenje spolno prenosivih infekcija (SPI) olakšavaju partneru da odbije ili se odupre korištenju bilo koje vrste kontracepcije. Život za mladu majku i njezino dijete može biti izazovan (48).

Maloljetne majke češće od ostalih žena napuštaju školu radi brige o djetetu. Zbog niskog obrazovanja, maloljetnoj majci možda nedostaju vještine potrebne za rad, što joj otežava pronalaženje i održavanje karijere i stvaranje izvora prihoda. Mlade majke koje imaju djecu mogu postati financijski ovisne o obitelji ili o potpori države. Navedeni čimbenici povećavaju vjerojatnost da će majke tinejdžerice biti siromašne. Bez obzira na okolnosti, trudnoća je izazov za svaku ženu. Za maloljetne majke je, međutim, ova kriza mnogo intenzivnija, dodajući još jednu razinu složenosti fizički i emocionalno stresnom vremenu. Zbog financijskih opterećenja, društvenih stigma ili nedostatka podrške obitelji i zajednice, mlada majka također može doživjeti psihičke probleme, uključujući stres, tugu i suicidalne misli. Susreću se s usamljenošću, krivnjom koja uzrokuje stres i očaj, niskim samopouzdanjem zbog kojeg gube interes za daljnje obrazovanje, malo mogućnosti za karijeru i nedostatkom sustava podrške (49)(48). Analizirajući brojne rezultate istraživanja, vidljivo je da struktura obitelji i sam odnos unutar obitelji znatno utječe na spolnu aktivnost adolescenata. Rezultati ujedno pokazuju da postoji manja vjerojatnost da će se mladi iz stabilnih obitelji upustiti u rizične spolne odnose. U nastavku su prikazani neki od faktora koji povećavaju vjerojatnost rizičnih spolnih odnosa adolescenata koji dovode do maloljetničke trudnoće, a to su primjerice dolazak iz narušenih obiteljskih odnosa, život u siromaštvu i život u obitelji u kojoj nedostaje komunikacije i rješavanje problematike koja se odnosi na spolna ponašanja mladih.

9.1. Socio – ekonomski status obitelji

Socioekonomski status obitelji pokazuje utjecaj na odnose supružnika, djeluje na odnos roditelj- dijete, a prema nekim istraživanjima ima utjecaj i na osobnost, raspoloženje i emocije individua, kako djece, tako i odraslih (npr. Gallo i Mathews, 2003; Ajduković, Rajhvajn Bulat, 2012). (50). Kao rizični čimbenik socioekonomski status obitelji možemo promatrati s gledišta materijalne situacije obitelji, uvjeta stanovanja, obrazovanja i zaposlenosti roditelja. (Martinjak, Odeljan 2016.) (51).

Siromašne obitelji zasigurno nisu u stanju zadovoljiti neke bitne potrebe svoje djece, pa često prijeti opasnost da zbog materijalnih briga i frustracije roditelji zanemare svoje odgojne uloge, a katkad je loše materijalno stanje obitelji posljedica osobnih i moralnih svojstava roditelja pa oni ni pod povoljnijim uvjetima ne bi bili dorasli svojim odgojnim zadaćama (Dobrenić i dr.,1975: 8)

Maloljetne trudnice i majke u Međimurskoj županiji suočavaju se s različitim problemima koje nosi život u socijalnoj isključenosti i siromaštvu. Svakako tome doprinosi niska razina obrazovanja i zaposlenosti o čemu više govori sljedeće poglavlje.

9.2. Obrazovanje i pravni okvir

U širem smislu obrazovanje je jednostavno aspekt socijalizacije: uključuje stjecanje znanja i učenje vještina (Haralambos, Holborn 2022:774). Obrazovni sustav u Republici Hrvatskoj sastoji se od ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja, osnovnog obrazovanja, srednjeg obrazovanja i visokog obrazovanja. Osnovnoškolsko obrazovanje u Republici Hrvatskoj zakonski je obavezno za svu djecu u dobi od šeste do petnaeste godine (52). Prema obrazovnoj strukturi stanovništva Međimurska županija se nalazi ispod prosjeka Republike Hrvatske, pa je tako postotak stanovništva bez završene osnovne škole još uvijek veći od prosjeka Republike Hrvatske i većine županija. Zbog još uvijek visokog postotka nezavršavanja osnovnoškolskog obrazovanja pripadnika romske nacionalne manjine, gdje se posebno ističu žene Romkinje, udio stanovnika Međimurske županije s nezavršenom školom dvostruko je viši od prosjeka RH (53). Sa samim prekidom, a ujedno i nedostatkom obrazovanja nerijetko se susreću maloljetne trudnice, a kasnije majke koje napuštaju obrazovne ustanove što dovodi do problema pri zapošljavanju i egzistenciji. Iz navedenog razloga neizostavan je razgovor s nastavnikom, kao i suradnja s obrazovnom ustanovom koju maloljetna trudnica ili majka pohađa kako bi joj se omogućio nastavak obrazovanja.

Zakon o odgoju i obrazovanju u osnovnoj i srednjoj školi (NN 87/08, 86/09, 92/10, 105/10, 90/11, 5/12, 16/12, 86/12, 126/12, 94/13, 152/14, 07/17, 68/18, 98/19, 64/20, 151/22) jasno propisuje situacije vezane uz nepohađanje nastave i polaganje ispita, pa se tako u čl. 77. navedenog Zakona propisuje: „Učenik koji iz opravdanih razloga nije mogao pohađati nastavu i biti ocijenjen iz jednog ili više predmeta upućuje se na polaganje predmetnog ili razrednog ispita. Ako učenik zbog bolesti ili drugog opravdanog razloga ne pristupi popravnom ili predmetnom odnosno razrednom ispitu u propisanim rokovima, škola mu je dužna omogućiti polaganje ispita nakon prestanka razloga zbog kojeg nije pristupio ispitu“.

Nadalje čl 80. navedenog Zakona propisuje: „Ako učenik zbog zdravstvenog stanja ne može sudjelovati u određenoj školskoj aktivnosti ili bi to sudjelovanje štetilo njegovu zdravlju, može se privremeno ili trajno osloboditi od pohađanja nastavnog predmeta ili sudjelovanja u određenim nastavnim sadržajima, ako ti nastavni sadržaji nisu iz osnovnih predmeta struke. Odluku o oslobađanju učenika donosi učiteljsko vijeće odnosno nastavničko vijeće na prijedlog liječnika primarne zdravstvene zaštite. Učeniku koji je tijekom cijele nastavne godine oslobođen pohađanja nastave određenog nastavnog predmeta, završna ocjena za taj predmet ne upisuje se u javnu ispravu već se upisuje da je oslobođen.“ U situacijama obrazovanja maloljetnih trudnica i majki možemo svakako vezati i Zakon o obrazovanju odraslih (NN, broj 17/07, 107/07 i 24/10), Pravilnik o polaganju državne mature i Zakon o strukovnom obrazovanju (NN 30/09, 24/10, 22/13, 25/18, 69/22) pozivajući se na čl. 35. navedenog Zakona u kojem je propisano „da se polaznicima koji ne završavaju obrazovanje zbog roditeljstva, iznimnih socijalnih, osobnih ili obiteljskih prilika te zbog bolesti može produžiti status redovitog polaznika najviše za dvije godine, o čemu na temelju relevantne dokumentacije nadležnih tijela odlučuje ravnatelj na prijedlog stručnog tijela ustanove za strukovno obrazovanje.“

9.2.1. Osnovno školsko obrazovanje pripadnika romske nacionalne manjine

Nacionalna strategija za uključivanje Roma za razdoblje od 2013. do 2020. godine ističe probleme koji su vezani uz obrazovanje Roma u osnovnoj školi od kojih navode neredovito pohađanje nastave, niska razina osnovnog obrazovanja, odnosno napuštanje školovanja s navršenih 15 godina, nekontinuirano i neadekvatno financiranje programa produženog boravka, nedostatna podrška djelatnicima koji rade s romskom djecom. Provedenim istraživanjem te dobivenim odgovorima na pitanje o razlozima odustajanja od osnovne škole (N=836), svaki peti kao razlog odustajanja od osnovnoškolskog obrazovanja navodi financijske razloge te odustajanje zbog sklapanje braka. Također je manji broj onih koji su odustali zbog loših obrazovnih rezultata, svaki dvadeseti zbog zdravstvenih razloga, dok ih je još toliko odustalo od školovanja iz razloga

što su postali roditelji. Od manje učestalih razloga navode zaposlenje, preseljenje, poteškoće s jezikom i udaljenost obrazovne ustanove. Na upit roditelja o nastavku srednjoškolskog obrazovanja njihove djece, rijetki su oni koji ne žele da njihova djeca nastave takav oblik školovanja. Iako je svijest o važnosti školovanja porasla, broj srednjoškolaca je još uvijek mali (54)

9.3. Nasilnički odnosi u obitelji

Obitelj predstavlja stup društva te za svakog pojedinca ima značajnu vrijednost u životu. Odnosi u obitelji nisu uvijek na zadovoljavajućoj razini, pa tako u današnje vrijeme nerijetko nailazimo na nasilne odnose unutar obitelji koji se javljaju u različitim oblicima, kao psihičko, tjelesno, seksualno i ekonomsko. Nažalost, svaki oblik nasilja u obitelji rađa međusobno povezane oblike nasilja. "Krug zlostavljanja" često se nastavlja od izložene djece do njihovih odnosa s odraslima.

Nasilje u obitelji utječe na žrtvu, obitelj društvo i zajednicu. Uzrokuje smanjeno psihičko i fizičko zdravlje, smanjuje kvalitetu života i rezultira smanjenom produktivnošću (55) (56).

Maloljetne trudnice i majke u Međimurskoj županiji često žrtve ali i svjedoci obiteljskog nasilja, pa kad odrastu takav obrazac ponašanja nose u svoje obitelji i tada govorimo o međugeneracijskom prijenosu nasilničkog ponašanja u obitelji. Najčešće se takvi odnosi pojavljuju u slabo razvijenim sredinama, siromašnim obiteljima s lošim socioekonomskim statusom.

9.4. Konzumacija duhanskih proizvoda

Sukladno zabrani prodaje duhanskih i srodnih proizvoda osobama mlađim od osamnaest godina i dalje postoje načini kako predmetnu zabranu zaobići. Kada govorimo o adolescentima, konzumacija duhanskih proizvoda povezana je s različitim čimbenicima uključujući socijalne (utjecaj obitelji i vršnjaka).

Maloljetne trudnice i majke izložene su mnogim rizičnim čimbenicima od kojih su najučestaliji pušenje, alkohol, socioekonomski status i psihofizičko stanje majke što ima negativni učinak i posljedice na zdravlje novorođenčadi i majke. Iz tog razloga potrebna je rana intervencija te prepoznavanje neurorizične djece, koja je kao takva neadekvatna s obzirom na životne prilike maloljetnih majki. Uz navedeno svakako je neizostavna prenatalna opstetrička i kasnije neonatalna skrb (57).

