

Izazovi preuzimanja roditeljske uloge adolescentnih majki

Klasnić, Magdalena

Master's thesis / Diplomski rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:158:948012>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-14**



Repository / Repozitorij:

[Faculty of Education and Rehabilitation Sciences - Digital Repository](#)



Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitaciji fakultet

Diplomski rad
„Izazovi preuzimanja roditeljske uloge adolescentnih
majki“

Magdalena Klasnić

Zagreb, lipanj, 2017.

Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitaciji fakultet

Diplomski rad
„Izazovi preuzimanja roditeljske uloge adolescentnih
majki“

Magdalena Klasnić

Mentorica: Izv.prof.dr.sc. Martina Ferić

Zagreb, lipanj, 2017.

Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisao/napisala rad „Specifičnosti odgoja mladih majki: izazovi i snage“ i da sam njegova autorica. Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima jasno su označeni kao takvi te su adekvatno navedeni u popisu literature.

Magdalena Klasnić

Zagreb, lipanj, 2017.

SAŽETAK

"Izazovi preuzimanja roditeljske uloge adolescentnih majki"

Magdalena Klasnić

Mentorica: izv.prof.dr.sc. Martina Ferić

Socijalna pedagogija/Modul: Djeca i mladi

Interes stručne zajednice za probleme maloljetnih i adolescentnih roditelja, posebice majki, raste no još uvijek se nedovoljno progovara o ovoj temi i postoji niz pitanja na koje je potrebno skrenuti pažnju. Neka od glavnih pitanja su informiranost mladih, mogućnosti izbora, spremnost na roditeljstvo i potrebna podrška za mlade roditelje iz uže i šire zajednice. Za socijalnog pedagoga karakteristično je da se bavi skupinama koje su osjetljivije i izloženije različitim rizicima pa često i marginalizirane u društvu, a u tu kategoriju spada i skupina maloljetnih i adolescentnih majki. Svrha ovog rada je prikazati teorijska utemeljenja koja pojašnjavaju izazove s kojima se suočavaju maloljetne i adolescente majke u njihovoj roditeljskoj ulozi te dobiti uvid u praktična obilježja kvalitete života adolescentnih majki i njihove djece. U radu je dat pregled teorijskih znanja o rizičnom seksualnom ponašanju mladih, uzrocima fenomena maloljetnih trudnoća, rizičnim čimbenicima za neželjene trudnoće, te iskustva maloljetnih i adolescentnih majki u roditeljskoj ulozi. Isto tako, objašnjen je sustav podrške u zajednici sa svim dostupnim socijalnim uslugama za maloljetne majke u Republici Hrvatskoj. Cilj ovog rada je prikupljanje novih saznanja o neplaniranim trudnoćama kod maloljetnih i adolescentnih majki te obilježjima njihovog roditeljstva, kako bi se mogle pružiti smjernice za unaprjeđivanje postojećih preventivnih programa i programa podrške. Navedenoj populaciji potrebna je uspješnija i sveobuhvatnija podrška u zajednici, a sve s ciljem osnaživanja maloljetnih i adolescentnih majki.

Ključne riječi: mlade majke, djeca, podrška u zajednici, izazovi, snage.

SUMMARY

„Challenges in accepting parenting role by teen mothers“

Interest of the professional community for young parents, especially young mothers, is growing but still is not enough mentioned in public and there are several questions that need attention. Some of the main questions are awareness of the young people, possibilities of their choice, preparedness for parenthood, and the support from the closer and wider community. Vulnerable groups that are exposed to many risks and often marginalized in the society are the prime interest of social pedagogues. Therefore, young mothers are also one of interests in the field. Purpose of this work is to show theoretical foundation that can explain young mother's challenges and strengths in their parental role and to get insight in practical characteristics of quality of their life and lives of their children. Theoretical knowledge about high-risk sexual behavior, possible causes for this phenomenon, risk factors for unwanted pregnancies and experiences of young mother in parenting role will be explored. Also, system of support in communities in Croatia with all social services for young mothers will be explained. The aim of this work is to collect new knowledge about unplanned pregnancies and features of young mother parenthood in order to propose guidelines to improve existing preventive programs or programs of support. There is a need for comprehensive and effective support for young mothers in their community.

Keywords: young mothers, children, support in the community, challenges, strengths.

Sadržaj

Sažetak

Summary

1. Uvod.....	1
2. Prevalencija maloljetničkih trudnoća.....	3
2.1. Statistički podatci o reproduktivnom zdravlju u Hrvatskoj.....	5
3. Rizično seksualno ponašanje mladih.....	7
4. Čimbenici povezani s pojavom adolescentske trudnoće.....	9
4.1. Rizični čimbenici.....	9
4.2. Zaštitni čimbenici.....	12
5. Roditeljstvo adolescentnih roditelja.....	15
6. Posljedice adolescentnog roditeljstva.....	18
6.1. Posljedice adolescentnog roditeljstva po majku.....	18
6.2. Posljedice adolescentnog roditeljstva po obitelj adolescentne majke.....	18
6.3. Posljedice na adolescentne očeve.....	20
6.4. Maloljetnički i adolescentni brakovi kao posljedica neplanirane trudnoće.....	22
6.5. Posljedice adolescentnog roditeljstva na djecu.....	23
6.6. Zlostavljanje, zanemarivanje i udomiteljstvo djece adolescentnih majki.....	23
6.6. Posljedice na području maloljetničke delikvencije i kriminogenog rizika.....	24
6.8. Troškovi neplaniranog adolescentskog roditeljstva.....	24
7. Preventivni programi za prevenciju adolescentskih trudnoća i za mlade majke.....	26
7.1. Preventivni programi za prevenciju adolescentskih trudnoća.....	26
7.2. Komponente učinkovitih preventivnih programa za mlade majke.....	27
7.3. Primjer učinkovitog programa: The Nurse-Family Partnership programme.....	32
7.4. Prevencija maloljetničkih i adolescentskih trudnoća u Hrvatskoj.....	34
7.5. Primjer dobrog programa u Hrvatskoj.....	37
8. Zaključak.....	40
Literatura.....	42

1. Uvod

Trudnoća u adolescentnom periodu najčešće je slučajna i neplanirana te je posljedica manjka educiranosti za planiranje obitelji. Za adolescentne majke ovaj period može biti izuzetno stresan jer osim što imaju novu roditeljsku ulogu ujedno moraju i prolaziti kroz ostale razvojne faze adolescencije (Spremo, 2010). Adolescentna trudnoća nerijetko je praćena zdravstvenim, tjelesnim, psihičkim i materijalnim teškoćama, a nerijetko i socijalnim poteškoćama (Džepina i sur., 2009).

Važno je, pri samome početku, definirati populaciju o kojoj će biti riječi u ovom radu. Ne želeći se ograničiti samo na maloljetne trudnice i majke te kako bi ovaj rad bio posvećen i djevojkama koje u periodu adolescencije postaju trudnicama i ulaze u svijet roditeljstva koristit će se termin adolescentnih trudnoća pritom obuhvaćajući širu skupinu majki koje su začele djecu između 11. i 22. godine svojeg života u periodu adolescencije. Iako se manji opseg brige posvećuje djevojkama koje su trudne nakon 18. godine važno je istaknuti da mlade djevojke svojom punoljetnošću ne postižu nužno i spremnost na majčinstvo. Jasno je da dobna granica ne može definirati spremnost na majčinstvo, međutim kroz rad će biti objašnjeno na koji način je maloljetnim i adolescentnim majkama mnogo izazovnije nositi se s dinamičnim promjenama u trudnoći i roditeljstvu.

Adolescencija je razvojna faza u životu svake osobe koja obuhvaća vremensko razdoblje između 11. i 22. godine, a predstavlja prijelaz između djetinjstva i odrasle dobi (Sujoldžić i sur., 2006). Razdoblje spolnog sazrijevanja u adolescenciji povezano je s brzim tjelesnim i psihičkim razvojem, zabrinutošću za izgled i spolno funkcioniranje, pojačanim zanimanjem za suprotni spol, uz razvoj novih osjećaja i želja, početkom spolne aktivnosti, isprobavanjem novih doživljaja - ali i nedostatkom znanja i vještina za zdrave izbore - i stoga sklonošću rizičnom spolnom ponašanju. Adolescenti žele biti slobodniji i samostalniji, odvajaju se i prkose roditeljima, skloniji su rizičnom ponašanju, pa tako nerijetko konzumiraju alkohol, duhan i drogu, rano stupaju u spolne odnose, često bez zaštite, te su podložniji neželjenoj trudnoći (Juratić, 2014).

Kako se u adolescenciji razvija spolnost, tako dolazi do osjećaja nesigurnosti, straha i stida. Javljaju se novi izazovi i želje te dolazi do potrebe za eksperimentiranjem, seksualnim funkcioniranjem te mladi počinju osjećati fizičku privlačnost drugih osoba (Sujoldžić i sur.,

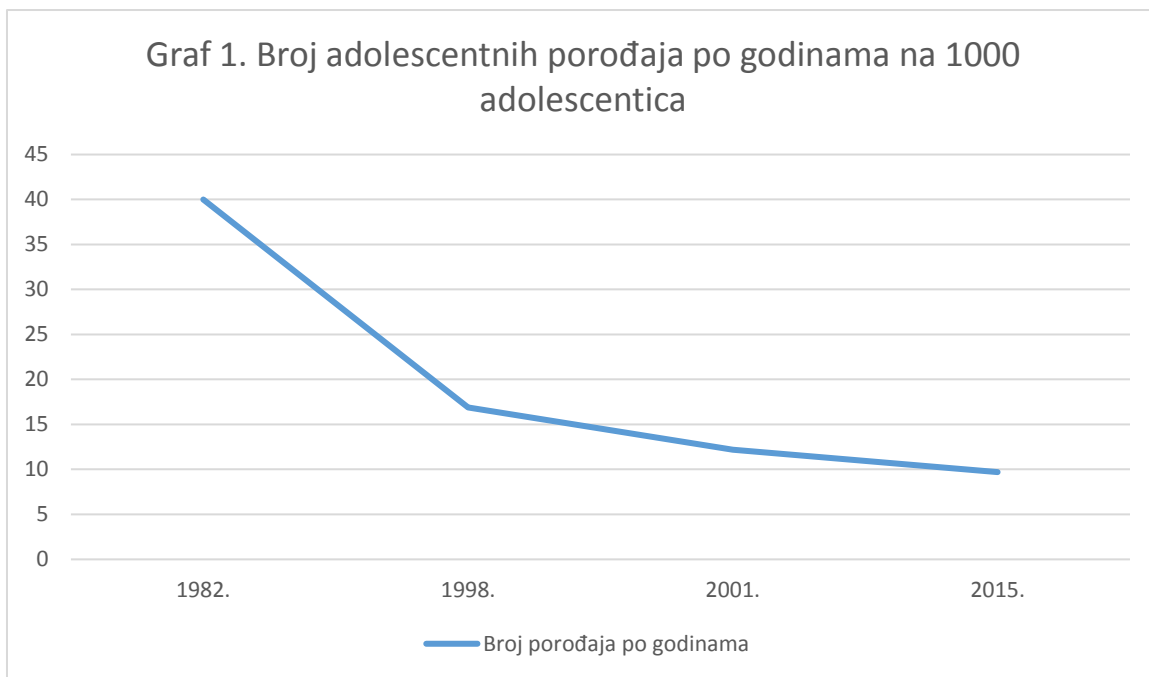
2006). Kod mladih dolazi do bržeg odvijanja fizičkih promjena od emocionalnih, znatiželjni su a prisutan je i pritisak vršnjaka i medija na mlade u pogledu seksualnih odnosa.

Sve navedeno govori kako je u današnjem društvu prisutan izuzetno velik rizik za maloljetničke i adolescentne trudnoće koje su u velikom broju slučajeva neželjene i neplanirane te ostavljaju na mladim djevojkama mnoge posljedice kao i na njihovoj djeci. Osnova za prevenciju na ovom području je edukacija o brizi za reproduktivno zdravlje (Dabol i sur., 2008).

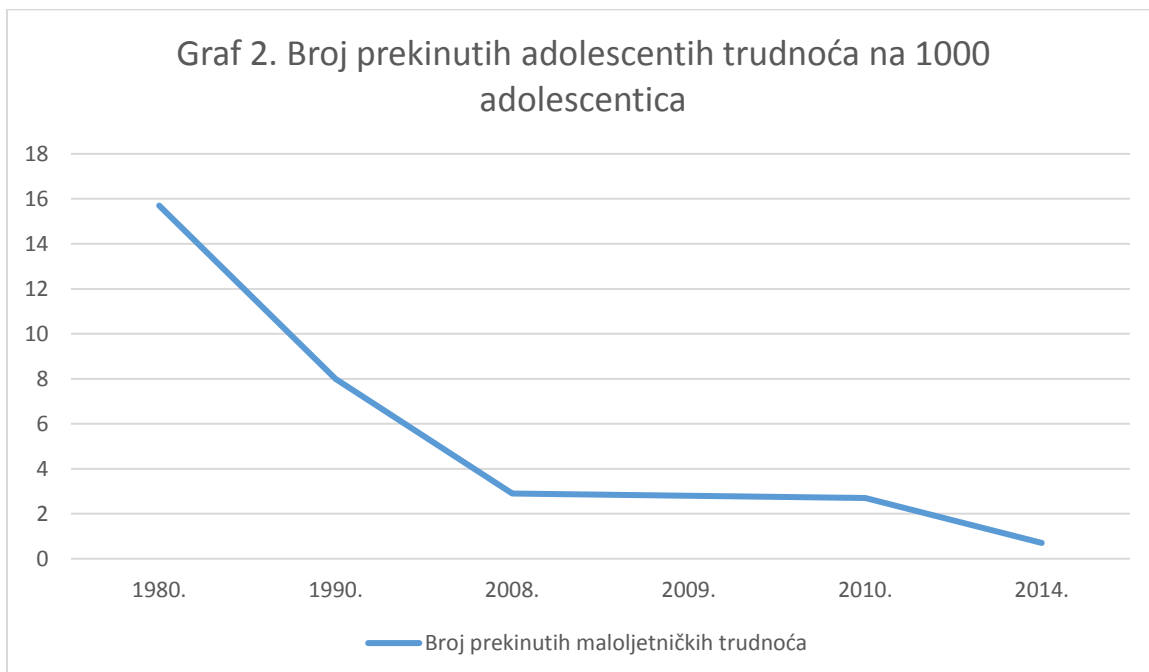
2. Prevalencija maloljetničkih trudnoća

Oko 16 milijuna djevojaka u dobi od 15 do 19 godina, te 2 milijuna djevojaka mlađih od 15 godina, rađaju svake godine. Diljem svijeta, jedna od pet djevojaka rodila je do svoje 18. godine. U najsiromašnijim zemljama svijeta, ta brojka raste na više od jedne na tri djevojke (Perendija, 2010). U mnogim društvima djevojke su pod pritiskom da se ranije udaju i rode, i zato često imaju ograničene mogućnosti za školovanje i zapošljavanje. U slabo i srednje razvijenim zemljama, preko 30 % djevojaka se uda prije svoje 18. godine, a oko 14% njih prije 15. godine (Spremo, 2010). Gotovo sve adolescentne trudnoće, njih oko 95%, događaju se u slabo i srednje razvijenim zemljama te su više vjerojatne među siromašnim, manje obrazovanim i ruralnim stanovništvom (Perendija, 2010). Stopa maloljetničkih poroda u Sjedinjenim Američkim Državama pala je za 64% između 1991. i 2015. godine, točnije, sa 61.8 na 22.3 maloljetničke trudnoće na 1000 ženskih adolescentica između 15-19 godina. Pritom je važno spomenuti kako Sjedinjene Američke Države i dalje imaju jednu od najviših stopa adolescentskih trudnoće među razvijenim zemljama, a rasne, etničke i geografske razlike u maloljetničkim trudnoćama su konstantno uočljive. Stoga je američki Odjel za kontrolu bolesti i prevenciju proglasio adolescentske trudnoće jednom od svojih sedam „dostižnih bitki“ i prioritetom javnog zdravstva. To su učinili svjesni utjecaja širokih razmjera ovog fenomena ali i dostupnošću mnogih poznatih učinkovitih strategija (Mueller i sur., 2016).