10. Štetni ishodi maloljetničkih trudnoća

Maloljetnička trudnoća je društveni problem koji je rasprostranjen diljem svijeta. Ima velike učinke na zdravlje majke i djeteta, osobito u nerazvijenim zemljama gdje zdravstvena skrb nije tako napredna. Nepovoljni i štetni ishodi maloljetničke trudnoće povezani su sa značajnim rizikom od dugotrajnih bolesti za mlade majke i njihovu novorođenčad. Višestruke razine socijalne nepovoljnosti povezane su s nepovoljnim ishodima trudnoće za majke tinejdžerice. Obrasci kumulativne socijalne nepovoljnosti definiraju najmarginaliziraniju skupinu adolescentica s najvećim rizikom nepovoljnih ishoda majke i poroda. Životne odrednice kao što je život u udaljenim područjima, nisko obrazovanje, nizak socioekonomski status i nedostatak podrške obitelji i zajednice, povezani su s povećanim rizikom od nepovoljnih ishoda adolescentne trudnoće (58).

Analizirajući statističke podatke maloljetnice su češće izložene komplikacijama i rizicima kao što su preeklampsija i puerperalni endometritis, za razliku od žena u dobi od dvadeset do dvadesetčetiri godine te ujedno kod njih češće dolazi do nastanka fistula, distocije u porodu, prijevremenih poroda te nerijetko rađaju novorođenčad s niskom porođajnom težinom koja su sklona hipotermiji. Nadalje jedan od glavnih rizika je i hipoglikemija, osobito ako je u pitanju zaostajanje u intrauterinom rastu, a postoji rizik da u tijelu ima premalo kalcija. Sve to može dovesti do ozbiljnih, dugotrajnih oštećenja mozga, a od ozbiljnijih problema koji se mogu javiti od 10 do 15% nedonoščadi su cerebralna paraliza, gluhoća i sljepoća. Jedna je studija izvijestila više od četiri puta povećanom riziku od intrauterine smrti novorođenčadi u najmlađih adolescenata (<15 godina) i 50% veći u adolescenata u dobi od 15 do 19 godina u usporedbi sa ženama u dobi od 20 do 24 godine. Nedovoljna educiranost mladih o kontracepciji, osobito maloljetnika svakako negativno doprinosi ovom javno zdravstvenom problemu, no možemo nadodati da se mladi često i nepromišljeno upuštaju u avanture uz konzumaciju alkohola i droga što kasnije rezultira posljedicama za zdravlje (59) (60).

10.1. Preeklampsija u tinejdžerskoj trudnoći

Preeklampsija, poremećaj trudnoće karakteriziran rastućom hipertenzijom koja može zahvatiti nekoliko organa i imati štetne posljedice i na majku i na fetus, češća je u mladih majki, osobito onih koje su primigravidne. Budući da nerazvijena maternica i neredoviti menstrualni ciklusi mogu utjecati na decidualizaciju, duboku placentaciju i remodeliranje spiralnih arterija, preeklampsija se može povezati s ovim stanjima. Jedina učinkovita terapija za preeklampsiju je rađanje fetusa.

Preuranjenost fetusa može biti veliki problem ako se preeklampsija razvije prije 37. tjedna trudnoće. Kako bi se izbjegle glavne nuspojave bolesti, žene s preeklampsijom moraju se podvrgnuti pažljivom pregledu i praćenju znakova i simptoma (61).

10.2. Anemija u maloljetničkoj trudnoći

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (WHO), anemija je smanjena sposobnost hemoglobina ili crvenih krvnih stanica da prenose kisik. Razina hemoglobina ispod 7 g/dl u trudnoći smatra se teškom anemijom, razina od 7-9,99 g/dl smatra se umjerenom anemijom, a razina ispod 11 g/dl smatra se blagom anemijom. Zbog većih potreba za željezom tijekom specifične faze brzog rasta, kada dolazi do značajnih bioloških promjena, veća je vjerojatnost da će trudne adolescentice biti anemične. To može rezultirati nedostatkom željeza, što može fizički i kognitivno štetiti fetusu i adolescentu. SZO preporučuje da svaka trudnica na početku trudnoće i tri mjeseca nakon poroda preventivno uzima dodatak prehrani koji sadrži 40 mg elementarnog željeza (62).

10.3. Neonatalne komplikacije maloljetničke trudnoće

Čest problem trudnoće u mladoj dobi je prijevremeni porod. Prerano rođenje je čimbenik koji pridonosi poremećenom tjelesnom, mentalnom, bihevioralnom, slušnom, vizualnom i socijalno-emocionalnom razvoju, kao i poremećajima dišnog, imunološkog i središnjeg živčanog sustava u djece. Još jedna česta nuspojava tinejdžerske trudnoće je LBW. Svjetska zdravstvena organizacija definira LBW kao porođajnu težinu od 2500 g ili manje. Za prevenciju LBW treba razmotriti odgovarajuće dodatke prehrani uz rutinske, pravovremene preglede. Smrtnost novorođenčadi veća je tijekom tinejdžerske trudnoće. Smrt dojenčadi koja se dogodi unutar prvih 28 dana života naziva se "neonatalna smrtnost" (48).

10.4. Prekid trudnoće

Pobačaj je čest događaj u reproduktivnom životu žena i pogađa približno 25% svih trudnoća. Globalno se procjenjuje da se svake godine dogodi 56 milijuna induciranih pobačaja, što predstavlja 35 pobačaja na 1000 žena u dobi od 15 do 44 godine. Kirurške metode pobačaja uključuju aspiraciju maternice pomoću ručnog ili električnog vakuuma te dilataciju i evakuaciju. Tehnike aspiracije dovoljne su za evakuaciju maternice otprilike do 14. tjedna trudnoće (63).

Adolescentice čine značajan udio smrtnih slučajeva pobačaja diljem svijeta, s 15% svih nesigurnih pobačaja koji se dogode kod djevojaka mlađih od 20 godina. Iako je u posljednje vrijeme globalna pozornost posvećena zdravlju i dobrobiti adolescentnih djevojčica, malo se zna o njihovim iskustvima s pobačajem, osobito među djevojčicama mlađima od 15 godina (64).

Zakon o zdravstvenim mjerama za ostvarivanje prava na slobodno odlučivanje o rađanju djece (NN 18/78 i 88/09) propisuje da se prekid trudnoće vrši na zahtjev trudne žene. Uz zahtjev za prekid trudnoće koji podnosi maloljetnica, koja nije navršila 16 godina života, potreban je i pristanak roditelja ili staratelja uz suglasnost organa starateljstva.

S obzirom na godine života i neiskustvo, maloljetne djevojke teško nalaze izlaz iz takve situacije, a ujedno su nesigurne i nespremne za majčinstvo te se najčešće iz tog razloga odlučuju za pobačaj. Uz to prisutan je strah i reakcija okoline, loši odnosi s parterom i obitelji i dr. (65). Istraživanja pokazuju da su roditelji, a ne vršnjaci, primarni izvor savjeta kada maloljetnice donose odluke o pobačaju. Mlađi i manje kompetentni maloljetnici češće se savjetuju s roditeljima nego stariji i zreliji maloljetnici. Nema dokaza da adolescentski problemi ili razvojni zadaci utječu na odluke o trudnoći. Petani i Vulin u provedenom istraživanju na pitanje pobačaja navode kako 36% učenica ne bi pobacile, isto toliko ih ne zna, njih 18% bi pobacile, dok ih se samo 10% izjasnilo da bi njihova odluka ovisila o stavu njihovih roditelja. Osim toga, 42% učenika se izjasnilo da ne znaju bi li partnericu nagovarali na pobačaj, a 31% ne bi nagovaralo svoju partnericu na pobačaj, 23% bi ih nagovaralo, dok se samo njih 4% izjasnilo da bi odluka ovisila o stavu njihovih roditelja. Iz ovih rezultata vidljivo je da su učenice pokazale nešto veću spremnost za zadržavanje djeteta nego učenici. (Petani i Vulin 2018: 46) (33). Jorgensen (1993.) prema nekim preglednim radovima navodi da se visok postotak djevojaka odlučuje na prekid trudnoće objašnjavajući različite razloge. Tragajući za rješenjem i njegov odabir prisutniji je u onih: koje nisu previše religiozne, koje su mlađe od 15 godina, koje ne žele dijete, koje su već bile trudne, koje su dobro sagledale svoj budući život u uvjetima preranog roditeljstva, koje pohađaju školu i u njoj imaju dobar uspjeh te one koje ne namjeravaju stupiti u brak, a da ih pri toj odluci podržavaju roditelji (66). Odluku o prekidu trudnoće zasigurno je teško donijeti. Iz tog razloga neizostavna je podrška i razumijevanje obitelji, kako bi se mlada djevojka u svakom trenutku osjećala sigurno.

11. Podrška i pomoć maloljetnim trudnicama i majkama

Maloljetne trudnice i majke često u trudnoći i nakon nje prolaze kroz krizno razdoblje no zahvaljujući grupama podrške i udrugama mogu potražiti stručnu pomoć i savjet. Od poznatijih savjetovališta je pod nazivom „Mama je mama“ a namijenjeno je maloljetnim trudnicama i roditeljima kao i članovima obitelji. Uz brojne aktivnosti i radionice maloljetnim trudnicama i majkama nastoji se osigurati pomoć i podrška uz dodatne informacije o teškoćama i problemima s kojima se susreću, a sve s ciljem unaprjeđenja znanja i vještina koje će ih osnažiti za budući samostalni život u ulozi roditelja. Komunikacija u savjetovalištu odvija se u ugodnoj atmosferi, a teme susreta mogu biti vezane primjerice na ostvarivanje prava iz socijalne skrbi, provođenje slobodnog vremena, usavršavanje roditeljskih kompetencija, načini rješavanja svakodnevnih poteškoća u životu i druge. Osim savjetovališta trudnice i majke mogu se obratiti za pomoć i u udruzi „Korak po korak“ koja također pruža psihosocijalnu podršku. Udruga godišnje bilježi oko sedamdesetak poziva mladih djevojaka koje traže podršku i pomoć, a ujedno je pokrenula portal maloljetni-roditelji.net namijenjen maloljetnim trudnicama i općenito adolescentima s pitanjima vezanima uz spolne aktivnosti. Stranica godišnje bilježi 50 tisuća pregleda, a najčešće kliknu na rubrike “pitaj ginekologa” i “socijalnog radnika”, što pokazuje da im školski program ne daje dovoljno sadržaja.(67)

11.1. Udomiteljstvo trudnica

Maloljetne trudnice u većini slučajeva imaju potporu obitelji, no postoje i one kojima potpora izostaje iz razloga što njihova obitelj to ne želi ili iz nekih drugih razloga ne može pružiti. U slučajevima gdje su obiteljski odnosi narušeni u znatnoj mjeri, stručnjaci centra za socijalnu skrb, njih 91 % smatra da je smještaj trudnice ili roditelja s djetetom u udomiteljsku obitelj dobro rješenje (Stanić 2011). Osim smještaja u udomiteljske obitelji, postoje situacije u kojima je trudnoća nastupila tijekom smještaja u udomiteljske obitelji (osobito kod maloljetnika) što predstavlja poseban izazov za udomitelje i korisnike (68).

Istraživanja su pokazala da majke s djecom ostaju u udomiteljskim obiteljima, te da su na početku nesigurne u svoje roditeljske kompetencije, a da kasnije pronalaze zadovoljstvo i prilagode se ulozi roditelja koja im daje identitet i osjećaj kompetentnosti(69).