Broj adolescentskih trudnoća, bilo da završe porođajem ili namjernim pobačajem u Hrvatskoj u više od posljednja tri desetljeća opada. Fertilitet adolescentica u dobi od 15 do 19 godina dugi je niz godina, sve do 1982. godine, bio stabilan i iznosio je oko 40,0 porođaja na 1000 djevojaka te dobi (Džepina i Posavec, 2012). Nakon 1982. godine opada te je 1998. manji za 55% i iznosio je 16,9 porođaja na 1000 adolescentica; 2001. godine je 12,2, a 2015. godine 9,7 poroda na 1000 adolescentica (Graf 1.) (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2016/10/Porodi_2015.pdf).



Broj prekida adolescentnih trudnoća u Hrvatskoj također opada (Graf 2.). Godine 1980. je 15,7 od 1000 djevojaka adolescentne dobi prekinulo trudnoću a deset godina kasnije to ih je učinilo 8,0. (Kuzman i sur., 2008). Posljednjih godina prijavljuje se godišnje oko 3 pobačaja na 1000 adolescentica (2008. godine – 2,9; 2009. godine – 2,8; 2010 – 2,7; 2014. godine – 0,7) (Daušnik i Lesnik, 2015). (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2015/10/Bilten_POBACAJI_2014.pdf).



Smanjenje broja ranih adolescentskih trudnoća može se opravdavati učinkovitošću zdravstvenog i spolnog odgoja koji je u ovom razdoblju proveden iako ne stalno i sustavno, boljem poznavanju reproduktivnog sustava i sredstava za kontracepciju te češćom primjenom sredstava za zaštitu (Džepina i Posavec, 2012). No, potrebno je i diskutirati o tamnoj brojci ilegalnih pobačaja koji zamagljuju broj adolescentskih trudnoća kao i pravi broj prekinutih adolescentskih trudnoća.

2.1. Statistički podaci o reproduktivnom zdravlju u Hrvatskoj

Praćenje i procjena aktualnog stanja spolno prenosivih bolesti (SPB) u Republici Hrvatskoj provode se na temelju podataka sustavnog nadzora nad zaraznim bolestima u cijeloj zemlji, kojim je zakonski regulirano obavezno epidemiološko prijavljivanje slučajeva oboljelih/umrlih od zaraznih bolesti, izvješća o nalazima uzročnika spolno prenosivih i urogenitalnih infekcija, mikrobioloških laboratorija, izvješća laboratorija koji provode testiranja, izvješća ginekoloških, dermatoveneroloških ambulanti i bolnica, izvješća rodilišta te epidemioloških biobiheviornalnih istraživanja u općoj populaciji i ciljanim populacijama.

Prema obveznim prijavama zaraznih bolesti (sifilis, gonoreja, HIV infekcija i AIDS, klamidijaza, hepatitis B, hepatitis C) iz zdravstvenog sustava, u Hrvatskoj je učestalost „klasičnih“ spolno prenosivih bolesti (sifilis, gonoreja) niska. U posljednjih pet godina (2010.-2014.) godišnje se bilježi 40 novooboljelih od sifilisa i 17 od gonoreje. Tijekom 2014. godine registriran je 51 oboljeli od sifilisa i 23 oboljela od gonoreje. Klamidijska infekcija je, kao i u zemljama EU/EEA, najčešće prijavljivana spolno prenosivih infekcija u Hrvatskoj. Prevalencija klamidijskih infekcija kod adolescenata i mladih do 25 godina se prema različitim istraživanjima kreće od 3,5 do 6,2%. Prevalencija hepatitisa B i hepatitisa C je niska (<2% stanovništva su nositelji). Prevalencija HIV-infekcije je niska (<0,1% stanovnika su nositelji anti-HIV) (Nacionalni program „Živjeti zdravo“, 2015). Iako promatrajući po skupinama spolno prenosive infekcije koje se obavezno prijavljuju čine malen udio u ukupnom broju prijavljenih zaraznih bolesti s niskom prevalencijom, spolno prenosive infekcije su bolesti od javnozdravstvenog interesa te je potrebno imati na umu da je upitna tamna brojka neprijavljenih bolesti. Spolno prenosive infekcije su značajne ne samo zbog posvemašnje raširenosti, već i zbog mogućih kasnih posljedica i komplikacija, kao što su poremećaji zdravlja žena, izvanmaternične trudnoće, bolesti i smrti dojenčadi, zloćudne novotvorine vrata maternice, neplodnost i povećana osjetljivost na HIV. Adolescenti i mlade odrasle osobe do 25 godina

smatraju se najrizičnijom skupinom za zarazu spolno prenosivim bolestima. Mladi češće imaju više seksualnih partnera, više rizičnih partnera, skloniji su neplaniranim i slučajnim seksualnim odnosima i neredovitoj uporabi kondoma. Stoga se mogu smatrati i poveznikom populacijom koja može biti odgovorna za širenje infekcije od zaraženih u opću populaciju. Loše reproduktivno zdravlje često je povezano s neznanjem, bolešću, zlostavljanjem, iskorištavanjem, neželjenom trudnoćom pa i smrću (Nacionalni program „Živjeti zdravo“, 2015).

3. Rizično seksualno ponašanje mladih

Rizično seksualno ponašanje mladih najčešće se definira kao rano stupanje u intimne odnose, učestalo mijenjanje partnera (*hook up kultura*), nedovoljan oprez prilikom seksualnih odnosa što se sve zajedničkim imenom naziva rizičnim seksualnim ponašanjem (Zloković i Vrselj, 2010).

Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo za 2009/2010. godinu udio učenika koji su izjavili da su imali spolni odnos je bio 26% za dječake i 12,7% za djevojčice. Iz prikaza rezultata u sva tri istraživanja uočljive su dvije činjenice: udio djece koja izjavljuju da su imali spolne odnose je u 2010. godini manji nego u 2006. godini za oba spola, a nešto viši nego u 2002. godini. Udio dječaka u svim je godinama istraživanja viši od udjela djevojčica, što se vjerojatno može pripisati potrebi dječaka da se „pohvale“ odraslošću, a što je dokumentirano u meta-analizama istraživanja. U usporedbi s ostalim zemljama sudionicama hrvatski su dječaci na 23. mjestu od 37 zemalja (Kuzman, Pavić Šimetin, i Pejnović Franelić).

Na pitanje „Koje ste metode za sprječavanje trudnoće ti ili tvoj partner upotrijebili pri zadnjem spolnom odnosu“, ispitanici su u visokom postotku naveli korištenje kondoma (80% dječaci i 79% djevojčice). No određenu nepreciznost u poimanju i odgovaranju pokazuje i činjenica da djevojčice navode i korištenje drugih (manje pouzdanih) metoda kao „plodni dani“ i prekinuti snošaj. Zanimljivo je da iako je vrlo visok udio onih koji navode korištenje kondoma ipak postoji visok udio onih koji odgovaraju da nisu koristili ništa (18% - 19%). Iako je općenito svijest o potrebi zaštite kao i korištenje zaštite sve prisutnije, još se uvijek svaki peti petnaestogodišnjak upušta u spolne odnose bez ikakve zaštite, a među djevojčicama su i dalje prisutna vjerovanja da je prekinuti snošaj ili „računanje“ plodnih dana metoda kontracepcije koja se može koristiti (Kuzman, Pavić Šimetin, i Pejnović Franelić).

Međusobni utjecaj (pre)ranog stupanja u spolne odnose i drugih aspekata života mladih (ranije spomenuta generacija petnaestogodišnjaka) pokazuje da rani spolni odnosi nisu izolirani rizični događaj. Mladi koji rano započinju spolni život pokazuju i druga rizična ponašanja, koja nedvojbeno obilježavaju i njihov položaj u društvu i grupi vršnjaka. Pritom je rano stupanje u spolne odnose (s pretpostavkom da su dječaci bili iskreni u odgovorima o svom spolnom životu) rizičnije i kompleksnije za djevojčice nego za dječake. Mladi oba spola koji se odluče na spolne odnose u dobi petnaestogodišnjaka češće su redoviti pušači, češće piju alkohol, opijaju se i

eksperimentiraju s marihuanom, skloniji su zlostavljanju ali su češće i žrtve zlostavljanja. Djevojčice koje se rano upuštaju u spolne odnose lošije komuniciraju s majkom i ocem te su nezadovoljnije svojim životom i zdravljem. Kod dječaka u komunikacija i s ocem i s majkom nedostaju teme o spolnim odnosima. Upravo ta povezanost različitih područja mogućih rizika i ranog stupanja u spolne odnose upozorava da su motivi za tu odluku (osobito kod djevojčica) najčešće izvan konteksta seksualnosti i odraz su želje za samopotvrđivanjem i afirmacijom u grupi i društvu. Preventivne i zaštitne mjere i aktivnosti trebale bi stoga, kao i otvoreno informiranje i odgoj, biti usmjerenu upravo na to vulnerabilno područje života mladih (Kuzman, Pavić Šimetin, i Pejnović Franelić).

Istraživanje koje je provedeno na 196 ispitanika odgojno-obrazovnih ustanova koje se nalaze na području Ličko-senjske županije (31%), Grada Zagreba (26%), Primorsko-goranske (7%), Splitsko-dalmatinske (6%), Istarske (4%), Bjelovarsko-bilogorske (4%) i Međimurske županije (3%) pokazalo je da veliki broj ispitanika u našem na prvom mjestu rizičnih ponašanja ističe problem rane seksualne aktivnosti i preuranjenog seksualiziranog ponašanja maloljetnika čak njih 80,6%. Jedna od “novih” pojava u seksualnom ponašanju sve mlađih je i “hook up” kultura – “uloviti” što veći broj partnera za seksualne odnose u kojima nema nikakve međusobne obaveze niti osjećaja. S obzirom na mnoge rizike koji slijede iz sve ranije seksualne aktivnosti nesumnjivo je kako je informativna, savjetodavna te općenito odgojna i zdravstvena uloga roditelja i nastavnika važna u sustavnoj univerzalnoj prevenciji rane i rizične seksualne aktivnosti djece (adolescentne trudnoće, spolno prenosive bolesti, AIDS...) (Kuzman i sur, 2008). Međutim, osim nekih neuspjelih pokušaja u uvođenju nastavnih programa seksualnog odgoja, uglavnom u pedagoškoj praksi ne zamjećuju se primjereni “vremenu” i potrebama djece sadržaji kojima bi se djeci i mladima adekvatno pomoglo u shvaćanju važnosti izbjegavanje preuranjenih i rizičnih seksualnih odnosa koji se koriste kao “znak odraslosti” i “samodokazivanja”. Ranom stupanju u seksualne odnose valja posvetiti posebnu stručnu pozornost (socijalnih pedagoga, psihologa, pedagoga, liječnika, socijalnih radnika i drugih stručnjaka) budući da se radi o djeci koja se nalaze u riziku od ranih trudnoća koje često prati nezrelost za brigu o sebi i vlastitom djetetu, napuštanja adolescentne majke od strane partnera ili vlastite obitelji, majčino napuštanje djeteta ili školovanja (ponekad i jedno i drugo), egzistencijalni kao i mnogi drugi problemi (Zloković i Vrselj, 2010).

4. Čimbenici povezani s pojavom adolescentske trudnoće

Uzroci neplaniranih trudnoća kod mladih osoba su mnogobrojni i složeni te se nikada ne radi o samo jednom jednostavnom objašnjenju nego o sklopu okolnosti i čimbenika. U nekim društvima, rani brak i tradicionalne rodne uloge su važni čimbenici u visini stope maloljetničkih trudnoća. U nekim sub-saharskim afričkim zemljama, rana trudnoća je često viđena kao blagoslov, jer je smatrana dokazom plodnosti mlade žene (Grahovac, 2010). Neki od najčešćih prepoznatih čimbenika koji u kombinaciji dovode do neplanirane adolescentne trudnoće i roditeljstva su: nedostatak edukacije o sigurnim seksualnim odnosima i metodama kontrole začeca; nedostupnost i nedostatak suvremene i efikasne kontracepcije; strah, zablude i predrasude vezane za suvremenu kontracepciju; dobna razlika između maloljetnica i njihovih partnera. (Studije Nacionalnog centra za zdravstvene statistike utvrdile su da su kod oko dvije trećine ukupnog broja djece rođene od maloljetnih majki u SAD-u očevi odrasli muškarci starosti 20 ili više godina); zlostavljanje i silovanje; nasilje; zlostavljanje i stanje u obitelji; odrastanje u kolektivima izvan roditeljskog doma; udomiteljstvo; siromaštvo; niske norme samopoštovanja; niske obrazovne ambicije i ciljevi, upotreba droga i alkohola; razvijenost i dostupnost zdravstvene zaštite; razvijenost jedne države, njena politika i zakonodavstvo (Grahovac, 2010).