Važno je naglasiti da je prilikom udomiteljstva nužna procjena udomitelja s obzirom na kapacitete, njihova adekvatna educiranost te da prepoznaju potrebe roditelja, kao i djeteta uz neizostavnu podršku tijekom smještaja i daljnju povezanost nakon izlaska iz udomiteljstva.

12. Istraživanje: učestalost maloljetničkih porođaja od 2017. do 2022. godine u Županijskoj bolnici Čakovec

12.1. Opći podaci o Međimurskoj županiji

Međimurska županija smještena je na sjeverozapadu Hrvatske. Područje je na krajnjem sjeveru Hrvatske omeđeno rijekama Murom i Dravom. Zapadni dio dotiče obronke Alpa, dok su središnji i istočni dio ravnica (Panonske nizine). Pokrajina graniči s državama Mađarskom i Slovenijom, a vrlo blizu je i treća zemlja, Austrija. Obuhvaća područje od oko 729.58 km², na kojem obitava oko 105.250 stanovnika. Stanovništvo živi u 131 naseljenom mjestu koja su prema ustroju lokalne uprave i samouprave podijeljena u 22 općine i 3 grada. Najveće naselje po broju stanovnika je grad Čakovec s 15.147 stanovnika. Gustoća naseljenosti iznosi 155,99 stanovnika na km² pa je Međimurska županija jedno od najgušće naseljenih područja u Republici Hrvatskoj. Na području Županije nalazi se i dvanaest romskih naselja u kojima prebiva oko 7.000 osoba romske nacionalnosti (70).



Slika 12.1.1. Karta Međimurske županije

Izvor: <https://medjimurska-zupanija.hr>

12.2. Uvod u statističku analizu

Istraživanjem učestalosti maloljetničkih poroda na području Međimurske županije obuhvaćeno je 266 slučajeva registriranih u šestgodišnjem razdoblju, od 2017. do 2022. godine u Županijskoj bolnici Čakovec. Bio je korišten veći prigodni uzorak ($n = 266$), a podaci o roditeljama starim između 14 i 17 godina prikupljeni su iz zdravstvenih evidencija koje se vode u bolnici, uz prethodno odobrenje etičkog povjerenstva Županijske bolnice Čakovec. Dakle, ne radi se o klasičnoj anketi ispitanika nego o korištenju postojećih podataka (evidencija o maloljetnim roditeljama) što je izvedeno u svibnju 2023. godine. Podaci o ispitanicama se mogu podijeliti u dvije skupine:

- 5 općih podataka o ispitanicama (dob, mjesto stanovanja, bračni status, obrazovni status i korištenje duhanskih proizvoda);
- 8 podataka o trudnoći, porodu i rođenom djetetu.

Navedeni podaci objedinjeni su u excel tablici. Iz dobivene excel datoteke konvertirani su u SPSS datoteku. Na osnovu SPSS datoteke izvedene su statističke analize programom IBM SPSS Statistics 25 (SPSS Inc., Chicago, IL, SAD), a grafički prikazi su izrađeni pomoću Microsoft Office Excela 2010. za Windows (Microsoft Corporation, Redmont, WA, SAD).

Osim ovih podataka o pojedinim maloljetničkim porodima prikupljeni su iz bolničke evidencije, u svrhu komparacije, podaci o svim porodima u bolnici: prema godinama poroda, prema načinu dovršenja poroda (vaginalno, carski rez), spolu rođene djece i prema tome radi li se o prijevremenom porodu ili ne.

Metode statističke analize koje su ovdje korištene su:

- a) deskriptivne metode (tabelarni i grafički prikazi, postoci, srednje vrijednosti i mjere disperzije);
- b) inferencijalne metode (Kolmogorov-Smirnovljev test normalnosti distribucije, hi-kvadrat test i t-test razlike između dviju proporcija za velike nezavisne uzorke);

Zaključci u vezi razlika i povezanosti među varijablama doneseni su na uobičajenom nivou signifikantnosti od 0,05 odnosno uz pouzdanost od 95%.

Rezultati analize su izneseni i opisani u tri poglavlja:

- deskriptivna statistička analiza,
- inferencijalna statistička analiza i
- zaključci u vezi hipoteza.

12.3. Deskriptivna statistička analiza

Ova se analiza sastoji od nekoliko dijelova:

- u prvom dijelu deskriptivne analize prikazani su i komentirani rezultati prikupljanja podataka o 266 maloljetnih porodilja iz evidencije Županijske bolnice Čakovec za razdoblje od 2017 do 2022. godine;
- u drugom dijelu deskriptivne analize podaci o 266 maloljetnih poroda analizirani su s obzirom na dva dijela promatranog razdoblja: pretpandemijsko (2017-2019.) i pandemijsko (2020-2022.);
- u trećem dijelu deskriptivne analize prikazani su i komentirani rezultati prikupljanja podataka o svih 6347 poroda u Županijskoj bolnici Čakovec od 2017. do 2022.godine.

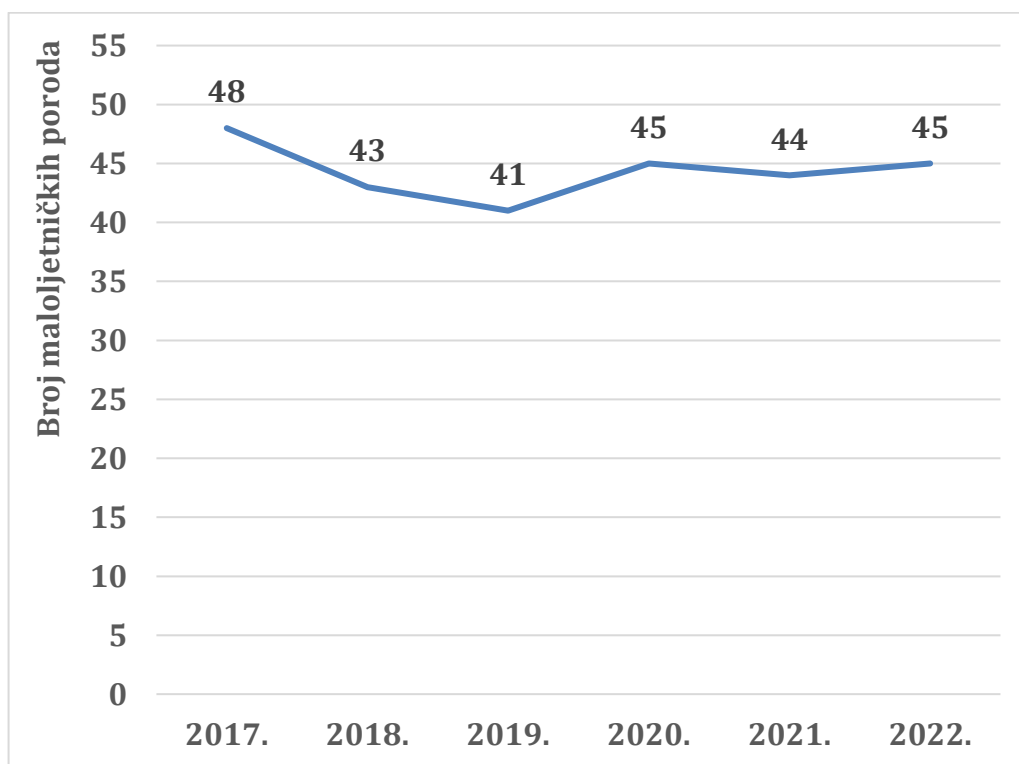
Prvi dio deskriptivne analize obuhvaća podatke o 266 maloljetnih poroda iz evidencije Županijske bolnice Čakovec za razdoblje od 2017 do 2022. godine. Uzorak ispitanika činilo je 266 maloljetnica, najčešće u dobi od 17 godina (njih 59%). Broj maloljetnih roditelja po godinama promatranog šestgodišnjeg razdoblja prikazan je u tabeli 12.3.1. U tabeli 12.3.3. su navedene frekvencije (apsolutne i relativne) za opće podatke o maloljetnim roditeljama izraženo apsolutno i u postocima. Za podatke o trudnoći, porodu i rođenom djetetu korištena je tabela 12.3.4. Podaci o rizičnim porodima navedeni su u tabeli 12.3.6., dok su u tabeli 12.3.7. podaci o pohađanju tečajeva za maloljetne roditelje.

Godina	Broj malolj. poroda	Ukupan broj poroda	% maloljetnič. poroda
2017	48	1041	4,6
2018	43	1069	4,0
2019	41	1027	4,0
2020	45	1120	4,0
2021	44	1082	4,1
2022	45	1008	4,5
Ukupno	266	6347	4,2

Tablica 12.3.1. Broj poroda maloljetnica u Županijskoj bolnici Čakovec za razdoblje od 2017. do 2022. godine

Izvor: autor

Prosječno godišnje u Županijskoj bolnici Čakovec imamo **44 maloljetnička poroda** i taj broj u pojedinim godinama vrlo malo varira (između 41 i 48 poroda odnosno koeficijent varijacije je samo 4%) kao što se vidi iz linijskog grafikona 12.3.2. Maloljetničkih poroda je prosječno godišnje **4,2%** od ukupnog broja poroda u Županijskoj bolnici Čakovec i taj se postotak po godinama vrlo malo mijenjao (kreće se između 4,0 i 4,6%).



Grafikon 12.3.2. Grafički prikaz broja maloljetničkih poroda u Županijskoj bolnici Čakovec u razdoblju od 2017. do 2022. godine

Izvor: autor

Varijabla i oblik varijable	Broj ispit.	% ispit.
Dob roditelja:		
14 godina	3	1
15 godina	28	11
16 godina	79	30
17 godina	156	59
Ukupno	266	100
Mjesto stanovanja:		
grad	2	1
selo	264	99
Ukupno	266	100
Bračni status:		
neudana	266	100
Ukupno	266	100
Obrazovni status:		
nezavršena osnovna škola	122	46
završena osnovna škola	13	49
nezavršena srednja škola	1	0
završena srednja škola	13	5
Ukupno	266	100
Konzumacija duhanskih proizvoda:		
da	197	74
ne	69	26
Ukupno	266	100

Tablica 12.3.3. Opći podaci o maloljetnim roditeljama u Županijskoj bolnici Čakovec za razdoblje od 2017. do 2022. godine (u apsolutnim i relativnim frekvencijama, n = 266)

Izvor: autor

Varijabla i oblik varijable	Broj ispit.	% ispit.
Kontrola trudnoće:		
nekontrolirana	49	18,4
neredovito kontrolirana	95	35,7
redovito kontrolirana	122	45,9
Ukupno	266	100,0
Broj prethodnih porođaja:		
0	221	83,1
1	41	16,9
2	4	
Ukupno	266	100,0
Broj abortusa:		
0	252	94,7
1	12	5,3
2	1	
3	1	
Ukupno	266	100,0
Način dovršenja poroda:		
vaginalno	218	82,0
carski rez	48	18,0
Ukupno	266	100,0
Spol djeteta:		
muški	140	52,6
ženski	126	47,4
Ukupno	266	100
Težina rođene djece:		
1400-1650	1	5,7
1650-1900	2	
1900-2150	4	
2150-2400	8	
2400-2650	20	7,5
2650-2900	57	21,5
2900-3150	66	24,9
3150-3400	56	21,1

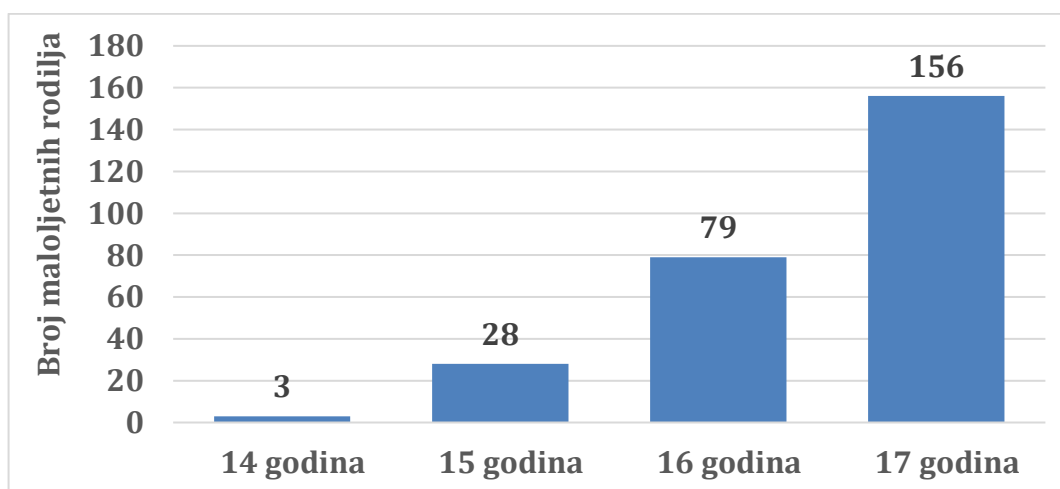
3400-3650	32	12,1
3650-3900	15	5,7
3900-4150	4	1,5
Ukupno	265	100,0
Prijevremeni porod:		
da	10	3,8
ne	256	96,2
Ukupno	266	100,0
Životno ugroženo dijete:		
da	13	4,9
ne	253	95,1
Ukupno	266	100,0

Tablica 12.3.4. Podaci o maloljetnim trudnoćama, porodima i djeci rođenoj u tim porodima u Županijskoj bolnici Čakovec za razdoblje od 2017. do 2022. godine (n = 266)

Izvor: autor

Prosječna dob maloljetničkih roditelja je 16,5 godina dok je medijalna i modalna dob 17 godina (grafikon 12.3.5.). S obzirom na obrazovanje njih tek 54% ima završeno osnovno ili srednjoškolsko obrazovanje dok ih preostalih 46% nema završenu niti osnovnu školu. Karakteristično je da čak $\frac{3}{4}$ maloljetnih roditelja puši.

Za potrebe inferencijalne statističke analize neke od varijabli u tabeli 12.3.4. su pregrupirane odnosno smanjen im je broj kategorija. Tako je dob svrstana u samo dvije grupe: 14-15 godina i 16-17 godina. Školovanje je grupirano u dvije grupe: nezavršeno i završeno.



Grafikon 12.3.5. Maloljetne rotkinje u Županijskoj bolnici Čakovec prema godinama starosti (n=266)

Izvor: autor

Prosječna težina rođene djece maloljetnih rotkinja je 3058 grama, dok je najčešća težina 3200 grama. Distribucija rođene djece prema težini slična je normalnoj distribuciji (u Kolmogorov-Smirnovljevom testu $z = 0,044$ $p = 0,200$), a karakterizira ju manja disperzija (3058 ± 414 uz koeficijent varijacije od 14%).

Broj rizika	Broj poroda	% poroda
0	250	94,0
1	8	3,0
2	5	3,0
3	3	
Svega	266	100,0

Tablica 12.3.6. Podaci o rizičnim porodima maloljetnih roditelja koji su evidentirani u razdoblju od 2017. do 2022. godine ($n = 266$) – rizični porodi su porodi djece težine manje od 2000 grama, porodi koji su prijevremeni i porodi životno ugrožene djece

Izvor: autor

Od ukupno 266 promatranih poroda (maloljetnih porodilja, tabela 12.3.6.) njih 94,0% su bili bez značajnijih rizika, 3,0% je bilo rizičnih (s jednim faktorom rizika), dok je preostalih 3,0% bilo visokorizičnih (s dva ili sva tri rizična faktora). Ukupno je šesnaestoro djece (6,0%) rođeno u rizičnim porodima.

Osim do sada navedenih podataka mogli bi još na kraju dodati da su maloljetne trudnice obavezne **pohađati program** kada ih uputi Hrvatski zavod za socijalni rad, a ukoliko se ne odazovu, izriče im se neka od mjera obiteljsko-pravne zaštite. Program je osmišljen 2018. godine, a od tada do kraja 2022. godine program je prošlo 94 maloljetnih trudnica i roditelja djece do godinu dana starosti. U tabeli 12.3.7. naveden je broj polaznica programa po godinama.

Godina	Broj malolj.polazn.
2018	5
2019	34
2020	19
2021	10
2022	26
Ukupno	94

Tablica 12.3.7. Broj polaznica programa za maloljetne trudnice u Županijskoj bolnici Čakovec ($n = 94$)

Izvor: autor

U prosjeku je 19 trudnica i roditelja godišnje polazilo spomenuti program za maloljetne trudnice.

Drugi dio deskriptivne analize obuhvaća isti skup od 266 maloljetnih poroda, ali promatran prema dva dijela razdoblja: pretpandemijske godine 2017. – 2019. i pandemijske godine 2020. – 2022. godina. Podaci o tome nalaze se u tri tabele (12.3.8., 12.3.9. i 12.3.10.) ili su navedeni samo tekstualno.

Broj maloljetnih poroda je za prve tri godine (132 poroda) praktički identičan u odnosu na druge tri godine (134 poroda).

Prosječna dob 266 maloljetnih porodilja bila je 16,49 godina u pretpandemijskom razdoblju te 16,43 u pandemijskom razdoblju što za čitavo šestgodišnje razdoblje daje opći prosjek od 16,46 godina. Dakle, i tu su razlike neznatne.

Obrazovni status, kontroliranost trudnoće i težina rođene djece bili su u promatrana dva razdoblja kako to prikazuje tabela 12.3.8.

Varijabla i oblik varijable	2017.-2019.	2020.- 2022.
Obrazovni status:		
nezavršena OŠ	64	58
završena OŠ	60	70
nezavršena SŠ	-	1
završena SŠ	8	5
Ukupno	132	134
Kontroliranost trudnoće:		
nekontrolirana	25	24
neredovito kontrolirana	47	48
redovito kontrolirana	60	62
Ukupno	132	134
Prosječna težina rođene djece:		
u gramima	3064	3052

Tablica 12.3.8. Maloljetnički porodi prema obrazovnom statusu roditelja, kontroliranosti trudnoće i prema prosječnoj težini rođene djece (n = 266)

Izvor: autor

Iz tabele 12.3.8. vidljiva je pozitivna promjena kod osnovnih škola u pandemijskom razdoblju u kojem je pao broj nezavršenih osnovnih škola (sa 64 na 58), a porastao broj završenih osnovnih škola (sa 60 na 70). Kod ostale dvije varijable u tabeli 12.3.8. promjene su neznatne.

Treći dio deskriptivne analize obuhvaća sve porode u Županijskoj bolnici Čakovec u istom šestogodišnjem razdoblju što je prikazano u tabelama 12.3.9., 12.3.10. i 12.3.11.

Godina poroda	Način poroda		Ukupno	% poroda s carskim rezom
	vagi-nalno	carski rez		
2017	795	246	1041	23,6
2018	847	222	1069	20,8
2019	824	203	1027	19,8
2020	851	269	1120	24,0
2021	812	270	1082	25,0
2022	793	215	1008	21,3
Svega	4922	1425	6347	22,5

Tablica 12.3.9. Podaci o svim porodima u Županijskoj bolnici Čakovec za razdoblje od 2017. do 2022. godine prema godinama poroda i načinu poroda (n = 6347)

Izvor: autor

Postotak poroda s carskim rezom varirao je između 19,8% i 25,0%, prosječno je iznosio za navedenih šest godina 22,5%. Kod maloljetničkih poroda bilo 18,0% poroda s carskim rezom (22,5 > 18,0). Dakle, maloljetničkih porodi imaju manji broj poroda carskim rezom i ta razlika u odnosu na udio carskim rezom kod svih poroda u bolnici nije statistički značajna ($t = 1,82$ $p = 0,068$).

Godina poroda	Spol djeteta		Ukupno	%poroda muške djece
	muški	ženski		
2017	510	545	1055	48,3
2018	565	512	1077	52,5
2019	534	502	1036	51,5
2020	587	547	1134	51,8
2021	583	517	1100	53,0
2022	501	511	1012	49,5
Svega	3280	3134	6414	51,1

Tablica 12.3.10. Podaci o svim porodima u Županijskoj bolnici Čakovec za razdoblje od 2017. do 2022. godine prema godinama poroda i spolu rođene djece (n = 6347)

Izvor: autor

Kod svih poroda u Županijskoj bolnici Čakovec porođeno je između 48,3% i 53,0% muške djece odnosno prosječno 51,1% za sve navedene godine. Kod maloljetničkih poroda bilo 52,6% poroda muške djece (51,1 < 52,6%). Dakle, maloljetnički porodi imaju veći udio rođene muške djece nego što je to kod sve djece rođene u bolnici Čakovec. Ova razlika ipak nije statistički značajna ($t = 0,48$ $p = 0,633$).

	Broj prijev.r.poroda	Ukupan broj poroda	% prijev.r.poroda
2017	60	1041	5,8
2018	51	1069	4,8
2019	57	1027	5,6
2020	56	1120	5,0
2021	53	1082	4,9
2022	53	1008	5,3
Svega	330	6347	5,2

Tablica 12.3.11. Podaci o svim porodima u Županijskoj bolnici Čakovec za razdoblje od 2017. do 2022. godine prema godinama poroda i broju prijevremenih poroda (n = 6347)

Izvor: autor

Kod svih poroda u Županijskoj bolnici Čakovec postotak prijevremenih poroda varirao je između 4,8% i 5,8% odnosno prosječno je iznosio 5,2% za sve navedene godine. Kod maloljetničkih poroda bilo je 3,8% prijevremenih poroda ($5,2 > 3,8$). Dakle, maloljetnički porodi imaju manji udio prijevremenih poroda nego što je to kod sve djece rođene u bolnici Čakovec. Ova razlika nije statistički značajna ($t = 1,20$ $p = 0,230$).

12.4. Inferencijalna statistička analiza

Ova je analiza napravljena dvjema različitim metodama pa su rezultati prezentirani u dvije skupine prema tome koja je metoda korištena.

Prvu skupinu analiza čine hi-kvadrat testovi kojima je svrha provjeriti postoji li statistički značajna povezanost između nekih nominalnih varijabli ($p < 0,05$) ili te povezanosti nema ($p > 0,05$). Podaci za ovu analizu smještavaju se u kombinirane tabele (tabele kontingencije) s različitim brojem kolona odnosno redova. Ovdje je izvedeno četiri ovakva neparametrijska testa za koje su rezultati smješteni u tabeli 12.4.1.