4.1. Rizični čimbenici

U Sjedinjenim Američkim državama 85% adolescentskih trudnoća je neplanirano a već ranije je navedeno kako SAD i Ujedinjeno Kraljevstvo imaju najviše stope adolescentskih trudnoća, dok Japan i Južna Koreja imaju najniže (Sterling Honig, 2012). U područjima pogođenim ratom adolescentske trudnoće često su rezultat silovanja, što je namjeran čin vojnika agresora na tom području. U Južnoj Africi 11-20% adolescentskih trudnoća je direktno uzrokovano silovanjem (Sterling Honig, 2012). U Ujedinjenom kraljevstvu siromaštvo je jedan od najistaknutijih čimbenika koji utječu na broj adolescentskih trudnoća. Polovica svih adolescentskih trudnoća pojavljuje se u 30% najsiromašnijih obitelji dok najmanje siromašne obitelji imaju samo 4% posto adolescentskih trudnoća (Sterling Honig, 2012). Stope adolescentnih trudnoća mnogo variraju ali kao što smo ranije naveli najveće su u najsiromašnijim područjima. Postoje također varijacije u ishodima trudnoća, pa tako majke u lošijoj socioekonomskoj situaciji češće

nastavljaju trudnoću (Smith, 1993). Posvećenost servisa i udruga fokusirana je na više područja. Jedno od njih je briga kako će mladim majkama porođaj naštetiti, što se nije ispostavilo točnim. Ipak presudna nije dob majki nego njihova prenatalna njega. Postoji nešto veće stope perinatalne smrti djeteta ali one su još uvijek znatno manje nego kod starijih majki (Smith i Pell, 2001). Postoji također zabrinutost da adolescentske trudnoće uzrokuju začarani krug socijalne deprivacije odnosno socijalne isključenosti i siromaštva, ali pokazalo se kako je ipak presudno njihovo prethodno okruženje i socioekonomski status više nego sama dob žene (Smith i Pell, 2001). Često su negativni ishodi za mlade majke više odraz drugih dodatnih čimbenika nego same mlade dobi majki (Geronimus i Korenman, 1993).

Majkama koje su začele djecu u svojim tinejdžerskim danima najčešće se prekida ili ometa uobičajen tijek obrazovanja. Ipak treba imati na umu da neke djevojke odustaju od škole i prije trudnoće. Također, danas postoji sve više raznolikih prilika za dodatno školovanje u odrasloj dobi. Stoga bi za istraživanje o adolescentnim majkama bilo mnogo važnije provjeriti stupanj obrazovanja kasnije u njihovom životu nego u samom trenutku adolescentske trudnoće (Corcoran, 1998). Velik dio brige za adolescentske trudnoće bio je usmjeren prema ograničenim mogućnostima u budućnosti mladih djevojaka koje rano zatrudne. Ipak u ovim istraživanjima činilo se kako su znanstvenici bili preokupirani demonstriranjem nepovoljnog položaja mladih majki da su previdjeli činjenicu da su iste majke nadvladale prepreke na koje su nailazile i čak profitirale na području osobnog razvoja zahvaljujući rađanju i podizanju djeteta (Furstenberg i Crawford, 1978). U ranijim istraživanjima su negativna obilježja često bila preuveličavana i nije se pokazivao interes o tome kako mlade majke vide svoju budućnost i kakva ona zaista kasnije biva (Furstenberg i Crawford, 1978).

Dokazano je da medijski prikazi utječu na seksualno ponašanje tinejdžera: glamurozni kadrovi TV emisija i magazina koji snimaju mlade trudne tinejdžere utječu na to da se današnji tinejdžeri lakše upuštaju u seksualne aktivnosti a time i povećavaju vjerojatnost da postanu roditelji (Sterling Honig, 2012). Djevojke koje su odrastale u udomiteljskim obiteljima imaju dvostruko višu stopu trudnoća od djevojaka koje odrastaju u svojim obiteljima. Djevojke čiji su očevi bili prisutni pri njihovom odrastanju imaju bolje izgleda da ne postanu maloljetne ili adolescentne majke (Sterling Honig, 2012). Neki mladi upuštaju se u roditeljstvo zbog prisiljavanja svojeg partnera na veću odanost, posvećenost i intimnost, a neki kreću ovim putem gledajući na to kao osvetu svojim inače jako strogim i autoritarnim roditeljima. Mnogi mladi suočavaju se s neplaniranom trudnoćom zbog manjka znanja o mogućnostima zaštite a neki su izloženi pritisku od svojih intimnih partnera da ne koriste zaštitu (Sterling Honig, 2012).

Najveći rizik za djecu ovako mladih majki je što zbog poricanja ili straha od roditelja odgađaju prenatalnu njegu te time mogu ugroziti svoje i djetetovo zdravlje. Skupina mladih adolescentskih trudnica ima veće rizike za komplikacije tijekom trudnoće i pri porodu (Sterling Honig, 2012). Pušenje je jedan od čestih rizika kojima je obilježena trudnoća adolescentnih majki, što direktno utječe na porođajnu težinu rođene djece (Gordon, 1983). U Ujedinjenom Kraljevstvu pokazalo se da djeca čije su majke pušile tijekom trudnoće i dojenja imaju mnogo slabija postignuća pri čitanju u četvrtom razredu. Problem uzimanja droga tijekom trudnoće izuzetno povećava rizik od mnogobrojnih teškoća (Gordon, 1983).

Piaget je teorijski objasnio da su mladi u periodu puberteta sposobni „operirati“ u kategoriji formalno-operacijskog mišljenja. Definirao je ovu fazu kao onu u kojoj osoba naglo postaje sposobna logično razmišljati, postavljati hipoteze, razmišljati o apstraktnim idejama kao i o objektima, te može klasificirati simbole kao i objekte. U tom periodu mogu hipotetski razmišljati i predviđati što će biti ako nešto učine. Mogu gledati unaprijed i promišljati o mnogobrojnim mogućim ishodima prije poduzete akcije. Sve navedeno trebalo bi im moći pomoći donositi bolje odluke. Ipak mnogi tinejdžeri jako su daleko od donošenja razumnih odluka kada se radi o njihovom seksualnom životu, nagonima i socijalnim interakcijama (Honig, 2010). Često im je jako teško prilagoditi se mnogobrojnim promjenama na svojem tijelu. Također egocentrizam u ovim godinama doseže svoj vrhunac pa su djevojčice često ispred ogledala opsjednute svojom težinom i veličinom grudi, dok dečki brinu o prištićima, priznanju vršnjaka i broju djevojaka koje će osvojiti. U ovom periodu mladi se osjećaju kao da su nepobjedivi i neuništivi te otporni na bolesti. Često se prave važnima, preuzimaju na sebe mnoge rizike što se može voditi opasnim a nekad čak i fatalnim posljedicama (Gordon i Gordon, 1974). Kao primjer može se navesti da voze jako brzo i niti ne pomišljaju da baš oni mogu poginuti u prometnoj nesreći. Sličan način razmišljanja odnosi i se i na neplanirane trudnoće i spolno prenosive bolesti koje smatraju nečim dalekim što se uvijek događa drugima a ne njima (Gordon i Gordon, 1974). Obilno korištenje alkohola također doprinosi porastu adolescentskih trudnoća. Odgajatelji i voditelji zdravstvenog odgoja pokušavaju objasniti mladima kako mozak drugačije funkcionira kada tinejdžeri unose naglo veliku količinu alkohola (Honig, 2002). Mladima alkohol posebno narušava pamćenje i loše utječe na hipokampus (koji kontrolira misli, osjećaje i aktivnosti) te ograničava mogućnosti frontalnog korteksa za pažljivo, razumno i logično razmišljanje. Kada je ograničeno funkcioniranje prefrontalnog korteksa mladi ljudi nisu u stanju kao inače odvagnuti negativne posljedice svojih postupaka i inhibirati svoje impulzivno ponašanje. „Binge“ pijenje, odnosno ispijanje više

alkoholnih napitaka zaredom u jako kratkom periodu, jedan je od rizičnih čimbenika koji može povećava vjerojatnost rizičnog seksualnog ponašanja a time i neželjenih adolescentskih trudnoća (Honig, 2002). Postoje također određene prepoznate tehnike zavođenja koje navode mlade da se upuste u nezaštićen seksualni odnos. Odrasli koji imaju dobar odnos s mladima mogu im pomoći prepoznati „tekstove“ koji se najčešće pojavljuju kao oblik pritiska od strane njihovih intimnih partnera te ih mogu podučiti kako se oduprijeti ovom pritisku. Velik rizik za mlade predstavlja i to što mnogi ne znaju dovoljno o tome kako reproduktivni sustav funkcionira, koja su se kontracepcijska sredstva dostupna i što od njih zaista funkcionira (Gordon, 1983).

Seksualno zlostavljanje u ranom djetinjstvu također može biti povezano sa maloljetničkim i adolescentskim trudnoćama. Neka djeca su nažalost mnogo prije puberteta iskusila spolni odnos zbog grabežljivih i opasnih predatora koji su ih zlostavljali te im kontinuirano prijetili kako bi sve držali u tajnosti (Honig, 2010). Trenutno se radi na mnogim knjigama koje pomažu djeci razumjeti što im se dogodilo i objašnjava im se kako potražiti pomoć od osoba kojima vjeruju. Pristup internetu također povećava zabrinjavajuća ponašanja tinejdžera kao što su upoznavanje nepoznatih osoba i nalaženje s njima u stvarnosti (Honig, 2010). Danas su tinejdžeri izloženi bulingu u školama što može voditi u najgorima slučajevima prisilnim seksualnim odnosima ili suicidu. U nekim školama djevojke su izložene čestim uvredama i naziva ih se mnogim pogrdnim seksualiziranim nazivima. Izrađuju se lažne nudističke slike kako bi se osramotilo osobu, a u isto vrijeme u nekim školama postoji natjecanje u seksualnom ponašanju s ciljem privlačenja pažnje mladića (Honig, 2010).

4.2. Zaštitni čimbenici

Kvalitativno istraživanje pokazalo je kako je za mlade adolescentne majke izrazito važan doživljaj sebe kao roditelja i osjećaj podrške od osoba na koje se mogu osloniti te da to utječe na to kakvi će roditelji postati (DeVito, 2007). Navedeni podaci rezultat su preliminarne studije, bazirane na kvantitativnoj studiji sa brojem od 126 adolescentnih majki u dobi do 19 godina na području grada New Jersey (DeVito, 2007).

Neki od glavnih čimbenika koji utječu na majčinu samopercepciju, posebice u periodu djetetove starosti 4-6 tjedana, su socijalna podrška adolescentičine majke, djetetovog oca i stupanj obrazovanja adolescentice (DeVito, 2007).

U preliminarnom istraživanju adolescentne majke identificirale su svoje majke kao pouzdan i konzistentan izvor emocionalne podrške koja je pozitivno utjecala na samopercepciju njihovog roditeljstva (DeVito, 2007). Što su više podrške ostvarile od svojih majki bila je i viša njihova procjena vlastitih roditeljskih vještina što zapravo iznenađuje, jer postoji pretpostavka da će adolescentne majke biti manje zadovoljne sobom i manje će se osjećati samoučinkovito ako njihove majke više brinu o njihovoj djeci. Upravo zato važno je definirati oblik i vrstu podrške, pod pretpostavkom da se ovdje vjerojatno radi o vrsti podrške u oblika savjetovanja i ohrabivanja a ne odrađivanja roditeljskih dužnosti umjesto adolescentnih majki.

Iako je većina adolescentnih majki prethodno imala sukobe sa svojim majkama, koji su ipak tipični za adolescenciju, kada su i same postale roditelji ti sukobi stavljeni su po strani jer su sada imale nešto zajedničko (DeVito, 2007).

Međutim, što je podrška adolescentnoj majci od njene majke bila opipljivija, kao na primjer odjeća za trudnice, igračke za dijete to se adolescentna majka lošije samoprocjenjivala kao roditelj. Opipljiva podrška je na neki način čini se potkopavala osjećaj povjerenja u vlastite sposobnosti mlade majke i osjećaj neovisnosti (DeVito, 2007).

Spominjući zaštitne čimbenike neizostavno je među njima navesti i podršku oca djeteta. Adolescentne majke su u već spomenutom istraživanju kao drugi najvažniji izvor podrške naveli svog trenutnog partnera odnosno oca djeteta (DeVito, 2007). Što su više emocionalne i opipljive pomoći primile od njega više su samoprocjenjivale kvalitetu svojeg roditeljstva. Ipak, važno je spomenuti da otac djeteta za većinu majki iz istraživanja nije iskazivao kontinuiranu podršku niti je dijelio roditeljske dužnosti, ali kada je bio dostupan pružao je adolescentnoj majci i emocionalnu i konkretnu pomoć, posebno u slučajevima kada djevojčina majka nije dijelom njihovog života (DeVito, 2007). Ovi podatci su pomalo iznenađujući budući da danas društvo teži egalitarizmu kao idealu, ipak navedeno može više biti odraz nezrelost adolescentnih očeva više nego još prisutnog patrijarhalizma.

Stupanj obrazovanja je također utjecao na samoprocjenu roditeljskih sposobnosti adolescentnih majki (DeVito, 2007). U navedenom uzorku ovog istraživanja pokazalo se da što je viši stupanj obrazovanja adolescentnih majki bio postignut to su se pozitivnije doživljavale u samoprocjeni svojeg roditeljstva. Mlade majke su navodile kako im stupanj obrazovanja daje osjećaj da će moći svojem djetetu priuštiti bolju budućnost. Ipak, kada ih se pitalo koje planove imaju za dovršavanje, upotpunjivanje ili nastavljanje svojeg obrazovanja nisu imale nikakav konkretan plan. Ovo nije neuobičajeno za način razmišljanja u adolescentskoj dobi, jer u tom periodu

mladi imaju poteškoće u uviđanju posljedica svojih postupaka i planiranju budućnosti (Sujoldžić i sur., 2006).

Kao zadnji ali ne manje važan zaštitni čimbenik djevojke su navodile trudničke tečajeve i tečajeve za uspješnije roditeljstvo. Ipak nije bilo značajne statističke razlike u samoprocjeni roditeljstva djevojaka koje su pohađale tečaj i onih koje nisu. No, možda je to zbog toga što većina ispitanika nije pohađala trudničke niti tečajeve uspješnijeg roditeljstva (DeVito, 2007).

5. Roditeljstvo adolescentnih roditelja

Istraživanja pokazuju kako je većina adolescentnih majki nespremna za roditeljstvo i kako trebaju dodatno vođenje, upute i podršku zdravstvenog i socijalnog sustava putem pomoći i edukacija (DeVito, 2010).

Istraživanje čimbenika koji doprinose pozitivnoj samopercepciji majki u svojoj novoj ulozi roditelja pokazala su da su neki od najznačajnijih: stupanj obrazovanja, podrška njezinog partnera odnosno djetetovog oca, podrška šire obitelji i razlike u godinama među adolescenticama koje su postale majke (DeVito, 2010). Mlade majke u ovim godinama teže tome da zadovolje potrebe i zahtjeve svojeg odrastanja a u isto vrijeme moraju i biti u ulozi majke. Njihova mogućnost prilagodbe novoj ulozi majke ovisi mnogo i o fazi adolescencije u kojoj je djevojka postala majka. Mlađe adolescentice će još uvijek trebati vođenje svojih majki (Mercer 1995, prema DeVito, 2010). Utvrđeno je da na uspješnost prihvaćanja nove uloge ponajviše utječe značajnost nove uloge za nju, njezini bliski odnosi u trenutnom životu i njezine mogućnosti osobnog rasta i razvoja. Na pozitivnu samopercepciju adolescentnih majki mnogo utječe i samopouzdanje te zadovoljstvo obnašanjem uloge majke (Mercer 1995, prema DeVito, 2010).

O roditeljstvu očeva tinejdžera rijetko se govori. Većina adolescentnih očeva ne ostaje uz svoju djevojku koja je trudna. Ovo vodi tome da mnoga djeca odrastaju čeznući za očevom brigom i prisutnošću (Honig, 2010). Ono što pomalo iznenađuje je to da su očevi najčešće u dobi od 20 godina ili čak stariji (Honig, 2010).

Kvalitativno istraživanje 9 adolescentnih majki koje su začele svoju djecu prije svoje 20. godine, a njihova djeca su trenutno bila s njima a ne u sustavu skrbi pokazalo je mnoga pozitivna iskustva mladih majki. Podatci su prikupljeni metodom intervjuja s majkama izabranim iz baze podataka Honiton Group medicinske prakse, u periodu od ožujka 2000. do siječnja 2001. u Honitonu u Ujedinjenom Kraljevstvu (SeaMark i Lings, 2004).

Iako većina ovih žena nije planirala svoju trudnoću, i prva reakcija njihovih roditelja i partnera nije bila podržavajuća, imale su vrlo pozitivne stavove prema ulozi majke u kojoj su se našle i prema tome što to znači za njih. Većina njih navodi kako je momentalno osjetila povezanost s djetetom kada je ono bilo rođeno (Seamark i Lings, 2004). Navedeno je važno istaknuti jer predstavlja temelj za daljnji razvoj privrženosti s djetetom dok velik broj odraslih žena priznaje

kako ne osjeća povezanost s djetetom kada se ono tek rodi nego im ona nadolazi tek kroz nekoliko idućih dana a ponekad im treba i mnogo duže. Stoga, nije greška naglasiti navedeno kao pozitivno obilježje roditeljstva mladih majki. Majke su također navodile kako je ovo iskustvo postajanja majkom izrazito pozitivno djelovalo na njih i kako ih je ponukalo da odrastu (Seamark i Lings, 2004). Nekoliko majki je priznalo kako su strepile kako će budućnost izgledati prije poroda, ali nakon što su ugledale svoje dijete činilo im se kako je sve sjelo na svoje mjesto i osjetile su kako ih preuzimaju osjećaji raznježenosti, ljubavi ali i ogromne odgovornosti (Seamark i Lings, 2004). Zajedno sa spomenutim valom osjećaja ljubavi i povezanosti priznale su i osjećaj kako moraju zaštititi svoje dijete pod svaku cijenu. Za neke od ovih žena to je značilo da žele priuštiti svojoj djeci ljubav, brigu i nježnost koju same nisu imale dok su odrastale (Seamark i Lings, 2004). Na neki način, ispitivane žene su pokazale ambivalentnost oko refleksije na svoje majčinstvo izrazivši sumnju kako su možda ipak bile premlade, i kako bi bilo idealno da su dobile dijete nakon što su izgradile karijeru ili nakon što su našle pravog partnera s kojim sve mogu zajedno planirati ali prevladavalo je ipak zadovoljstvo. Navodile su kako ih je rođenje djeteta baš u tom razdoblju na neki način poguralo u određenom smjeru ili čak utjecalo na odabir njihove buduće karijere za koju smatraju da je zaista pravi izbor (Seamark i Lings, 2004). Sve sudionice navode kako je imati djecu za koju moraš brinuti velik poticaj u životu. Jedna od ispitanica smatra da je bila premlada da postane majka ali da je izvukla najbolje što je mogla iz danih okolnosti u kojima je naglo postala majkom i kako dan danas ne žali tu odluku (Seamark i Lings, 2004). Rano roditeljstvo kod svih ispitanica utjecalo je na njihovo obrazovanje i perspektivu zapošljavanja u toj fazi njihovog života. Ipak, one se nisu osjećale kao da je ta faza obrazovanja za njih gotova, već upravo suprotno većina njih je pozitivno anticipirala razvoj svoje karijere kako su djeca odrastala (Seamark i Lings, 2004). Smatrale su kako je život još uvijek tek pred njima. Većina ispitanica planirala je nastaviti s nekim oblikom školovanja ili razvoja karijere, dok je nekoliko njih radilo „part-time“ poslove, a većina se interesirala za zanimanja medicinskih sestara ili njegovateljica. Sve u svemu, mlade majke bile su zadovoljne sa svojom trenutnom situacijom i radovala su se budućem napredovanju na svojim poslovima i karijerama dok njihova djeca budu odrastala i postajala sve manje ovisna o svojim roditeljima (Seamark i Lings, 2004). Mnoge od njih su smatrale najvažnijim da budu uz svoju djecu dok su djeca još malena ali to nije značilo da ne planiraju kasnije nastaviti raditi i razvijati svoju karijeru kako bi što više toga mogle priuštiti svojoj djeci (Seamark i Lings, 2004). Iako je podizanje djeteta utjecalo na njihovo obrazovanje i posao one nipošto na to nisu gledale kao na nešto što je propalo ili zauvijek uništeno. Ovi optimistični i realistični stavovi pokazuju kakav pristup i odnos prema životu imaju ove mlade

majke (Seamark i Lings, 2004). Iako priznaju kako su mnogo toga morale žrtvovati i prilagoditi smatraju kako je sve to bilo vrijedno privilegije postanka majkom. Ponosne su na svoju djecu i vrlo realistične vezano uz svoje odgovornosti prema njima. Vrijednost kvalitativnih istraživanja nikad nije u generalizaciji rezultata, ipak uvjetno rečeno ovi rezultati se sigurno mogu primijeniti na više žena nego što je sudjelovalo u ovom istraživanju (Seamark i Lings, 2004). Vrijednost ovog istraživanja je što se za razliku od većine drugih fokusira na prepoznavanje pozitivnih obilježja ranog roditeljstva koja su često zaboravljena i isključena. Prevencijska znanost govori nam da je izrazito važno detektirati ono što je utjecalo na pozitivan rast i razvoj naših korisnika unatoč svim ostalim rizičnim čimbenicima kojima su bili izloženi. Također, vrijednost istraživanje je i u tome što su majke bile ispitivane nakon 4-5 godina od rođenja a ne odmah nakon samog porođaja. Ljudima je često potrebno da prođe neko vrijeme da se mogu osvrnuti na svoja iskustva realnije. Često kada ljudi analiziraju svoja iskustva neposredno nakon što ih dožive te interpretacije imaju slabiju korelaciju sa njihovim stvarnim osjećajima (Smith, 1994). Ipak tu naravno leži i opasnost od zaboravljanja te nadopunjavanja i uljepšavanja samog događaja kako bi ugodile osobi koja ih intervjuira i ostavile dobar dojam. Još jedno od ograničenja rada je i jako malen uzorak od samo 9 majki kojih je na početku bilo 17. Ipak osipanje uzorka je karakteristično za kvalitativna istraživanja. Snaga ovog rada je u bogatim i kvalitetnim podacima dobivenim dubinskim intervjuima (Seamark i Lings, 2004). Još jedna studija je pokazala kako iako je mladim majkama na početku zaista teško ipak ostvaruju i navode mnoge pogodnosti i prednosti vlastitog ranog roditeljstva

Također se pokazalo da se adolescentne majke osjećaju jače, sposobnije i odgovornije nego prije. Navodile su kako osjećaju kao da ih je dijete spasilo od samih sebe, i dalo im svrhu i odgovornost podizanja nove generacije (Health Education Authority, 1999).

6. Posljedice adolescentnog roditeljstva

U sljedećem dijelu teksta fokus će biti na posljedicama adolescentnih trudnoća i roditeljstva u kontekstu ekonomskog utjecaja, zdravstvenih rizika za majku i dijete, roditeljskih vještina i kognitivnih i bihevioralnih izvedbi kod djece. Ove posljedice mogu se podijeliti na one koje su direktna posljedica adolescentne trudnoće i one koje nastupaju indirektno pod utjecajem adolescentne trudnoće i drugih čimbenika kao što su socioekonomski status i primarna obitelj.

6.1. Posljedice po adolescentnu majku

Autori Hoffman i Maynard (2008) istraživali su posljedice adolescentne trudnoće koje pogađaju mlade majke. Neke od najistaknutijih posljedica koje su naveli bile su na području obrazovanja, zaposlenja, financijskih prihoda, plodnosti i braka. Autori su svoje komparativno istraživanje zanimljivo postavili pa su uspoređivali adolescentne majke s djevojkama koje su također doživjele maloljetničku ili adolescentsku trudnoću ali su je prekinule. Ispostavilo se da ipak adolescentsko roditeljstvo nije imalo negativne posljedice na očekivanim područjima. Dokazano je da su majke koje su tada bile trudne u svojim kasnim dvadesetima i ranim tridesetima primale manje financijske podrške i socijalnih usluga nego majke koje su svoju trudnoću odgađale do ranih dvadesetih godina. Negativne posljedice ponajviše su prepoznate na području stopa završetka obrazovanja i količine provedenog vremena kao samohrani roditelj (Grunseit i sur, 1997). Stanley i Swierzewski (2000) kao jednu od mogućih posljedica po maloljetnu ili adolescentu majku ističu ponovljenu trudnoću u mladoj dobi. Oni navode kako podaci iz 2013. godine za SAD govore da jedan od pet maloljetničkih porođaja ponovljen porođaj, što opisuju kao drugi ili već treći porođaj za maloljetnu ili adolescentnu majku. Objašnjavaju ovu pojavu podacima koji govore kako većina tinejdžera nakon poroda koristi kontracepciju ali samo 22% njih koristi najučinkovitije metode zaštite. Djeca majki rođenih kao rezultat ponovljene maloljetničke trudnoće imaju veću vjerojatnost da se rode preuranjeno i da imaju nisku porođajnu težinu (Stanley i Swierzewski, 2000).

6.2. Posljedice po obitelj adolescentne majke

Reakcije roditelja mlade djevojke uključuju poricanje, krivnju i ljutnju. Slične emocije se pojavljuju i kod trudne djevojke. Mnogi roditelji adolescentnih majki percipiraju situaciju kao negativan odraz vlastitih roditeljskih vještina, mogu također osjećati da će biti odbačeni iz svoje

zajednice posebno ako je njihova zajednica religiozna. Trudnoća djeteta može roditeljima donijeti razočarenje jer njihova djeca neće moći ispuniti očekivanja i snove koje su imali za njih. Ako mlada majka odluči dijete dati na posvajanje roditelji mogu osjećati tugu, olakšanje i suosjećati sa svojim djetetom. Mlada majka može stoga postati depresivna, što također može biti negativan utjecaj na dobrobit obitelji. Pozitivno je što mnoge obitelji s vremenom dođu do točke prihvaćanja situacije, i fokusiraju svoju energiju na dočekivanje novorođenčeta te pomaganju mladim roditeljima da nastave sa svojim životom i obrazovanjem nakon rođenja djeteta (Marriage, 2013). Mlada majka često ostaje živjeti sa svojim roditeljima dok ne završi obrazovanje jer oni mogu brinuti o djetetu dok ona završava proces obrazovanja, uči, radi i druži se s prijateljima. Prisutnost bebe u kući znatno će utjecati na cijelu obitelj. Neke obitelji prihvaćaju oba adolescentna roditelja u svoju kuću čak i ako nisu ožeenjeni (Marriage, 2013). Ovisno o tome što mlada majka odluči učiniti (dati dijete na posvajanje, zadržati dijete, ili prekinuti trudnoću) trudnoća i porod stvaraju financijske obaveze koje najčešće padaju na obitelj mlade djevojke. Mnogi poslodavci ne priznaju i ukidaju roditeljima olakšice za uzdržavane članove obitelji te tako obitelj sama mora snositi troškove prenatalne brige i porođaja. Nakon što se dijete rodi njegova zdravstvena skrb kombinirana sa svakodnevnim troškovima kao što su pelene, odjeća i ostalo postiže stvara snažan udar na obiteljski budžet. Često majka mlade djevojke odgaja svoje unuče te to može utjecati na sposobnost da odgaja vlastitu djecu (Spieker i Bensley, 1994). U nekim slučajevima prisutnost adolescentne majke može čak povećati uključenost novopečene bake u brigu o svojoj djeci ali ipak u većini slučajeva nove obaveze kompromitiraju njenu sposobnost da brine o svojoj preostaloj djeci. No, ako roditelji imaju odgovorno adolescentno dijete mogu čak i uživati što su postali djed i baka. Ako su mladi roditelji neodgovorni mogu iskoristavati svoje roditelje kao besplatnu uslugu brige o vlastitoj djeci, djedovi i bake u tim slučajevima često traže pravno skrbništvo nad djetetom (Marriage, 2013). Adolescentna trudnoća u obitelji može promijeniti obiteljske ciljeve, ne samo za mladu djevojku nego i za ostale članove njezine obitelji. Mlada djevojka koja je vjerojatno planirala otići na fakultet ili se zaposliti sada ostaje kod kuće i eventualno pohađa određene tečajeve. Baka i djed često odgađaju napredovanje u karijeri kako bi više pomogli svojoj kćeri. Ovaj događaj također utječe na kratkoročne ciljeve obitelji kao što su planirani izleti i putovanja (Belsky i sur. 1986, prema Devito 2007).