R b	Varijable u kontingencijskoj tabeli	Format konting. tabele	n	χ^2	p	Φ i V
1.	Obrazovni status (nezavr.,završ.šk.) Kontrola trudnoće (ne,neredov.,da)	2 x 3	266	12,911	0,002**	$\Phi = 0,22$ $V = 0,22$
2.	Dob malolj.rodilja (14-15, 16-17) Kontrola trudnoće (ne,neredov.,da)	2 x 3	266	1,431	0,489	
3.	Konzum.duhanskih proizv.(da,ne) Dob malolj.rodilja (14- 15, 16-17)	2 x 2	266	0,452	0,373	
4.	Prethodni porođaji (ne, da) Kontrola trudnoće (ne,neredov.,da)	2 x 3	266	28,875	0,001***	$\Phi = 0,33$ $V = 0,33$

Napomene: n = veličina uzorka u testu; χ^2 = hi-kvadrat vrijednost dobivena u testu; df = broj stupnjeva slobode; p = vjerojatnost odbacivanja istinite nul hipoteze o nepostojanju povezanosti između varijabli;

* statistička značajnost do 5%; ** statistička značajnost do 1%; *** statistička značajnost do 0,1%

Koeficijenti Φ i Cramerov V se tumače na sljedeći način: od 0.00 do 0.15 vrlo slaba veza; od 0.15 do 0.20 slaba veza; od 0.20 do 0.25 srednja veza; od 0.25 do 0.30 srednje jaka veza; od 0.30 do 0.35 jaka veza i od 0.35 do 0.40 vrlo jaka veza.

Tablica 12.4.1. Rezultati hi-kvadrat testova (n = 266)

Izvor: autor

Zaključci u vezi provedenih hi-kvadrat testova su sljedeći:

1. Između obrazovnog statusa i razine kontrole trudnoće postoji statistički značajna povezanost ($p = 0,002$). Uvidom u tabelu kontingencije na osnovu koje je izvršen ovaj test utvrđeno je da od ukupnog broja roditelja s nezavršenim školovanjem njih 24% nije imalo trudnoću pod kontrolom, dok ih je 34% imalo tu kontrolu redovito. Od onih koji su završili školovanje njih 14% nije imalo trudnoću pod kontrolom, dok ih je 56% imalo tu kontrolu redovito. Dakle, uz veći stupanj obrazovanja veća im je bila i savjesnost u obavljanju kontrole trudnoće. Prema Φ i V koeficijentima radi se o srednje jakoj vezi.

2. Između dobne grupe ispitanica i kontrole trudnoće nije utvrđeno postojanje statistički značajne povezanosti ($p = 0,489$).
3. Između konzumacije duhanskih proizvoda (da, ne) i dobi roditelja (mlađe, starije) nije utvrđeno postojanje statistički značajne povezanosti ($p = 0,373$).
4. Između prethodnih porođaja (ne, da) i razine kontrole trudnoće postoji statistički značajna povezanost ($p = 0,001$). Prema Φ i V koeficijentima radi se o jačoj povezanosti.

Drugu skupinu analiza čine testovi razlike između dviju proporcija za velike nezavisne uzorke. Te razlike između proporcija mogu biti slučajne ($p > 0,05$) ili statistički značajna ($p < 0,05$). Nakon primjene ovog testa dobiveni su rezultati smješteni u tabelu 12.4.2.

R b	Varijabla	Podgrupa ispitanika	Broj ispit.	Proporcija uspješnih	t	p
1.	Završena osnovna škola	malolj.rodilje učen.red.škola	266 2344	130/266 = 0,488 2267/2344 = 0,967	15,49	0,001***
2.	Kontrola trudnoće	malolj.rodilje rodilje međ.žup.	266 6347	144/266 = 0,541 = 0,667	4,03	0,001***
3.	Pušenje kod maloljetn.	malolj.rodilje malolj.osobe	266	197/266 = 0,741 = 0,500	8,80	0,001***
4.	Mjesto stanov.malolj.rodilje	grad selo	266 266	2 / 266 = 0,008 264 / 266 = 0,992	131,50	0,001***

Napomena: * statistička značajnost do 5%; ** statistička značajnost do 1%; *** statistička značajnost do 0,1%

Tablica 12.4.2. Rezultati testova usporedbe proporcija

Izvor: autor

T-testovi provedeni i prikazani u tabeli 12.4.2. odnose se na maloljetne roditelje koje su po navedenim varijablama uspoređivane s odgovarajućim skupinama kako bi se donio zaključak o prihvaćanju odnosno o odbacivanju hipoteza postavljenih u ovom radu. O tome je detaljnije objašnjenje dato u narednom poglavlju.

12.5. Zaključci u vezi hipoteza

U ovom je radu postavljeno pet hipoteza. U nastavku su iznesene te hipoteze, dokazi o njihovoj točnosti odnosno netočnosti te zaključak o njihovom prihvaćanju odnosno odbacivanju.

Prva hipoteza je glasila: „Maloljetne trudnice su često manje obrazovane.“ Dokaz da je ta hipoteza točna nalazi se u tabeli 12.4.2. pod rednim brojem 1.

Od 266 maloljetnih roditelja njih 130 ima završenu osnovnu školu što daje proporciju od 0,488 (48,8%). Za donošenje zaključka o istinitosti navedene hipoteze potrebno je izračunatu proporciju usporediti s odgovarajućom skupinom osoba. Međutim, ne raspolaže se podatkom o obrazovanju maloljetnih roditelja u Hrvatskoj ili nekoj županiji ili regiji kako bi se izvela usporedba proporcija. U Hrvatskoj je na kraju šk.g. 2021/22 osnovnu školu završilo 39014 učenika. Od toga je u Međimurskoj županiji osnovnu školu pohađalo 4533 učenika niže razrede dok je 4687 polazilo više razrede. Dob od 16 i 17 godina ima u Međimurskoj županiji približno 2344 učenika ($4687/2 = 2344$) što daje, procjenjuje se, približno 0,967 onih koji završe osnovnu školu. Stoga se uspoređuju proporcije 0,488 sa 0,967 t-testom razlike između dviju proporcija za velike nezavisne uzorke. Testom se dobiva $t = 15,49$ i $p < 0,001$ pa se zaključuje da se te dvije proporcije statistički značajno razlikuju.

Prema tome, može se zaključiti da je navedena hipoteza **prihvaćena** kao istinita.

Druga hipoteza je glasila: „Maloljetne trudnice su uglavnom slabije kontrolirane trudnoće.“ Dokaz da je ta hipoteza točna nalazi se u tabeli 12.4.2. pod rednim brojem 2.

Proporcija maloljetnih 266 roditelja koje nisu kontrolirane trudnoće ili su neredovito kontrolirane iznosi 0,541. Ta je proporcija uspoređena sa 0,667 svih poroda u bolnici koji su kontrolirani jer se pretpostavlja da su dvije trećine svih poroda bili kontrolirane trudnoće. Razlika između 0,541 i 0,667 statistički je značajna jer u t-testu $t = 4,03$ a $p < 0,001$.

Prema tome, treba zaključiti da je navedena hipoteza **prihvaćena** kao istinita.

Treća hipoteza je glasila: „Maloljetničke trudnoće su često praćene ovisničkim navikama.“ Dokaz da je ta hipoteza točna nalazi se u tabeli 12.4.2 pod rednim brojem 3.

Između 266 roditelja u promatranom uzorku njih 197 puši što daje proporciju od 0,741. Ako pretpostavimo da je proporcija pušača maloljetnika (14-17 g.) u Međimurskoj županiji najviše 0,50 (polovina maloljetnika) onda se može provesti t-test. Rezultati testa ($t = 8,80$ $p < 0,001$) pokazuju da je odnosna razlika proporcija statistički značajna. Dakle, ovisnička navika pušenja kod maloljetnih roditelja statistički je značajno veća od pretpostavljene proporcije pa treba zaključiti da se navedena hipoteza **prihvaća** kao istinita.

Četvrta hipoteza je glasila: „Maloljetne trudnice imaju tendenciju ranog sklapanja brakova.“ Dokaz da ta hipoteza nije točna, samo je jedan podatak iz podataka o promatranom uzorku od 266 maloljetnih trudnica od kojih nijedna nije bila udata.

„Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo u posljednje tri godine u Hrvatskoj je zatrudnjelo 5237 tinejdžerki u dobi od 14 do 19 godina“. Ukoliko se navedeni podatak odnosi na 2010-2012. godinu onda bi za šest godina to bilo približno dvostruko odnosno 10000 trudnoća, ali bez podatka o tome jesu li u vrijeme poroda roditelje bile udate ili nisu. Dakle, nemamo podatak za usporedbu niti na nivou Hrvatske niti na nivou Međimurske županije pa nema osnove za usporedbu. Stoga se treba odlučiti da se netom izneseni podatak o niti jednoj udatoj maloljetnoj trudnici uzme kao jedino rješenje i zaključi da se **ne prihvaća** navedena hipoteza.

Peta hipoteza je glasila: „Maloljetne roditelje pretežno stanuju na selu nego li u gradu.“ Dokaz da je ta hipoteza točna nalazi se u tabeli 12.4.2. pod rednim brojem 4.

U uzorku od 266 maloljetnih roditelja samo su dvije bile iz grada, a njih 264 sa sela. To daje ekstremne proporcije od 0,008 i 0,992 koje se statistički značajno razlikuju ($t = 131,50$, $p < 0,001$) pa navedenu hipotezu treba **prihvatiti**.

13. Rasprava

Vrijeme trudnoće i nakon poroda za svaku majku predstavlja novo i važno poglavlje života ispunjeno različitim emocijama, osobito ako se radi o maloljetnoj djevojci koja se u toj životnoj fazi susreće s velikim i novim izazovima koji se stavljaju pred nju. Djevojke su u tom razdoblju izložene brojnim pritiscima, osuđivanju i etiketiranju od strane društva, pa je svakako neizostavna podrška partnera, obitelji, a ujedno i zdravstvenih djelatnika. Na temelju rezultata istraživanja, može se izvući nekoliko zaključaka. Analizom podataka iz evidencije jasno je vidljivo da je u šestogodišnjem razdoblju ukupan broj maloljetničkih poroda bio 266 i to najčešće u dobi od 17 godina, njih 59%. Analizirajući godine pojedinačno vidljivo je da je u navedenom vremenskom razdoblju broj maloljetničkih poroda svake godine prelazi brojku 40, odnosno prosjek čini 44 maloljetnički poroda, pa se tako najviše ističe 2017. godina, gdje je od ukupnog broja poroda (1041) rodilo 48 maloljetnih majki, što iznosi 4,6% , a taj broj opada 2019. godine na 41 maloljetničkih poroda odnosno 4,0 %. Promatrajući dob roditelja najbrojnije su one sa 17 godina, njih 156 odnosno 59 %. Shodno rezultatima ovu grupu adolescentica ubrajamo u srednju adolescenciju. Djevojke u toj dobi sve su više tjelesno razvijenije, često ulaze u spolne odnose što u konačnici rezultira trudnoćom, pa je i to ujedno razlog nedovoljnog znanja, edukacije i iskustva o prevenciji trudnoće odnosno kontracepciji. Posljedice adolescentskog seksualnog ponašanja golem su teret i za adolescente i za društvo. Problem nije u tome što su tinejdžeri spolno aktivni, već u tome što su slabo pripremljeni i vođeni za razvoj odgovornog seksualnog ponašanja. Razvojno, adolescenti postižu fizičku zrelost prije nego što su kognitivno sposobni shvatiti posljedice svog ponašanja. Glavni izvor informacija o seksualnosti za adolescenta je skupina vršnjaka koji doživljavaju i jačaju isto ponašanje. Osim navedenog, a što je ovo istraživanje dokazalo najviše roditelja sklone su konzumiranju duhanskih proizvoda i to njih 197 (74%). Je li takav rezultat ponovno dokaz da su maloljetne trudnice nedovoljno educirane o posljedicama za njihovo zdravlje, kao i zdravlje novorođenčeta ? Iz tog razloga još je uvijek neizostavan nadzor roditelja uz potrebnu roditeljsku suradnju, komunikaciju i rješavanje problema. Osim već spomenuti najveći postotak koji se odnosi na dob roditelja, ne treba izostaviti i maloljetne roditelje u dobi od 16 godina kojih je 79 odnosno 30%, ali i one od 14 godina bez obzira što čine najmanji postotak od 1%. Najveći broj roditelja, njih 264 (99%) imaju mjesto stanovanja u selu, neudane su, a najveći broj njih 130 (49%) ima završenu samo osnovno školu uz neizostavan broj 122 (46%) bez osnovnoškolskog obrazovanja. Rezultati obrazovnog statusa znatno su vidljivi i naglašeni,, a ujedno prihvaćeni postavljenom hipotezom, stoga ponovno nailazimo na rizični čimbenik. O ovom svima poznatom problemu već se dugo raspravlja, uključuju se brojne institucije, održavaju se sastanci, sjednice, čitamo u novinskim člancima, ali rezultat je još uvijek negativan.