U kontekstu posljedica na obitelj zanimljivo je spomenuti i UNICEF-ovo istraživanje (Bojić i sur., 2010) gdje je sklopu izrade analize stanja i preporuka za postupanje u slučajevima maloljetničkih trudnoća i roditeljstva, održana fokus-grupa s maloljetnim roditeljima. U fokus-

grupi sudjelovale su 4 mlade majke koje su rodile kao maloljetnice u dobi od 16 do 18 godina te jedan otac, koji je postao otac sa 17,5 godina. Prilikom održavanja fokus-grupe svi sudionici bili su punoljetni, roditelji djece u dobi od 2 do 10 godina. Fokus-grupa trajala je 60 minuta, a sudionici su unaprijed bili obaviješteni o uvjetima sudjelovanja, po načelu dobrovoljnosti i anonimnosti. Teme razgovora u fokus-grupi bile su sljedeće: problemi i potrebe s kojima su se susretali uslijed maloljetničke trudnoće i roditeljstva (podrška od strane obitelji i partnera, razumijevanje okoline, nastavak školovanja i sl.), socijalne usluge koje postoje i koje nedostaju te njihove preporuke i smjernice za prevenciju i skrb o maloljetnim roditeljima. Većina maloljetnih roditelja iz fokus-grupe navodi kako su odnosi unutar obitelji po otkrivanju trudnoće bili u manjoj ili većoj mjeri narušeni. Razdoblje ponovnog uspostavljanja funkcionalnih odnosa u obitelji trajalo je od 1 do 6 mjeseci. Neke maloljetne majke navode da su njihovi roditelji prilikom otkrivanja trudnoće bili skloniji prekidu trudnoće. Svi sudionici nastavili su i završili srednjoškolsko obrazovanje, pri čemu jedna sudionica u dopisnoj školi. Kao najveći problem spominje se nerazumijevanje od strane okoline i obitelji, te osjećaj krivnje i strah od predstojećih događaja. Sudionice uglavnom navode da im je bilo potrebno imati nekog s kime bi mogle otvoreno razgovarati, pri čemu se kao pozitivni primjeri navode školska psihologinja i razrednica. Kao najkorisnije i najpotrebnije usluge pomoći i podrške sudionici procjenjuju savjetovalište za maloljetne roditelje te pomoć patronažnih sestara nakon rođenja djeteta. Preporuke od strane sudionika fokus-grupe dominantno su usmjerene na prevenciju maloljetničkih trudnoća, pri čemu osobito ističu potrebu za otvorenim razgovorom o seksualnosti između roditelja i djece, te informiranje i educiranje o metodama zaštite od neželjene trudnoće (Bojić i sur., 2010).

6.3. Posljedice na adolescentne očeve

U okviru istoga istraživanja na uzorku očeva pokazalo se kako se posljedice za očeve vidljive na području većih prihoda kod očeva koji su u roditeljstvo ušli u svojim tinejdžerskim godinama te imaju mnogo više radnih sati od očeva koji su odgađali vrijeme ulaska u roditeljstvo (Hoffman i Maynard, 2008). Ipak muškarci koji su kasnije ulazili u roditeljstvo su imali viši stupanj obrazovanja, i veći broj sati rada kada su u svojim kasnijim dvadesetim godinama (Oakley i sur, 1995). Ipak ove rezultate ne treba gledati jednoznačno jer sigurno ova obilježja ipak ponajviše ovise o karakteristikama mladih očeva i onih koji to nisu, te su određena

ponašanja odabirali s obzirom na osjećaj odgovornosti za svoje dijete i njegovu majku. U slučaju kontrole karakteristika očeva, podizanje djeteta je samo umjereno utjecalo na stupanj obrazovanja i visinu prihoda. Pokazalo se također da su oni koji su se oženili majkom svojeg djeteta ujedno i više doprinosili obitelji svojim radom (Hoffman i Maynard, 2008).

Često je uvriježeno pogrešno shvaćanje među istraživačima i zdravstvenim stručnjacima da adolescentni očevi imaju proriječene kontakte i slabo razvijen odnos sa svojim potomkom. Takozvani mit može ići u dva smjera. Prvi smjer je onaj koji pretpostavlja kako su tinejdžerske trudnoće sasvim iznenadne i neplanirane te se događaju izvan braka a drugi je onaj koji tvrdi kako nevjenčani očevi imaju jako malo kontakta sa svojim djetetom i majkom svojega djeteta nakon poroda. Stvarni podatci su u velikom kontrastu s ovim čestim uvjerenjima. Samo malo više od pola (54%) svih trudnoća majki tinejdžerica začeto je izvan braka, a samo 35% svih poroda tinejdžerica odvijalo se izvan braka (Ross i Neville, 1987). Važno je uzeti u obzir današnje moderno društvo gdje partneri pa i roditelji sve rjeđe sklapaju brakove a sve češće žive zajedno u kohabitaciji. Također, nove spoznaje upućuju na to da nevjenčani adolescentni očevi pokazuju iznenađujuće veliku uključenost dugi period nakon poroda. Načini i oblici kontakta i uključenosti očeva sa majkom ili djetetom vrlo variraju među adolescentnim očevima. Postoje kontrasti gdje neki očevi odlučuju oženiti majku svojeg djeteta ili živjeti s njome u kohabitaciji do onih koji nemaju nikakav kontakt, u svakom slučaju važno se suzdržati od krivih uvjerenja kako adolescentni očevi kao populacija nisu uključeni ni zainteresirani za brigu o djetetu. Važno je napomenuti kako je dob i zrelost očeva glavni čimbenik koji utječe na njihovu ulogu u roditeljstvu i brizi za svoje dijete bila ona praktična, odgojiteljska ili financijska. Ipak zasada se još malo zna o uključenosti adolescentnih očeva u roditeljstvo i njihovu upoznatost s razvojem djeteta. Očinska briga povezana je sa pozitivnim socijalnim i kognitivnim razvojem kod djeteta (Ross i Neville, 1987). A u kontrastu s pozitivnim posljedicama pojavljuje se podatak kako u domovima gdje su djeca odrastala bez oca 43% djece imalo je 2 ili više problema u ponašanju. U obiteljima u kojima je otac imao samo povremene kontakte s obitelji skoro pola djece je imalo kronične probleme u ponašanju. U cjelovitim obiteljima manje od jedne trećine djece je imalo 2 ili više kroničnih problema. Važno je uzeti ove podatke oprezno jer očeva prisutnost ne mora nužno biti korisna za majku i dijete niti njegova odsutnost nužno vodi problemima u djetetovom ponašanju. Ovi podatci govore samo o povezanosti a ne o uzročnosti, pa je svakako važno i pratiti i ostale varijable koje utječu na dinamičan život u obitelji primjerice koliko su očevi sudjelovali u odgoju, kako su prihvatili svoju ulogu i da li su u obitelji postojali neki dodatni problemi (Ross i Neville, 1987).

6.4. Maloljetnički i adolescentni brakovi kao posljedica neplanirane trudnoće

Mladi, najčešće djevojke, koji stupaju u bračne ili izvanbračne zajednice u periodu adolescencije izloženi su mnogim kako zdravstvenim tako i psihosocijalnim rizicima. To je period u kojem se zbivaju intenzivne tjelesne, psihološke, emocionalne i osobne promjene. Rano stupanje u seksualne odnose potencijalni je rizični faktor za izvanbračne i bračne zajednice koje za posljedicu mogu imati zdravstvene, psihosocijalne i društvene poteškoće (Kuzman i sur, 2010). Različiti su autori pokazali da rano seksualno iskustvo u adolescenciji nije izolirani događaj i da je povezan s drugim rizičnim ponašanjem s mogućim neposrednim i dugoročnim posljedicama (Deardorff i sur, 2005). U našim obiteljima komunikacija roditelja sa djecom o pitanjima seksualnosti još uvijek je društveni tabu. Uobičajeno je da mladić i djevojka ne dijele iste ciljeve i namjere i ne razgovaraju o seksualnosti. Stabilna, intimna i za oboje zadovoljavajuća seksualna veza u adolescenciji je rijetkost. Dvoje mladih najčešće se kreću paralelnim linijama, sa malo interesa za očekivanja drugog, preokupirani svojstvenim traganjima i idejama te željom za prvim iskustvima (Kuzman i sur, 2010). Prvi pokušaji su obično neuspješni, česte su promjene partnera uz moguća razna eksperimentiranja u kojima se događaju i adolescentne trudnoće i maloljetničko roditeljstvo (Banićević i sur., 2009). Kod adolescentnih djevojaka trudnoća se često skriva i postaje jasna tek u već odmaklom periodu što je najčešće povezano sa nezrelošću mlade osobe, neznanjem, strahom od odbacivanja i osude okoline. Mladi koji stupaju u bračne i izvanbračne zajednice prije punoljetnosti nisu stigli uspostaviti trajan i čvrst seksualni identitet koji podrazumijeva spremnost za preuzimanje odgovornosti i mogućnost izbora za preuzimanjem uloge roditelja, jer tek krajem adolescencije dolazi do uspostavljanja trajnog i čvrstog spolnog identiteta (Deardorff i sur, 2005). Napuštanje perioda adolescencije nije i nužni dokaz postignute razvojne zrelosti za sve mlade, te je stoga važno promatrati i prirodu odvijanja adolescentnog procesa. Pitanje zašto se značajan broj mladih u našem društvu opredjeljuje za bračnu ili izvanbračnu zajednicu prije punoljetnosti je složeno i povezano je sa mnogim rizičnim čimbenicima, a neki od njih su i konfliktna obiteljska sredina; neodgovorno roditeljstvo (posebno sa djecom teške naravi ili sa poremećajima u ponašanju); nedostatak veza roditelj – dijete; nedostatak pozitivnog modela za identifikaciju; neprikladno, povučeno ili agresivno ponašanje među vršnjacima; neuspjeh u školovanju; loše sposobnosti snalaženja u društvu; druženje sa vršnjacima sklonim raznim neprimjerenim oblicima ponašanja ili raznim subgrupama (Kuzman i sur, 2010).

6.5. Posljedice adolescentnog roditeljstva na djecu

U ovom dijelu fokus će biti na posljedicama po zdravlje djece adolescentnih majki, njihovom razvoju, i cjelokupnoj dobrobit kada su u dobi djeteta i adolescenta. Naglasak je na pet glavnih područja na kojima je moguće pratiti posljedice: kognitivni razvoj i akademski uspjeh, ponašajni ishodi, obiteljsko okruženje, ishodi u uspostavljanju bliskih odnosa i fizičko zdravlje i dobrobit pojedinca (Hoffman i Maynard, 2008). Uspoređujući djecu adolescentnih majki s redovnom populacijom ili s djecom starijih majki ona imaju nižu porođajnu težinu, imaju niže rezultate na zdravstvenoj procjeni, imaju niže kognitivno postignuće i niže procijenjene vještine pri upisu u vrtić te pokazuju niz ponašajnih problema. Ipak većina ovih rezultata se odnosi na majke iz skupa mlađe adolescentne skupine koje su rodile prije svoje 18. godine. Ipak uspoređena s djecom majki koje su rodile između 20. i 21., imaju niže standardizirane rezultate na testovima za vrtić, te su adolescentne kćeri mladih majki imaju manju vjerojatnost maturiranja nakon srednje škole. Djeca adolescentnih majki imaju veću vjerojatnost rane kohabitacije i veću vjerojatnost da ostanu trudne u tinejdžerskim godinama (Oakley i sur, 1995). Uočavajući prednosti za djecu odgađanja trudnoće za barem par godina fokus preventivnih programa bi također morao biti usmjeren i na odgađanje prve trudnoće barem na nekoliko godina. Po pitanju zdravstvenog stanja pokazalo se da djeca adolescentnih majki češće razvijaju kronične zdravstvene probleme ali rjeđe imaju akutne zdravstvene poteškoće. Njihove majke u podjednakom broju izvještavaju o odličnom djetetovom zdravlju, i u istom broju o slabom zdravlju. Djeca adolescentnih majki rjeđe posjećuju doktora i koriste zdravstvene usluge od djece starijih majki. Ovdje je nemoguće razlučiti radi li se ovdje samo o razlici u korištenju zdravstvenih usluga ili zaista u razlici u zdravlju pojedinog djeteta i njegovog imuniteta. U svakom slučaju, novije analize ovog pitanja pokazuju da se u dobi od 14. djetetovih godina zdravlje djece adolescentnih i starijih majki ujednačava (Hoffman i Maynard, 2008).

6.6. Zlostavljanje, zanemarivanje i udomiteljstvo djece adolescentnih majki

Dijete smješteno u udomiteljskoj obitelji je vrlo rijetka pojava no, kod adolescentnih majki ova pojava je mnogo češća, točnije 2.2 puta češća nego kod majki koje su dobile dijete u dobi od 20 ili više godina. Također adolescentne majke su duplo češće prijavljivane za slučajeve zlostavljanja djece ili zanemarivanja nego majke u starijoj adolescentnoj dobi (20-21 godinu) (Marriage, 2013). Jedna od deset mladih adolescentnih majki prijavljena je za dječje zanemarivanje ili zlostavljanje u usporedbi sa 1 od 20 majki koje su u dobi od 20 ili više godina.

Ukratko, djeca adolescentnih majki rođena u dobi majke između 18. i 19. godine imaju 33% veću vjerojatnost da budu izdvojena i završe u udomiteljskoj obitelji i 39% veću vjerojatnost da budu žrtvom zanemarivanja ili zlostavljanja tijekom prvih pet godina svog života od djece rođene u majčinoj dobi od 20 ili više godina (Hoffman i Maynard, 2008).