Nedostatak obrazovanja kasnije jenjava u obitelji, društvu, zajednici što dovodi u pitanje egzistenciju sa nemogućnošću zapošljavanja i u konačnici do siromaštva. Nadalje, maloljetne majke prepuštene same sebi i brizi o djetetu, a ubrzo ponovno zatrudne i to njih 41 što dokazuju rezultati. Iz tog razloga, a što je i mnogobrojno puta naglašeno potrebna je edukacija i rane intervencije uz promjene zakonske regulative, a za to je potrebna snaga i volja pojedinca, zajednice, društva i mnogobrojnih institucija. Kada govorimo o kontroli trudnoće ipak nailazimo na najveći postotak maloljetnih trudnica 45,9 % koje redovito kontroliraju trudnoću, ali postoje one koje kontrolu uopće ne obavljaju njih 49 (18,4%) ne znajući da dovode u pitanje zdravlje uz štetne posljedice. Nadalje jedna od kontroverznih tema je svakako abortus, pa je tako u šestogodišnjem razdoblju jednom bio primijenjen kod 12 maloljetnih trudnica. Način dovršenja poroda u većoj mjeri bio je vaginalno, 218 (82%). Muški spol djeteta u maloj je razlici u odnosu na ženski pa tako rezultati ukazuju na 140 (52,6%) djece muškog spola i 126 (47,4%) djece ženskog spola uz najveću porođajnu težinu u rasponu 2900 – 3150 g ili prosječno 3058 g i to kod njih 66 (24,9%). Najveći broj maloljetnih trudnica njih 256 (96,2%) nije prijevremeno rodilo, dok je životno ugrožene djece bilo kod 13 (4,9%) roditelja. Hrvatski zavod za socijalni rad za maloljetne trudnice uveo je obvezu pohađanja programa, a ukoliko se predmetne ne odazovu izriče im se neka od mjera obiteljsko pravne zaštite. Shodno tome maloljetne trudnice osim ostvarenja prava koja im pripadaju određene su im i dužnosti, pa je tako u prosjeku 19 trudnica i roditelja polazilo spomenuti program. Na temelju rezultata istraživanja možemo zaključiti da maloljetničke trudnoće još uvijek predstavljaju javno zdravstveni problem, koji je osobito izražen u Međimurskoj županiji. Promatrajući šestogodišnje razdoblje broj maloljetničkih poroda niti je u porastu, niti u padu, a razlog tome pripisujemo suvremenom načinu života, dostupnosti informacija i drugačijem načinu odgoja i pogledu mladih na svijet. S obzirom na to da 30 % poroda na godišnjoj razini u Međimurskoj županiji čini populacija romske nacionalne manjine, potreban je konkretni program i strategija s ciljem boljeg obrazovanja, edukacije i suživota uz neizostavnu podršku obitelji. Konkretno, neželjena trudnoća u mladoj dobi uzrokuje veliki emocionalni i psihički stres kod žena. Stoga su programi koji učinkovito odgađaju pokušaje seksualne aktivnosti prva i bitna linija obrane. Postoji potreba da roditelji, škole, socijalni radnici i medicinski stručnjaci otvoreno, iskreno i informirano razgovaraju s adolescentima. Tinejdžeri bi također od njih mogli dobiti smjernice kako izbjeći neželjenu trudnoću.

14. Prijedlog javnozdravstvene kampanje za seksualno zdravlje adolescenata: „Volim sebe, brinem o sebi“

Kratka analiza problema:

Adolescencija je jedno od najvažnijih i najosjetljiviji područja ljudskog razvoja. U to vrijeme mladi se suočavaju s brojnim fizičkim, emocionalnim i socijalnim promjenama, uključujući i pitanja seksualnosti i reproduktivnog zdravlja. Nedostatak relevantnih i pouzdanih informacija o temama poput spolno prenosivih infekcija, kontracepcije i spolnih odnosa može dovesti do nepromišljenih odluka i rizika za seksualno zdravlje adolescenata. Ključna pitanja i izazovi vezana uz spolnost s kojima se adolescenti susreću su nezaštićeni spolni odnos koji mogu rezultirati maloljetničkom trudnoćom, spolno prenosive infekcije, te stigma i socijalni pritisak. Preuranjeni spolni odnosi u adolescenciji doprinose visokoj stopi maloljetničkih trudnoća što potvrđuju i rezultati brojnih istraživanja, pa je tako prosječna dob mladih osoba u Hrvatskoj koje stupaju u spolne odnose između 16 i 17 godina. Maloljetničke trudnoće nerijetko su neplanirane i nekontrolirane te shodno tome zahtijevaju posebnu brigu i skrb. Osim preuranjenih spolnih odnosa često je prisutan pritisak obitelji i društva za sklapanje braka što u konačnici rezultira napuštanjem škole i nedostatkom obrazovanja. Maloljetnička trudnoća svakako bi trebala biti jedno od glavnih pitanja u svakom zdravstvenom sustavu jer rana trudnoća može imati štetne i dugotrajne komplikacije i posljedice na fizički, psihički, ekonomski i društveni status maloljetnica.

Ciljana publika:

Razdoblje adolescencije i puberteta pokreću proces spolnog sazrijevanja, što dovodi do mnoštva fizičkih i bioloških promjena uključujući povećani rast i brzinu metabolizma, promjene u mišićima, razvoju grudi i genitalija te izgledu sekundarnih spolnih karakteristika. Usporedo s obrazovanjem i profesionalnim uspjehom, u tom se razdoblju dijete ovisno o roditeljima pretvara u relativno samostalnu mladu odraslu osobu koja je odgovornija za svoje ponašanje i postupke. Shodno navedenom javnozdravstveni problem odnosi se na djecu osnovnih i srednjih škola Međimurske županije, kao i njihove roditelje.

Dugoročni ciljevi:

Sukladno navedenom problemu i rizicima svakako je neizostavna podrška obitelji, zajednice i partnera te razvoj novih strateških i edukacijskih programa, kao i uključivanje brojnih organizacija i institucija za podršku, razvoj i savjetovanje mladih. U odgojno-obrazovni sustav počevši od petog razreda uvesti zdravstveni odgoj uključujući i obrazovanje o spolnosti te spolno odgovornom ponašanju. U Republici Hrvatskoj trenutno nije na snazi niti jedan propis koji bi se na sveobuhvatan način bavio isključivo problematikom maloljetničkih trudnoća pa je tako potrebno je unaprijediti pravni i institucionalni okvir koji se odnosi na maloljetničke trudnoće i roditeljstvo te samu prevenciju.

Osim navedenog ciljeve je potrebno usmjeriti na:

- praćenje trenda pojave spolno prenosivih bolesti kod srednjoškolaca, praćenje trenda maloljetničkih trudnoća
- organizacija (jedanput mjesečno) edukativnih predavanja u srednjim školama
- besplatni telefonski broj i email adresa za savjetovanje u 24 sata/dan
- nabava prezervativa preko dobrotvornih akcija te podjela kod svakog edukativnog predavanja

Srednjoročni ciljevi:

Na nacionalnoj razini potrebno je razviti mehanizme suradnje i razmjene informacija u okviru sustava koji skrbe o maloljetnim trudnicama i roditeljima te poboljšati praćenje pojavnosti maloljetničkih trudnoća i roditeljstva kako bi se utvrdilo točno stanje i izbjegla odstupanja u postojećim službenim podacima o broju maloljetničkih trudnoća u RH. Nadalje izraditi on line anketu za ispitivanje stavova i znanja o spolnosti, kontracepciji te posljedicama neodgovornog ponašanja vezano uz spolne odnose. Rezultate ankete bi analizirali stručnjaci (ginekolog i psiholog) i dali svoje mišljenje (dobili bi se podaci na temelju kojih bi se planirale daljnje akcije).

Kratkoročni ciljevi:

Provoditi kampanje i dodatnu edukaciju o prevenciji i problemima maloljetničkih trudnoća i roditeljstva usmjerenih na senzibilizaciju društva i stručnjaka te podizanje razine njihove informiranosti. Definirati datume i lokacije provođenja kampanje, educirati javnost o važnosti spolnog i zdravstvenog odgoja te osigurati dovoljan broj edukatora.

Strategije i taktike:

Prilikom otkrivanja maloljetničke trudnoće, bilo da je riječ o ustanovi zdravstvene zaštite ili odgojno-obrazovnoj ustanovi, stručni djelatnici o tome trebaju informirati roditelje na način koji osigurava i čuva interes i dignitet djeteta (maloljetne trudnice), te im osigurati pomoć i podršku s ciljem osnaživanja obitelji. Ostvariti suradnju s udrugama, kao i tijelima jedinice i lokalne samouprave.

Aktivnosti:

Savjetodavni rad s mladima, edukacija mladih – edukativne radionice u suradnji s osnovnim i srednjim školama na temu spolnog i zdravstvenog odgoja te spolno prenosivih bolesti, edukacija i senzibilizacija javnosti – edukacija putem medija, izrada plakata koji se postavljaju u osnovne i srednje škole, suradnja sa školskom medicinom i lokalnom zajednicom.

Planiranje:

Fazom planiranja potrebno je osim zdravstvenih djelatnika uključiti i psihologe, pedagoge te druge osobe stručnih kompetencija. Osim navedenog osigurati tehnička, materijalna i financijska sredstva te sponzore i promidžbene materijale. Tijekom provođenja radionica uključiti maloljetnu roditelju i njezine roditelje kako bi učenicima prenijeli vlastito i životno iskustvo koje se odnosi na maloljetničku trudnoću. Definirati razdoblje početka kampanje i samog tijeka kampanje, odabir donatora, suradnja s ginekologijom i porodništvom ŽBČ i ginekologom u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, uspostavljanje kontakta s osobama koje su planirane za video intervju, nabava prezervativa.

Upravljanje resursima:

Koristeći PEST i SWOT strategijsku analizu prikazati snage, slabosti, prilike i prijetnje, osigurati sponzore i podupiratelje kampanje, dodatno educirati i upoznati sudionike o samom projektu i ciljevima te aktivno uključiti medije. Također je potrebno osigurati financijska sredstva iz europskih fondova te središnjih i lokalnih vlasti kako bi se isto moglo realizirati.

15. Zaključak

Rođenje djeteta svakom roditelju predstavlja najljepši dan u životu te otvara nove poglede na život. Uz prisutnu radost svakako dolazi i odgovornost, kako prema djetetu tako i prema samome sebi. Današnje društvo ima drugačiji pogled na ovu životnu fazu uz česta osuđivanja i etiketiranja, no vrijeme odrastanja nije nimalo lako jer se mladi suočavaju s različitim problemima i odlukama. Polemika u vezi spolnog odgoja različita je u društvu, ali bez edukacije i znanja nema napretka. Poznato je da djeca uče od malih nogu. Sukladno takvoj poznatoj tvrdnji ključ uspjeha je obrazovanje o spolnosti te spolno odgovornom ponašanju kroz znanstveno utemeljene i razvojno primjerene informacije uz provođenje preventivnih programa i radionica uključujući osnovne i srednje škole. Svaka mlada osoba jednog će dana morati donijeti odluke koje će joj promijeniti život o svom spolnom i reproduktivnom zdravlju. Međutim, istraživanja pokazuju da većina adolescentica nema dovoljno znanja za donošenje odgovornih odluka, te su izložene prisili, spolno prenosivim infekcijama i neželjenoj trudnoći. Sveobuhvatno seksualno obrazovanje omogućuje mladima da štite i brane svoje zdravlje, dobrobit i dostojanstvo pružajući im potrebna znanja, stavove i vještine. To je preduvjet za ostvarivanje pune tjelesne autonomije, koja zahtijeva ne samo pravo na donošenje odluka o vlastitom tijelu, već i informacije koje će omogućiti da se te odluke donose smisleno. U svrhu što boljeg rezultata odgoja i edukacije potrebno je razvijati mehanizme suradnje (liječnik, škola, centar za socijalnu skrb, obiteljski centri, organizacije civilnog društva, savjetovališta). Mladi u adolescenciji uče putem društvenih mreža, medija i u razgovoru sa svojim vršnjacima pa nerijetko nemaju konkretne i povjerene informacije o spolnim odnosima. Iz tog razloga neizostavna je uloga roditelja, nastavnika kao i stručnih osoba koje daju odgovore i savjete. Osim spomenute edukacije u vrijeme maloljetničkih trudnoća potrebno je naglasak staviti na prenatalne preglede s ciljem smanjenja rizika i mogućih komplikacija za majku i dijete. Obrazovni status maloljetnih trudnica još uvijek je gorući problem koji ne jenjava, pa tako trudnice i roditelje napuštaju obrazovne ustanove bez nastavka obrazovanja što kasnije ostavlja odraz u egzistenciji, ali i općenito u svakodnevnom životu. Rješenja ipak postoje zahvaljujući novoosnovanim obiteljskim centrima te drugim brojnim institucijama koje ulažu svoje napore kako bi mlade usmjerili na pravi put s ispravnim ciljevima, savjetima i odlukama. Promatrajući današnje društvo i ubrzani način života, često nailazimo na nedostatak vremena, a koje je zasigurno svakom potrebno, pa i onaj mali djelić sekunde, za razgovor, podršku, pomoć i savjet.

Pravi oslonac u svakom trenutku osobito onom najtežem je jedinstvena zajednica, a to je obitelj. Poznata izreka iz romana Ane Karenjine glasi: „*Svaka sretna obitelj nalik je jedna na drugu, a svaka nesretna, nesretna je na svoj način*“. Osnovati obitelj u ranoj dobi donosi brojne izazove i strahove. Iz tog razloga potrebna je podrška ne samo roditelja, nego i okoline, društva i zajednice. Samo zajedničkim snagama i voljom možemo pomoći drugima, bez osuđivanja, jer život piše nove stranice.

16. Literatura

1. Mezmur H, Assefa N, Alemayehu T. Teenage Pregnancy and Its Associated Factors in Eastern Ethiopia: A Community-Based Study. *Int J Womens Health*. 2021 Feb 26;13:267–78.
2. Mersal FA, Esmat OM, Khalil GM. Effect of prenatal counselling on compliance and outcomes of teenage pregnancy. *East Mediterr Health J Rev Sante Mediterr Orient Al-Majallah Al-Sihhiyah Li-Sharq Al-Mutawassit*. 2013 Jan;19(1):10–7.
3. Akella D, Jordan M. Impact of Social and Cultural Factors on Teenage Pregnancy. *J Health Disparities Res*. 2015 Jan 1;8:41–62.
4. Kassa GM, Arowojolu AO, Odukogbe AA, Yalew AW. Prevalence and determinants of adolescent pregnancy in Africa: a systematic review and Meta-analysis. *Reprod Health*. 2018 Nov 29;15(1):195.
5. Mann L, Bateson D, Black KI. Teenage pregnancy. *Aust J Gen Pract*. 2020 Jun;49(6):310–6.
6. Marino JL, Lewis LN, Bateson D, Hickey M, Skinner Sr. Teenage mothers. *Aust Fam Physician*. 2016;45(10):712–7.
7. True K, Bajos N, Bohet A, Moreau C. Timing of contraceptive initiation and association with future sexual and reproductive outcomes. *Hum Reprod Oxf Engl*. 2014 Aug;29(8):1651–8.
8. Wigginton B, Lee C. A story of stigma: Australian women’s accounts of smoking in pregnancy. *Crit Public Health*. 2013 Dec 1;23(4):466–81.
9. Keenan T, Evans S, Crowley K. *An Introduction to Child Development*. SAGE; 2016. 457 p.
10. Louw D, Louw A. *Child and Adolescent Development*. UJ Press; 2014. 498 p.
11. Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. The age of adolescence. *Lancet Child Adolesc Health*. 2018 Mar;2(3):223–8.
12. Dodig-Ćurković K. Adolescent Crisis – how is it Diagnosed and Treated? *Medicus*. 2017 Nov 8;26(2 Psihijatrija danas):223–0.
13. Leekuan P, Kane R, Sukwong P, Kulnitichai W. Understanding sexual and reproductive health from the perspective of late adolescents in Northern Thailand: a phenomenological study. *Reprod Health*. 2022 Dec 23;19:230.
14. Britannica Kids:<https://kids.britannica.com/students/article/adolescence/272727>,dostupno 16.7.2023.
15. Vijayakumar N, Op de Macks Z, Shirtcliff EA, Pfeifer JH. Puberty and the human brain: Insights into adolescent development. *Neurosci Biobehav Rev*. 2018 Sep;92:417–36.

16. Koporčić V, Jovanović Ž. Navike, znanje i stavovi o spolnosti adolescenata Brodsko-posavske županije. *J Appl Health Sci Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti*. 2022 Feb 3;8(1):97–108.
17. Protić D. Spolnost i adolescencija. *Nastavnička Rev Stručni Časopis Šk Za Med Sestre Vinograd*. 2020 Dec 7;1(1):21–39.
18. Rudan V. Normalni adolescentni razvoj. *Medix Medixct-Posl Vol10 No52*. 2004 Jan 1;10.
19. Jelica Petrović. Slika tela, seksualnost i partnerske veze u adolescenciji. Novi Sad: Filozofski fakultet; 2016. p. 146.
20. Adolescencija Hrabri telefon, Odrasli :<https://odrasli.hrabritelefon.hr/clanci/adolescencija/> dostupno 16.06.2023
21. Leonardi M, Frecker H, Scheim AI, Kives S. Reproductive Health Considerations in Sexual and/or Gender Minority Adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2019 Feb 1;32(1):15–20.
22. Pourkazemi R, Janighorban M, Boroumandfar Z, Mostafavi F. A comprehensive reproductive health program for vulnerable adolescent girls. *Reprod Health*. 2020 Jan 23;17:13.
23. Denno DM, Hoopes AJ, Chandra-Mouli V. Effective Strategies to Provide Adolescent Sexual and Reproductive Health Services and to Increase Demand and Community Support. *J Adolesc Health*. 2015 Jan 1;56(1):S22–41.
24. Leite FMC, Pinto IBA, Luis MA, Iltchenco JH, Laignier MR, Lopes-Júnior LC. Recurring violence against adolescents: an analysis of notifications. *Rev Lat Am Enfermagem*. 30(spe):e3682.
25. Liang M, Simelane S, Fillo GF, Chalasani S, Weny K, Canelos PS, et al. The State of Adolescent Sexual and Reproductive Health. *J Adolesc Health*. 2019 Dec 1;65(6):S3–15.
26. Odgers CL, Jensen MR. Adolescent development and growing divides in the digital age. *Dialogues Clin Neurosci*. 2020 Jun;22(2):143–9.
27. Altintas E, Gul M. The dark side of the internet regarding sexual education. *Int J Impot Res*. 2022 Apr;34(3):235–6.
28. Jhe GB, Addison J, Lin J, Pluhar E. Pornography use among adolescents and the role of primary care. *Fam Med Community Health*. 2023 Jan 17;11(1):e001776.
29. Grubb LK, Powers M, Committee on adolescence. Emerging Issues in Male Adolescent Sexual and Reproductive Health Care. *Pediatrics*. 2020 May 1;145(5):e20200627.
30. Džepina M, Čavlek T, Juhović Markus V. Savjetovalište za mlade. *Medicus*. 2009 Jul 20;18(2_Adolescencija):227–35.
31. Sing'oei V, Owuoth JK, Otieno J, Yates A, Andagalu B, Smith HJ, et al. Early sexual debut is associated with drug use and decreased educational attainment among males and females in Kisumu County, Kenya. *Reprod Health*. 2023 Jul 27;20:111.