6.7. Posljedice na području maloljetničke delikvencije i kriminogenog rizika

Istraživanje National Longitudinal Survey of Youth-a na području SAD-a na muškarcima rođenim od majki u dobi 15-21 godinu provedeno 1979. pokazalo je da bi odgađanje roditeljstva sa 16 godina na 20.5 smanjilo vjerojatnost odlaska u zatvor za 11,8 posto, a ukupnu stopu zatvaranja za 3.5% (Grogger, 1979). On je koristio rigorozne i konzervativne tehnike pa su u novije vrijeme ovi rezultati manje cijenjeni. Novije istraživanje (Scher i sur., 2006) pokazalo je da su sinovi mladih adolescentnih majki u dvostruko većem riziku da završe u zatvoru od sinova čije su majke rodile u svojim 20-tim godinama ili kasnije. Približno 14% sinova maloljetnih majki završilo je u zatvoru do svojih kasnih tridesetih godina za razliku od 6% sinova majki koje su ih rodile nakon 20 godine. Također sinovi majki koje su kasnije ušle u svijet roditeljstva su proveli više nego duplo manje vremena u zatvoru. Kontrolirajući ostale rizike, odgađanje roditeljstva smanjilo bi vjerojatnost odlaska u zatvor za 5.8% a vrijeme provedeno u zatvoru za 6.7% (Scher i sur., 2006).

6.8. Troškovi neplaniranog adolescentskog roditeljstva

Možda se čini neprikladno pričati o troškovima kao posljedicama roditeljstva, svejedno i ovo je realan aspekt neplaniranih adolescentskih trudnoća i treba ga imati na umu. On se odražava na tri interesne skupine: roditelje adolescentne trudne djevojke, porezne obveznike koji su odgovorni za javne odredbe, programe podrške i društvo u cijelosti. Troškovi su najuočljiviji na četiri glavna područja: ekonomskoj produktivnosti majki i očeva i odrasle djece, privatnim transferima i porezima, javnom vođenju iz raznih izvora i ostalim posljedicama uključujući djetetovo zdravlje, skrb za dijete i kriminalno ponašanje (Penman-Aguilari i sur., 2013). Troškove adolescentnog roditeljstva najčešće ne snosi majka nego porezni obveznici i ostatak društva. Žene koje su postale majke prije 18 godine će u prosjeku svojih prvih 15 godina roditeljstva imati prihode iz svih izvora, uključujući različite javne oblike vođenja i podrške, i uprihoditi će 1600\$ godišnje više nego majke koje su odgodile porođaj do 20 ili više godina

(Hoffman i Maynard, 2008). Zanimljivo je da će majke koje su rodile nakon svoje 18 godine imati samo 300\$ više dolara godišnje od majki koje su svoje roditeljstvo odgodile za kasniju dob. Govori li se o jednoj prosječnoj državi u kojoj je broj tinejdžerskih trudnoća ustaljen i kreće se oko 300 000 godišnje. Prosječni godišnji trošak za porezne obveznike procijenjen je na 7.3\$ bilijuna odnosno 1445 po majci godišnje tijekom 15 godina (Penman-Aguilari sur., 2013). Najveći iznos troškova odlazi na pomoć majkama i očevima jer imaju mnogo niža primanja, te loše socioekonomske ishode za njihovu djecu. Troškovi za društvo su četiri puta veći od troškova poreznih obveznika te iznose 5,502\$ za adolescentu majku po godini. To znači da kada bi država posvetila veću brigu ovome problemu i kada bi sve potencijalne adolescentne majke odgodile svoju trudnoću barem do svojih ranih 20tih godina društvo bi uštedilo 28\$ bilijuna godišnje koje bi se moglo preusmjeriti u prevenciju istoimenog ili sličnih socijalnih problema. Većina ovog iznosa dolazila bi od veće produktivnosti adolescentnih očeva i njihove djece. Također, majčina produktivnost bi također narasla, te bi se uštedio novac za zdravstvene potrebe djece, udomiteljstvo, odgojne i penalne ustanove (Hoffman i Maynard, 2008).

7.Preventivni programi za prevenciju adolescentskih trudnoća i za mlade majke

7.1. Preventivni programi za prevenciju adolescentskih trudnoća

Dvije glavne skupine programa koje su izrazito važne za temu ovog rada i bolje rješavanje problema su preventivni programi za prevenciju maloljetničkih trudnoća i programi koji nude podršku mladim roditeljima nespremim za roditeljstvo.

Iako su škole većinski orijentirane na pripremanje učenika na akademsko usavršavanje ipak su uz to i glavni partneri roditeljima u razvijanju odgovornosti kod mladih ljudi za njihovo zdravlje. Školski preventivni programi pomažu mladima da usvoje zdrave stavove prema životu i ponašanja koja podržavaju njihovo blagostanje. Upravo navedeni stavovi i ponašanja štite mlade od neplaniranih i ranih trudnoća te spolno prenosivih bolesti (Kalmuss, 2007). Više od 30 godina istraživači su proučavali čimbenike koji prethode seksualno rizičnom ponašanju tinejdžera i ranim trudnoćama. Pružatelji usluga su potom sukladno rezultatima istraživanja kreirali programe kako bi prevenirali navedena ponašanja. Ulagali su velik trud kako bi se rezultati poboljšali no sve su radili neovisno jedni o drugima i nisu se informirali o radu drugih udruga servisa. Takav manjak komunikacije svojevremeno je nosio i slabije rezultate. Ipak s druge strane, takav manjak komunikacije je razumljiv, s obzirom na razlike na u profesionalnoj podlozi stručnjaka, njihovim vještinama, uvjetima rada i dnevnim aktivnostima svakog od provoditelja. Manjak komunikacije i suradnje narušava kvalitetu i novih istraživanja i programa za prevenciju seksualno rizičnog ponašanja i ranih trudnoća. Za ove programe identificirana su četiri ključna seta čimbenika koji su povezani sa rizičnim seksualnim ponašanjem, i ranom trudnoćom: rasa i etnicitet; socioekonomski status; socijalni utjecaji; te stavovi prema kontracepciji, trudnoći i bihevioralne vještine za sigurniji spolni odnos (Kalmuss, 2007). Još je važno istaknuti kako su saznanja istraživanja ukazala na nove implikacije za buduće programe na području prevencije rizičnog seksualno rizičnog ponašanja i ranih trudnoća iz čega je proizašlo osam preporuka. Preporuke poručuju (Advocates for Youth's National Teen Pregnancy Prevention Initiative Advisory Committee prema, White 2007):

- Da bi programi trebali početi ranije i ciljati na mlade adolescente
- Da je potrebno razviti model programe za manjinske skupine

- Programi koji reduciraju rizike moraju se sistematično povezivati s ostalim programima koji direktno utječu na socioekonomske nedostatke
- Programi moraju uvažavati da mladima nedostaju vještine za prakticiranje sigurnijih spolnih odnosa
- Programi bi trebali učinkovito adresirati pritisak vršnjačkih grupa, socijalnih normi i društva u cijelosti na raniji ulazak u spolni život.
- Programi za adolescente ne bi trebali pretpostavljati kako je seksualno ponašanje mladih uvijek voljno. Pogotovo uzimajući u obzir visoke stope prijave mladih žena o prisilnom seksualnom odnosu i velikom broju rane seksualne aktivnosti koja nije bila dobrovoljna.
- Programi ne bi trebali biti zasnovani na pretpostavci da je seksualna aktivnost među mladima limitirana samo na vaginalne odnose.
- Programi ne bi smjeli pretpostavljati kako su adolescenti odlučni oko prevencije trudnoće nego uzeti u obzir njihovu moguću ambivalenciju.

Postoji mnogo programa za ovu populaciju koji su se implementirali, a neki od njih su rigorozno evaluirani. Ipak, istraživači su sukladno mnogobrojnoj literaturi postavljali različite standarde za traženje dokaza učinkovitosti te su došli do prilično različitih rezultata. Najučinkovitiji su se pokazali multidimenzionalni programi koji ciljaju na širi spektar rizičnih čimbenika (Committee on Unintended Pregnancy, 1995).

Neki od primjera učinkovitih programa prevencije adolescentskih trudnoća su „In your Face“ i „Teen voices“ koji su nastali u SAD-u.

7.2. Komponente učinkovitih preventivnih programa za mlade majke

Tinejdžerske trudnoće i rani porod su kompleksni problemi koji zahtijevaju veliku pažnju servisa koji pružaju usluge, edukatora i donositelje različitih odluka (Brown i Eisenberg, 1995). Iskustvo i istraživanja jasno pokazuju da su adolescentne trudnoće povezane s nizom čimbenika- i da ovo nije problem samo tinejdžera koji se upuštaju u nezaštićene spolne odnose. Za mnoge mlade ljude, problemi povezani s ranom trudnoćom i ranim roditeljstvom uključuju mnogo šire socijalne, ekonomske, kulturalne i psihološke čimbenike uključujući siromaštvo, školski neuspjeh i seksualno zlostavljanje (Maleš, 1993). Nadalje, pojavljuje se činjenica da su

najčešće odrasli muškarci očevi djece rođene od maloljetnih i adolescentnih majki. (Landry i Forrest, 1995). Ova kompleksnost utječe na izazove s kojima se nose kreatori preventivnih programa. Treba biti jasno kako ne postoji magično rješenje za sve tinejdžere. Zajednice ne bi trebale očekivati naglo opadanje stope trudnoća i porođaja ove populacije u kratkom periodu jer ovaj proces zahtjeva vrijeme, potvrdu mladih ljudi i ozbiljnu predanost stručnjaka te financijske resurse. (Committee on Unintended Pregnancy, 1995).

Za doseganje šire populacije mladih ljudi programi moraju biti implementirani kombinacijom strategija i uključivati ključne članove zajednice. Dok još uvijek ima mnogo toga za naučiti o uzrocima i posljedicama rane trudnoće stručnjaci koji izrađuju programe mogu profitirati od postojećih istraživanja i „naučenih lekcija“ iz već postojećih lekcija brojnih programa. U nastavku će biti sažete ključne komponente uspješnih programa za prevenciju ranih trudnoća što može biti vodič za razvijanje novih strategija i ojačavanje postojećih intervencija (White, 2007).

Generalni principi za implementaciju preventivnih programa (Advocates for Youth's National Teen Pregnancy Prevention Initiative Advisory Committee prema, White 2007):

- Jasno i realistično postaviti ciljeve programa Mogu biti povezani s odgođenim početkom ulaska u spolne odnose, povećanom i učinkovitijom upotrebom zaštitnih sredstava, smanjivanjem stopa ranih trudnoća i porođaja među sudionicima, i povećavanje stopa završetka obrazovanja.
- Ohrabrivanje kolaboracije u zajednici. Roditelji, susjedstvo, organizacije, škole, zdravstveni servisi i agencije za mlade koje nude kritičnu podršku tijekom svih faza izrade programa i implementacije. Sektor javnih odnosa, poslovni sektor, religijske organizacije i razni pružatelji usluga i servisa igraju također važnu ulogu u partnerskom radu na prevenciji.
- Uključiti mlade u procjenu potreba, kreiranje programa, implementaciju i evaluaciju. Mladi mogu biti uključeni u velik broj aktivnosti uključujući savjetodavne odbore agencija i servisa, postizanju otvorenosti zajednice i planiranje programa te povratne informacije.
- Potrebno je kreirati aktivnosti koje su ujedno i dobno prikladne i razvojno. Intervencije moraju biti prilagođene i za adolescente u ranoj, srednjoj i kasnoj adolescenciji. Te trebaju biti obazrive prema varirajućem stupnju kognitivnog razvoja sudionika.

- Potrebno je pružiti kulturno prikladne aktivnosti programa. Aktivnosti bi trebale biti relevantne za ciljanu populaciju i morale bi reflektirati razumijevanje i senzibilnost prema rasnoj i etničkoj pozadini sudionika.
- Poruke koje se šalju trebale bi biti koordinirane tako da ciljaju podjednako i na mušku i na žensku populaciju. Važno je naglasiti zajedničku odgovornost mladih, kvalitetnu komunikaciju o seksualnim potrebama, asertivnost i vještine odbijanja. Korisni su rodno specifični programi i programi vođeni s muškim i ženskim voditeljima.
- Nužno je ponuditi dugoročnu i konzistentnu podršku. Programe treba prilagoditi individualnim potrebama sudionika. Dok će nekim biti potrebno manje podrške kako bi se prevenirala rana trudnoća drugima će trebati mnogo sveobuhvatnije intervencije koje će trajati tijekom dužeg perioda vremena.
- Potrebno je ponuditi informacije i o apstinenciji od spolnih odnosa i o kontracepcijskoj zaštiti. Poruke o apstinenciji i odgodi spolnih odnosa važne su za one koji se još nisu upustili u seksualne odnose i trebale bi biti prezentirane kao mogućnost za one koji su već seksualno aktivni. Seksualno aktivni mladi također zahtijevaju pristupačne i povoljne kontraceptive i usluge za zaštitu reproduktivnog zdravlja. Neki adolescenti će možda trebati dodatne intervencije da se ojača njihova motivacija za odgodom ranih trudnoća i ranog roditeljstva

White (2007) u svom priručniku „*10 Steps to Promoting Science-Based Approaches (PSBA) to Teen Pregnancy Prevention using Getting To Outcomes (GTO)*“ navodi kružni proces izrade programa za prevenciju neželjenih tinejdžerskih trudnoća. Važno je naglasiti da su faze međusobno povezane i da se nadovezuju jedna na drugu (Tablica 1.)