32. Petani R, Vulin A. Spolno ponašanje adolescenata, njihova informiranost i mišljenje o seksualnosti. *Acta Iadert*. 2018 Sep 13;15(1):0–0.
33. Huterer N, Nagy A. Rizično seksualno ponašanje adolescenata. *Didask Časopis Udruge Studenata Pedagog Filoz Fak Osijek*. 2019 Dec 30;3(3.):137–50.
34. Slobodna Dalmacija - Smije li odrasla osoba imati seksualni odnos s osobom od 17 godina? <https://slobodnadalmacija.hr/vijesti/> dostupno 16.06.2023.
35. McCracken KA, Loveless M. Teen pregnancy: an update. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2014 Oct;26(5):355–9.
36. Sestrinstvo u zajednici: <https://knjizara.zvu.hr/sestrinstvo-u-zajednici.html>, dostupno 16.06.2023.
37. Teal S, Edelman A. Contraception Selection, Effectiveness, and Adverse Effects: A Review. *JAMA*. 2021 Dec 28;326(24):2507–18.
38. Raidoo S, Kaneshiro B. Contraception counseling for adolescents. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2017 Oct;29(5):310–5.
39. Kazneni zakon - <https://www.zakon.hr/z/98/Kazneni-zakon>, dostupno 16.06.2023.
40. Goldfarb ES, Lieberman LD. Three Decades of Research: The Case for Comprehensive Sex Education. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. 2021 Jan;68(1):13–27.
41. Breuner CC, Mattson G, Committee on adolescence, committee on psychosocial aspects of child and family health, Breuner CC, Adelman WP, et al. Sexuality Education for Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2016 Aug 1;138(2):e20161348.
42. Jackson CA, Henderson M, Frank JW, Haw SJ. An overview of prevention of multiple risk behaviour in adolescence and young adulthood. *J Public Health*. 2012 Mar 1;34(suppl_1):i31–40.
43. M.Ana: Problem maloljetničke trudnoće u srednjoj školi, diplomski rad, Sveučilište J.J. Strossmayera u Osijeku filozofski fakultet ,Diplomski studij pedagogije i povijest, Osijek, 2012.
44. Metodika zdravstvenog odgoja, <https://knjiga.hr/metodika-zdravstvenog-odgoja-udzbenik-za-5-razred-medicinske-damjan-abou-aldan-1/>, dostupno 16.06.2023.
45. Svetaz MV, Garcia-Huidobro D, Allen M. Parents and family matter: strategies for developing family-centered adolescent care within primary care practices. *Prim Care*. 2014 Sep;41(3):489–506.
46. Deng X, Lin M, Zhang L, Li X, Gao Q. Relations between family cohesion and adolescent-parent's neural synchrony in response to emotional stimulations. *Behav Brain Funct* BBF. 2022 Sep 27;18(1):11.

47. With One Voice: America's Adults and Teens Sound Off about Teen Pregnancy. A National Survey. National Campaign To Prevent Teen Pregnancy, 1776 Massachusetts Avenue, NW, #200, Washington, DC 20036 (\$5); 2001 Apr.
48. Chakole S, Akre S, Sharma K, Wasnik P, Wanjari MB. Unwanted Teenage Pregnancy and Its Complications: A Narrative Review. *Cureus*. 14(12):e32662.
49. Patra S. Motherhood in childhood: addressing reproductive health hazards among adolescent married women in India. *Reprod Health*. 2016 May 4;13(1):52.
50. Milas Vdović V. Socioekonomski status roditelja i odnosi u obitelji ,Diplomski rad, Rijeka: Sveučilište u Rijeci, Filozofski fakultet; 2019.
51. Martinjak D, Odeljan R. Etiološki i fenomenološki čimbenici maloljetničke delinkvencije. Ministarstvo unutarnjih poslova Republike Hrvatske. 2016.
52. Odgoj i obrazovanje: <https://mzo.gov.hr/odgoj-i-obrazovanje/109>, dostupno 16.06.2023.
53. 4planrazvoja:http://www.medjimurskazupanija.hr/images/sjednice_skupstine_2022/10/4-plan-razvoja.pdf
54. Kunac S, Klasnić K, Lalić S. Uključivanje Roma u hrvatsko društvo: istraživanje baznih podataka.
55. Zloković, J.: Obiteljski diskurs u kontekstu nasilja maloljetne djece nad roditeljima, Rijeka, 2014.
56. Huecker MR, King KC, Jordan GA, Smock W. Domestic Violence. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
57. Ivančić M. Faktori rizika za neurorizik kod djece maloljetnih trudnica. *Primalj Vjesn*. 2023 Jun 2;(33./34.):37–40.
58. Amjad S, Adesunkanmi M, Twynstra J, Seabrook JA, Ospina MB. Social Determinants of Health and Adverse Outcomes in Adolescent Pregnancies. *Semin Reprod Med*. 2022 Mar;40(1–02):116–23.
59. Haramina S. Stopa maloljetničkih trudnoća kao indikator kvalitete spolnog i reproduktivnog zdravlja mladih. *Primalj Vjesn*. 2021 May 3;(30.):1–5.
60. Ešegović I. Trudnoća u adolescentnoj dobi, Završni rad, Koprivnica: Sveučilište Sjever; 2016.
61. Brosens I, Muter J, Ewington L, Puttemans P, Petraglia F, Brosens JJ, et al. Adolescent Preeclampsia: Pathological Drivers and Clinical Prevention. *Reprod Sci*. 2019 Feb 1;26(2):159–71.

62. Sekhar DL, Murray-Kolb LE, Kunselman AR, Weisman CS, Paul IM. Differences in Risk Factors for Anemia Between Adolescent and Adult Women. *J Womens Health*. 2016 May;25(5):505–13.
63. Kapp N, Lohr PA. Modern methods to induce abortion: Safety, efficacy and choice. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2020 Feb;63:37–44.
64. Espinoza C, Samandari G, Andersen K. Abortion knowledge, attitudes and experiences among adolescent girls: a review of the literature. *Sex Reprod Health Matters*. 2020 Dec;28(1):1744225.
65. Varžić N. Sestrinska skrb u zajednici kod maloljetničke trudnoće, Završni rad. Koprivnica: Sveučilište Sjever; 2015.
66. Lacković - Grgin, K.: Psihologija adolescencije. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2006
67. “Mama je mama” program za maloljetne i mlade trudnice i roditelje: <https://eurofamnet.eu/toolbox/catalogue-family-support-programmes/family-individual/mama-je-mama-program-za-maloljetne-i>, dostupno 2.8.2023.
68. Laklija M, Vladić A, Stanić S. Udomiteljstvo trudnica ili roditelja s djetetom iz perspektive stručnjaka. *Kriminol Soc Integr Časopis Za Kriminol Penol Poremećaje U Ponašanju*. 2022 Jun 29;30(1):26–46.
69. Aparicio EM, Gioia D, Pecukonis EV. “I Can Get Through This and I Will Get Through This”: The unfolding journey of teenage motherhood in and beyond foster care. *Qual Soc Work*. 2018 Jan 1;17(1):96–114.
70. Međimurska županija - Službene stranice, <https://medjimurska-zupanija.hr/>, dostupno 9.08.2023.

Popis tablica i grafikona

Tablica 2.1. Dobna razdoblja djetetovog razvoja	4
Tablica 12.3.1. Broj poroda maloljetnica u Županijskoj bolnici Čakovec za razdoblje od 2017. do 2022. godine	30
Grafikon 12.3.2. Grafički prikaz broja maloljetničkih poroda u Županijskoj bolnici	31
Tablica 12.3.3. Opći podaci o maloljetnim roditeljima u Županijskoj bolnici Čakovec za razdoblje od 2017. do 2022. godine (u apsolutnim i relativnim frekvencijama, n = 266)	32
Tablica 12.3.4. Podaci o maloljetnim trudnoćama, porodima i djeci rođenoj u tim porodima u u tim porodima u Županijskoj bolnici Čakovec za razdoblje od 2017. do 2022. godine (n = 266).	34
Grafikon 12.3.5. Maloljetne rotkinje u Županijskoj bolnici Čakovec prema godinama starosti (n=266)	34
Tablica 12.3.6. Podaci o rizičnim porodima maloljetnih roditelja koji su evidentirani u razdoblju od razdoblju od 2017. do 2022. godine (n = 266) – rizični porodi su porodi djece težine manje od 2000 grama, porodi koji su prijevremeni i porodi životno ugrožene djece	35
Tablica 12.3.7. Broj polaznica programa za maloljetne trudnice u Županijskoj bolnici Čakovec (n = 94).....	35
Tablica 12.3.8. Maloljetnički porodi prema obrazovnom statusu roditelja, kontroliranosti trudnoće i prema prosječnoj težini rođene djece (n = 266)	36
Tablica 12.3.9. Podaci o svim porodima u Županijskoj bolnici Čakovec za razdoblje od 2017. do 2022. godine prema godinama poroda i načinu poroda (n = 6347).....	37
Tablica 12.3.10. Podaci o svim porodima u Županijskoj bolnici Čakovec za razdoblje od 2017. do 2022. godine prema godinama poroda i spolu rođene djece (n = 6347)	38
Tablica 12.3.11. Podaci o svim porodima u Županijskoj bolnici Čakovec za razdoblje od 2017. do 2022. godine prema godinama poroda i broju prijevremenih poroda (n = 6347)	39
Tablica 12.4.1. Rezultati hi-kvadrat testova (n = 266)	40
Tablica 12.4.2. Rezultati testova usporedbe proporcija.....	41

Etičko povjerenstvo
Broj: 01-1252/1/2023
Čakovec, 29.3.2023.

Etičko povjerenstvo Županijske bolnice Čakovec u sastavu Dejan Balažin, dr.med., spec. pedijatrije, subspec. pedijatrijske nefrologije, Jasmina Srnec, bacc.med.techn., Robert Marčec, dr.med., spec. neurologije, Valentina Biševac, mag.oec. i Monika Risek, mag.iur. na temelju čl.6. Poslovnika o radu Etičkog povjerenstva, na sjednici održanoj dana **29.3.2023.** godine povodom zamolbe Zrinke Baniček Novak, donosi

ZAKLJUČAK

1. **Zrinki Baniček Novak**, daje se suglasnost za provedbom istraživanja na temu „Učestalost maloljetničkih porodaja od 2017. do 2022. godine u Županijskoj bolnici
2. Imenovana je dužan, u skladu s UREDBOM 2016/679 EZ O ZAŠTITI POJEDINACA U VEZI S OBRADOM OSOBNIH PODATAKA I SLOBODNOM KRETANJU TAKVIH PODATAKA, čuvati povjerljivost svih podataka kojima ima pravo i ovlast pristupa te potpisati Izjavu o povjerljivosti.
3. Svi prikupljeni podaci o pacijentima mogu se objaviti kao statistički podaci i koristiti samo u svrhu izrade navedenog rada.
4. O rezultatima provedenog istraživanja imenovani je u obvezi izvijestiti ovo Povjerenstvo.

Predsjednik Etičkog povjerenstva
Dejan Balažin, dr.med., spec. pedijatrije,
subspec. pedijatrijske nefrologije



Dostaviti:

1. Imenovani/a
2. Etičko povjerenstvo
3. Za spis

MARK
ALIKHAINO

Sveučilište
Sjever



SVEUČILIŠTE
SJEVER

IZJAVA O AUTORSTVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, ZRILKA BANICKI NOVAK (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom UGOSTROSTI MARKOVIĆI I ROKOVIĆI OD 1917. do 1918. (upisati naslov) te da u navedenom radu nišu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova. GOĐINE U ŽURANIJSKOJ BOLNICI ČAKOVIĆ

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Banicki Novak
(vlastoručni potpis)

Sukladno čl. 83. Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Sukladno čl. 111. Zakona o autorskom pravu i srodnim pravima student se ne može protiviti da se njegov završni rad stvoren na bilo kojem studiju na visokom učilištu učini dostupnim javnosti na odgovarajućoj javnoj mrežnoj bazi sveučilišne knjižnice, knjižnice sastavnice sveučilišta, knjižnice veleučilišta ili visoke škole i/ili na javnoj mrežnoj bazi završnih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice, sukladno zakonu kojim se uređuje znanstvena i umjetnička djelatnost i visoko obrazovanje.