Tablica 1. Kružni proces izrade programa

	Što	Na koji način
1. korak	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificirati područja u kojima je prevalencija pojave maloljetničkih i adolescentnih trudnoća najveća 2. Detektirati rizične i zaštitne čimbenike koji su u toj zajednici povezani s neplaniranim i neželjenim maloljetničkim i adolescentnim trudnoćama i seksualno rizičnim ponašanjem. 3. Procijeniti resurse zajednice koji mogu pomoći u smanjivanju broja neželjenih trudnoća kod mladih i seksualno rizičnog ponašanja 4. Prikupiti podršku svih sudionika i procijeniti spremnost zajednice da prihvati aktivnosti i prihvati te prizna problem koji je opažen. 	<p>Na samom početku potrebno je postaviti malu radnu grupu koja će pomoći u prikupljanju informacija. To može biti već postojeća grupa koja će ispuniti ovu svrhu ili ju je samo potrebno proširiti. Moguće je tražiti pomoć od državnih servisa ili nevladinih udruga koje se inače bave ovom problematikom. Zatim slijedi planiranje na koji način će se prikupljati podaci te je preporučljivo koristiti različite metode za prikupljanje podataka, primjerice: forume za otvorenu diskusiju članova zajednice, intervju sa stručnjacima, upitnike te postojeće informacije i podatke</p>
2. korak	<ol style="list-style-type: none"> 1. Postavljanje ciljeva programa i željenih ishoda 2. Identifikacija učinkovitih aktivnosti za prevenciju tinejdžerskih trudnoća i najbolje metode evaluacije 	<p>Korisno je zapisati ciljeve kao općenite izjave koje opisuju što želimo postići u dugoročnom planu. Ciljeve je potrebno izgraditi na prioritetima koje smo odredili u koraku 1. Fokus programa je na određenoj grupi mladih ljudi koju treba prethodno istražiti i jasno je kako im pomaže da ostvare promjenu. Korisno je i zapisati željene ishode u konkretnim rečenicama i izrazima koje je kasnije moguće izmjeriti. Počinje se raditi logički model povezujući aktivnosti programa sa željenim ishodima.</p>
3.korak	<ol style="list-style-type: none"> 1. Korištenje dosadašnjih saznanja kako bi se učinkovito planiralo i poboljšala vjerojatnost za uspjeh. 2. Sa resursima mudro raspolagati na ono što se u znanstveno utemeljenim i na praksi utemeljenim programima pokazalo učinkovitim. 3. Uvjeravanje sponzora programa da je program baziran na zadnjim znanstvenim spoznajama i da će napraviti promjenu u broju maloljetničkih i adolescentnih trudnoća i seksualno prenosivih bolesti 	<p>Potrebno je povezati se s ostalim stručnjacima u ovom području te se konzultirati s njima. Važno je usmjeriti se na programe koji ciljaju na sličnu populaciju sličnu populaciju po dobi, etničkoj pripadnosti i spolu te koji vode sličnim ishodima koji se žele postići.</p>
4.korak	<ol style="list-style-type: none"> 1. Povećati šanse da program odgovara i bude prihvaćen među mladima i u zajednici 2. Smanjiti ponavljanja i preklapanja s drugim programima koji se već provode u zajednici 3. Prilagoditi program kako bi bile vidljive promjene koje se žele postići 4. Osigurati da program odgovara kulturi zajednice kojoj je namijenjen 	<p>Važno je koristiti podatke prikupljene prilikom koraka 1. Zatim treba provjeriti je li se ciljana populacija poklapa s populacijom iz znanstveno utemeljenih programa prema kojima se kreira program. Izuzetno je važno pratiti je li zajednica spremna i voljna podržati program te stalno procjenjivati hoće li biti moguće implementirati program na način kako je planirano bez većih promjena odnosno isključivanja ključnih komponenti.</p>
5. korak	<ol style="list-style-type: none"> 1. Provjeriti je li program postavljen i usmjeren prema uspjehu kroz identificiranje kapaciteta i odlučivanjem kako će se promjene kod ljudi, tehničkih i fizičkih resursa imenovati i pratiti. 	<p>Stalno je potrebno paziti na ono čime organizacija ili udruga raspolaže. Osobito je važno paziti na kapacitet za određeni broj sudionika te postoji li dovoljno osoblja. Kreatori i suradnici na programu moraju raspolagati znanjima vještinama</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Održavati pozitivnu i ugodnu atmosferu te paziti da broj zaposlenih na programu bude dostatan kako ne bi bili preopterećeni. 3. Upoznati svakog člana koji radi na projektu sa njegovom ulogom i odgovornostima 	<p>za provođenje aktivnosti programa. Pomaže umrežavanje s agencijama i organizacijama koje mogu ponuditi pomoć u vođenju i financijsku podršku.</p>
6.korak	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obratiti pozornost da nisu zaboravljeni važni detalji za implementaciju. 2. Anticipirati potrebu za izmjenama prije nego problem nastupi 3. Dobro organizirati osoblje i izbjeći neugodu kod izmjene osoblja. 4. Pomoći novim suradnicima da se lakše uključe. 	<p>Navedeno se postiže tako da se izradi mapa za implementaciju programa odgovarajući na pitanja: Tko će raditi na implementaciji ovog programa? Koje potrebe trebaju biti zadovoljene? Koje su glavne komponente programa? Koje zadatke će i kada koja osoba napraviti? Do kada će ti zadaci biti u potpunosti izvršeni? Gdje će se odvijati izvršenje tih zadataka? Kako će obaviti te zadatke? Zašto će ti zadaci biti obavljeni? Tu je važno uvjeriti se da su sve aktivnosti važne. Treba voditi računa koliko je sati potrebno za svaku aktivnost, kako se kreću brojevi ciljane populacije i koliko često treba aktivnost ponavljati.</p>
7.korak	<ol style="list-style-type: none"> 1. Raditi ispravke i izmjene dok se još radi na programu 2. Uvjeriti se da se slijedi plan programa kako ništa važno ne bi bilo izostavljeno 3. Kreatori programa moraju biti spremni u svakom trenutku objasniti zašto jesu ili nisu ostvarili željene ishode. 	<p>Stalno postavljajući pitanja je li program implementiran kao što je zamišljeno? Je li to bilo na vrijeme? Što je dobro učinjeno a što nije? Je li ciljana populacija zadovoljna s programom? Je li dosegnuta baš ciljana populacija mladih? Koje bi izmjene bile potrebne?</p>
8.korak	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dobiti dokaz da program funkcionira ili razumjeti zašto ne funkcionira. 2. Predstaviti činjenice i brojeve koji će uvjeriti pokrovitelje da nastave s podrškom. 3. Identificirati promjene koje bi program napravile još uspješnijim 	<p>Kako bi planirali i proveli evaluaciju planirati što i kako će biti mjereno. Zatim se izabire dizajn ili oblik evaluacije. Razvijaju se metode koje će biti korištene u evaluaciji ishoda. Finalizira se plan kako će te metode biti ostvarene u vremenu i prostoru. Provodi se evaluacija. I na samom kraju ove faze analiziraju se podaci, interpretiraju saznanja i iznose rezultati. Važno je obratiti pažnju na pitanja pristanka, povjerljivosti i anonimnosti. Kombinirano s podacima iz prethodne faze moguće je dobiti odgovore o učinkovitosti programa</p>
9.korak	<ol style="list-style-type: none"> 1. Koristiti saznanja iz prvih 8 koraka kako bi poboljšali program sljedećeg puta 2. Raditi preinake programa bez ponovnog rada iz početka na već spremnom programu 3. Revidirati sve faze ponovno 4. Pratiti potrebe ciljane populacije u zajednici 5. Razmotriti što nam povratni podaci govore kako bi bilo moguće unaprijediti program 	<p>Ključno je ostvariti suradnju s već priznatim organizacijama i udrugama koje imaju zajedničke stavove i vrijednosti koji će pomoći održati dobre odnose sa zajednicom i identificirati lokalne zastupnike. Kontinuirano ispitivati potrebe ciljane populacije. Ako volonteri sudjeluju u programu pobrinite se da su uvijek educirani za aktivnosti koje provode.</p>
10. korak	<ol style="list-style-type: none"> 1. Osigurati financijsku podršku 2. Održati i javno izložiti pozitivne ishode koje je program postigao. 	<p>Najvažnije je biti siguran da je program vrijedan redovnog provođenja. Nužno je dobiti novu financijsku podršku unutar i izvan svoje organizacije te svojevremeno uvjeriti državne donositelje odluka ili gradske službe da uključe program u programe javnog financiranja.</p>

7.3. Primjer učinkovitog programa: The Nurse-Family Partnership programme

The Nurse-Family Partnership programme (FNP) je program za unaprjeđenje zdravlja majke i djeteta u ranom djetinjstvu, koji pokazuju dugoročne uspjehe za žene koje su po prvi puta u ulozi majke, za njihovu djecu i društvo u cjelini. Ovaj program povezuje medicinske sestre specijalizirane za rad s djecom sa maloljetnim ranjivim roditeljima koji su se po prvi put našli u ovoj ulozi. Medicinske sestre pružaju pomoć majkama kako bi održale zdravlje u trudnoći i imale prenatalnu skrb, te kako bi postale educirani i odgovorni roditelji te pružili svojoj djeci sve ono što je djeci potrebno za kasniji život. Odnos medicinske sestre i roditelja bio je temelj promjena života u obitelji na bolje (The FNP National Unit, <http://fnp.nhs.uk/>).

FNP uključuje dobrovoljne korisnike koji primaju kućne posjete. Fokusiran je na mlade majke koje čekaju svoje prvo dijete i mlađe su od 19 godina. Posebno educirana medicinska sestra posjećuje mladu majku redovito, još tijekom ranih mjeseci trudnoće sve do djetetove druge godine. The Family Nurse programme cilja na to da omogući mladim majkama da imaju zdravu trudnoću, unaprijede djetetovo zdravlje i njegov razvoj te planiraju svoju budućnost te ostvare svoje ciljeve i aspiracije. Ovaj program je internacionalno prepoznat kao uspješan na dokazima učinkovitosti izgrađen program, koji pokazuje da može unaprijediti zdravlje, socijalne i obrazovne ishode u kratkom, srednjem i dugoročnom periodu dok pritom stvara ekonomski isplativiju opciju za državne servise (The FNP National Unit, <http://fnp.nhs.uk/>).

The Family Nurse Partnership programme razvijen je iz 35-godišnjeg američkog istraživanja kojemu je najviše pridonio profesor David Olds. Sva istraživanja su bila provedena vrlo pažljivo koristeći RTC (Randomized clinical trial) metodu i rigorozne metode za provjeru uzročne povezanosti. Ova istraživanja provjeravala su utjecaj programa The Nurse-Family Partnership sa različitim populacijama u različitim kontekstima u Elmiru, New Yorku (1997), Memphisu, Tennesseeju (1988) i Denveru i Coloradu (1994). Sva tri istraživanja pratila su obitelji od trudnoće do odraslog doba te su u slučaju Elmira pratili kako djeca profitiraju od ovog programa do 28 godine. Istraživanje je pokazalo konzistentne napretke u životima djece i majki. Program je poboljšao zdravlje i ponašanje majki za vrijeme trudnoće, smanjio pojavu zanemarivanja i zlostavljanja djece, povećao spremnost majki za nastavak škole, povećao stopu zaposlenosti majki i ekonomsku samostalnost, te smanjio broj trudnoća s malim razmakom nakon prvog djeteta (The FNP National Unit, <http://fnp.nhs.uk/>). Bolji ishodi tijekom trudnoće obuhvaćali

su smanjeno pušenje tijekom trudnoće, manje poremećaja hipertenzije i manje infekcija povezanih s trudnoćom te bolju prenatalnu prehranu majki. Specifične pogodnosti životnog tečaja majki uključivale su manje novih trudnoća odnosno veći razmak između prvog i drugog djeteta, veće zapošljavanje kod majki, te opadanje u broju korištenih usluga od socijalne skrbi i vladine pomoći. Također je opao broj uhićenja i osuda majki do djetetove 15. godine. Program je utjecao na stabilnije veze između partnera odnosno djetetovih očeva (The FNP National Unit, <http://fnp.nhs.uk/>). Po pitanju obiteljskog nasilja rezultati istraživanja pokazuju da je program učinkovit u smanjivanju pojave nasilja i u slučaju majke kao počiniteljice i u slučaju majke kao žrtve. Ovi podaci obuhvaćaju psihološko, fizičko, i seksualno nasilje tijekom trudnoće i fizičko nasilje prema djetetu do njegove druge godine.

FNP program je internacionalno prepoznat programi i dobio je priznanja od organizacija kao što su Coalition for Evidence-Based Policy, Blueprints for Healthy Young Development i the National Academy of Parenting Research. Od strane Nacionalne Akademije za istraživanje roditeljstva na sveučilištu King u njihovim programima za roditeljstvo (Parenting Programmes Commissioning ToolKit, <http://fnp.nhs.uk/>) rangiran je kao program koji ima najviši stupanj učinkovitosti. Koalicija za politiku utemeljenu na dokazima (Coalition for Evidence-Based Policy) ocijenila je FNP kao jedini program za rano djetinjstvo koji posjeduje najbolje dokaze, intervencije koje su dobro dizajnirane i imaju implementiran RTC (Randomized Controlled Trial), proveden većinom u tipičnim uvjetima u zajednici koji pokazuje značajne, održive pozitivne rezultate za sudionike i društvo. Program i dalje razvijaju stručnjaci te kao sljedeće korake i napredak vide: postizanje većeg broja pozitivnih ishoda za ranjive obitelji uz zadržavanje isplativosti, učiniti program fleksibilnijim (s obzirom na korisnikove individualne potrebe i umrežiti se s lokalnom podrškom), te proširiti program i na majke u dobi od 20-24 godine (The FNP National Unit, <http://fnp.nhs.uk/>).

Još neki od učinkovitih programa podrške za mlade roditelje su Young fathers' workers posvećen očevima nastao u Velikoj Britaniji, „The friends for Teen Moms“ mentorski program u SAD-u, i Young Parenthood Program također iz SAD-a.

7.4. Prevencija maloljetničkih i adolescentskih trudnoća u Hrvatskoj

Nacionalni program za mlade

Ministarstvo socijalne politike i mladih u listopadu 2014. godine donijelo je nacionalni program za mlade za razdoblje 2014. do 2017 godine. Glavna područja ovog programa su obrazovanje, zapošljavanje i poduzetništvo, socijalna zaštita i uključivanje, zdravlje i zdravstvena zaštita, aktivno sudjelovanje mladih u društvu, kultura i mladi, mladi u europskom i globalnom okruženju te preporuke jedinicama lokalne i regionalne samouprave. U sklopu teme ovog rada više će se pažnje posvetiti području zdravlja i zdravstvene zaštite mladih. Temeljni ciljevi i zadaće zdravstvene zaštite djece i mladih nisu usmjereni samo tjelesnom zdravlju već uzimaju u obzir kompleksni društveni kontekst i utjecaje na djecu i mlade, koristeći raspoložive metode prevencije bolesti i promicanja zdravlja, s osnovnom svrhom omogućavanja dostizanja punih potencijala u odraslo doba.

- Rano utvrđivanje i prepoznavanje bolesti i poremećaja
- Prevencija rizičnih i društveno neprihvatljivih ponašanja
- Usvajanje zdravih načina življenja
- Razvoj odgovornosti za vlastito zdravlje i zdravlje zajednice
- Zaštita mentalnog zdravlja, osobito u vezi sa školom i školskim okruženjem
- Zaštita reproduktivnog zdravlja uključujući odgovorno spolno ponašanje i pripremu za roditeljstvo (Nacionalni program za mlade za razdoblje 2014-2017 godine).

Maloljetničke trudnoće spadaju u zadnju točku područja rada na zdravlju i zdravstvenoj zaštiti mladih. Dakle zaštita reproduktivnog zdravlja uključujući odgovorno spolno ponašanje pripremu za roditeljstvo uključuje i rad na prevenciji maloljetničkih trudnoća i neželjenih trudnoća općenito kod mladih osoba te na smanjivanju neodgovornog spolnog ponašanja.

Preventivnu i specifičnu zdravstvenu zaštitu mladih i redovitih studenata osiguravaju Službe školske i sveučilišne medicine koje djeluju u sklopu županijskih zavoda za javno zdravstvo. Premda kurativnu zdravstvenu zaštitu ovoj populaciji pružaju izabrani liječnici obiteljske medicine svakom školskom djetetu i studentu je osigurana cjelovita i dostupna zdravstvena zaštita, usmjerena na okruženja koje čine škola i obitelj, te je osiguran i populacijski i individualni pristup u pružanju zdravstvene zaštite. Nacionalni program prepoznaje da rizično seksualno ponašanje u adolescenciji može imati neposredne i dugoročne posljedice, od

neposrednih kao što su neželjena (maloljetnička) trudnoća te spolno prenosive infekcije, do dugoročnih djelovanja na reproduktivno zdravlje pa i na trajanje života koje uključuju kronične upalne bolesti, probleme plodnosti te zloćudne i životno ugrožavajuće bolesti (Nacionalni program za mlade za razdoblje 2014-2017 godine).

Rizični čimbenici koji mogu pridonositi razvoju posljedica i komplikacija na području spolnog života i reproduktivnog zdravlja mladih su rano započinjanje seksualnog života, veći broj partnera te nepotpuno poznavanje činjenica vezanih uz načine zaštite od neželjene trudnoće i spolno prenosivih bolesti. Stručno Povjerenstvo za razvoj centara za reproduktivno zdravlje djece i mladeži, osnovano 2011. godine pri Ministarstvu zdravlja izradilo je prijedlog Savjetovališta za reproduktivno zdravlje adolescenata. Ova savjetovališta su dostupna nažalost samo mladima koji su u sustavu odgoja i obrazovanja, a mladi van tog sustava mogu ih koristiti samo iznimno, kao dio prethodno započetih postupaka ili kao partneri pri savjetovanju para ili kao roditelji kad dolaze s djecom koja su školske dobi što je izuzetno nezgodno i loše zamišljeno.

Cilj 4.1. koji glasi „UNAPRIJEDITI INSTITUCIONALNE PRETPOSTAVKE ZA RAD POLIVALENTNIH SAVJETOVALIŠTA ZA MLADE“ ostvaruje se:

Mjerom 4.1.1. određuje se jačanje uloge postojećih polivalentnih savjetovališta u okviru zdravstvene zaštite školske djece i mladih te, kao nadgradnju postojećem standardu, otvaranje polivalentnih savjetovališta pri zavodima za javno zdravstvo koje financiraju jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave.

i **Mjerom 4.1.2.** određuje se reorganiziranje savjetovališta za reproduktivno zdravlje u polivalentnim savjetovalištim za mlade na razini primarne zdravstvene zaštite

Cilj 4.2. koji glasi „UNAPRIJEDITI MULTIDISCIPLINARNI PRISTUP U PROVEDBI ZDRAVSTVENOG ODGOJA“ ostvaruje se:

Mjerom 4.2.1. kojom se određuje jačanje kapaciteta za provedbu zdravstvenog odgoja.

Sve ove mjere se rubno dotiču populacije mladih i adolescentnih majki dok su neke mjere i aktivnosti više usmjerene na pravovremenu prevenciju neodgovornog seksualnog ponašanja mladih kako bi se na taj način preveniralo pojavu neželjenih trudnoća mladih. Postoje i savjetovališta prema kojima se ide s unaprjeđivanjem i jačanjem uloge postojećih savjetovališta i traži se način za obuhvaćanje mladih koji su izvan sustava obrazovanja. Ujedno se pokušavaju utvrditi odgovarajući modeli savjetovališta za reproduktivno zdravlje te ustrojiti dodatna savjetovališta koja će biti financirana od jedinica lokalne i područne samouprave. Ipak još uvijek nedostaju specifične mjere posvećene upravo ovoj izrazito specifičnoj skupini mladih

kojima je potrebna posebna podrška. Mlade majke uglavnom ostvaruju većinu prava kao i odrasle majke odnosno pravo na porodiljnu naknadu tijekom godinu dana, pravo na jednokratnu porodiljnu naknadu, dječji doplatak i nagradu grada u kojem prebivaju za prvo dijete. Ipak s obzirom na sve specifičnosti i ranjivost ove populacije nužno je ponuditi im i osigurati dodatne servise i usluge u zajednici namijenjene i prilagođene isključivo njima.

Nacionalni program „Živjeti zdravo“

Nacionalni program „Živjeti zdravo“ donesen je u Zagrebu, u lipnju 2015. a donijelo ga je Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske. Nacionalni program Živjeti zdravo u skladu je sa sljedećim dokumentima: Zdravlje za sve Svjetske zdravstvene organizacije, Ottawska povelja promicanja zdravlja, Zdravlje u svim politikama, Deklaracija o prevenciji i kontroli kroničnih nezaraznih bolesti (u daljem tekstu: KNB) UN-a, Milenijska deklaracija, Milenijski ciljevi razvoja (MDGs). Nacionalni program Živjeti zdravo u skladu je i s Nacionalnom strategijom zdravstva RH 2012.- 2020., Strateškim planom Ministarstva zdravlja 2014.-2016., Strateškim planom razvoja javnog zdravstva 2013.-2015.8, Nacionalnom strategijom za mlade 2013.-2017. **Temeljna je odrednica promicanja zdravlja unapređenje zdravlja i stvaranje potencijala za dobro zdravlje prije nego što se pojave zdravstveni problemi ili ugroženost zdravlja.** Tri prioriteta područja djelovanja Nacionalnog programa „Živjeti zdravo“ usmjerena su na:

1. pravilnu prehranu, tjelesnu aktivnost i prevenciju debljine
2. mentalno zdravlje
3. spolno zdravlje - podrazumijeva doprinos zaštiti i unapređenju spolnog i reproduktivnog zdravlja u općoj populaciji i ciljnim skupinama kroz povećanje svjesnosti, edukacije i informiranja javnosti o važnosti odgovornog spolnog ponašanja te zaštite spolnog i reproduktivnog zdravlja, promicanje usvajanja odgovornog spolnog ponašanja i životnog stila koji je usmjeren zaštiti i unapređenju spolnog i reproduktivnog zdravlja te poticanje, provođenje i podržavanje istraživanja i preventivnih programa u području zaštite spolnog i reproduktivnog zdravlja, prevencije HIV infekcije i spolno prenosivih infekcija te sprečavanja neželjene i maloljetničke trudnoće (Nacionalni program „Živjeti zdravo“, 2015).

Čini se kako ovaj nacionalni plan cijeni vrijednost preventivnog reagiranja, što i je mnogo učinkovitije i isplativije u dugoročnim planovima. Zaštita i unapređenje spolnog i reproduktivnog zdravlja neodvojiv je dio cjelokupnog zdravlja i pripada važnim pokazateljima zdravstvenog stanja populacije. Glavni je cilj osigurati pozitivan pristup spolnosti, ostvarivanje zadovoljavajućih i sigurnih spolnih iskustava, reprodukcije i željenog roditeljstva, te prevenciju

moćućih neželjenih posljedica spolnog ponašanja, a to su u prvom redu spolno prenosive infekcije i neželjena (maloljetnička) trudnoća. Odgovorno spolno ponašanje važna je odrednica spolnog zdravlja. Cjelovit program zaštite spolnog i reproduktivnog zdravlja dio je redovitog Programa mjera zdravstvene zaštite, a u njegovom izvršenju sudjeluju sve razine zdravstvene zaštite. Praćenje i procjena aktualnog stanja SPB u Republici Hrvatskoj provode se na temelju podataka sustavnog nadzora nad zaraznim bolestima u cijeloj zemlji, kojim je zakonski regulirano obavezno epidemiološko prijavljivanje slučajeva oboljelih/umrlih od zaraznih bolesti, izvješća o nalazima izoliranih uzročnika spolno prenosivih i urogenitalnih infekcija iz mikrobioloških laboratorija, izvješća laboratorija koji provode anti-HIV testiranje, izvješća o registriranom pobolu s dijagnozama spolno prenosivih infekcija iz ginekoloških, dermatoveneroloških ambulanti i bolnica, izvješća rodilišta o testiranju trudnica na hepatitis B te epidemioloških biobehavioralnih istraživanja u općoj populaciji i ciljanim populacijama (Nacionalni program „Živjeti zdravo“, 2015).

7.5. Primjer programa u Hrvatskoj

Program zdravstvenog i spolnog odgoja dio je plana i programa preventivne zdravstvene zaštite školske djece i studenata koje provode timovi školske medicine pri zavodima za javno zdravstvo. Sve preventivne aktivnosti praćene su potrebnim savjetovanjem. Za rješavanje pojedinih problema mladih, uz razumijevanje i strpljenje, potrebna je timska višestrukovna suradnja stručnjaka u području adolescentnog zdravlja. Stoga je u službi za školsku i sveučilišnu medicinu Zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ utemeljeno Savjetovalište za mlade. Rad savjetovališta financira Gradski ured za zdravstvo, socijalnu zaštitu i branitelje grada Zagreba a dijelom i HZZO. U savjetovalištu sudjeluju i surađuju specijalist školske medicine, s potrebnom posebnom edukacijom i iskustvom, psiholog i ginekolog a po potrebi postoji mogućnost suradnje s drugim stručnjacima, posebice stručnim suradnicima škole, fakulteta i domova. Svi postupci u Savjetovalištu su besplatni a pristup je slobodan bez uputnice. Savjetovalište radom obuhvaća populaciju srednjoškolaca i studenata koji se sami jave ili su upućeni od lijećnika školske medicine, lijećnika obiteljske medicine, roditelja ili stručnih suradnika škole. Osim savjetovanja pojedinaca i parova o plodnosti, kontracepciji i spolno prenosivim bolestima, provodi se probir, upućuje na ginekološki pregled i test na spolno prenosive bolesti u mikrobiološkom laboratoriju (Posavec, 2012).

Ranije navedene usluge u zajednici važno je približiti adolescentima jer je za njihovo zdravlje u zreloj dobi, najvažnije trenutno spolno sazrijevanje i spolno ponašanje.

Udruga „Korak po korak“ provodi program „Mama je mama“ s ciljem prevencije rizičnih ponašanja mladih te pružanja psihosocijalne pomoći i podrške maloljetnim trudnicama, roditeljima i njihovim obiteljima. Programom se nastoji smanjiti ranjivost maloljetnih trudnica i roditelja, te ih osnažiti za aktivno i odgovorno preuzimanje roditeljske uloge. U okviru programa „MAMA JE MAMA“ provode se tri projekta: Savjetovalište MAMA JE MAMA, Web portal za maloljetne trudnice i roditelje, Korak za mlade majke.

Savjetovalište MAMA JE MAMA

Savjetovalište MAMA JE MAMA namijenjeno je maloljetnim trudnicama, roditeljima, ali i njihovim prijateljima i članovima obitelji koji im žele pružiti podršku. Kroz razne aktivnosti nastojimo osigurati potrebne informacije, pomoć i podršku pri suočavanju s teškoćama i pripremi za samostalan život. Aktivnosti savjetovališta su: Telefonsko informiranje i savjetovanje, psihološko savjetovanje, pravno savjetovanje, male edukativne grupe, grupe podrške.

Web portal za maloljetne trudnice i roditelje

Web portal za maloljetne trudnice i roditelje namijenjen je maloljetnim trudnicama, roditeljima te adolescentima koji se suočavaju s pitanjima i sumnjama vezanim uz trudnoću i teškoćama zbog rizičnih spolnih aktivnosti. Aktivnosti obuhvaćaju informiranje i edukaciju putem objavljenih članaka te savjetovanje maloljetnih roditelja od strane stručnjaka, psihologa, socijalnih radnika, pravnika i ginekologa

Korak za mlade majke

Projekt Korak za mlade majke provodi se s ciljem osnaživanja mladih majki u nepovoljnim situacijama za samostalan život i aktivno sudjelovanje u zajednici. Projektom se nastoji educirati i senzibilizirati volontere za pružanje vršnjačke podrške mladim majkama, a jednako tako osigurati pripremu mladih majki koje izlaze iz domova socijalne skrbi za samostalan život povećanjem njihove aktivacije i motivacije. Projekt počiva na modelu osiguravanja vršnjačke podrške mladim majkama od strane volontera, studenata socijalnog rada (Udruga mama je mama, <http://www.udrugaroditeljakpk.hr/mama-je-mama-2>).

8. Zaključak

Adolescentska trudnoća može se karakterizirati kao pojava koja je rezultat biološke, psihološke i socijalne geneze, te pogađa pojedinca odnosno maloljetne roditelje ali i njihovu širu okolinu, a može biti štetna za dijete i djetetovu majku na fizičkom (ukoliko izostaje perinatalna i postnatalna skrb pa dolazi do komplikacija) i psihičkom području te često iziskuje dodatnu stručnu ili širu društvenu pomoć radi uspješne socijalne integracije. Jasno je da se maloljetnička trudnoća zapravo često javlja kao posljedica rizičnih čimbenika odnosno već postojećih problema u ponašanju, a može biti i dodatni ili čak ključni rizik prema razvoju problema u ponašanju. Sukladno navedenom može se reći kako su socijalni pedagozi u timu sa socijalnim radnicima i psiholozima zasigurno struka koja može pomoći adolescentnim majkama u uspješnijoj socijalnoj integraciji i korištenju onih socijalnih usluga koje će osigurati mentalno zdravlje njima i njihovoj djeci kako bi ostvarujući svoju dobrobit i doprinosili društvu.

Prevenција u području reproduktivnog zdravlja ne smije biti usmjerena samo na stjecanje znanja i sprječavanje spolno prenosivih bolesti i neželjene trudnoće, nego na promjenu stavova i usvajanja odgovornog spolnog ponašanja. U to svakako spada i utjecanje na odlaganje početka seksualnog života mladih, odnosno preranog stupanja u seksualne odnose. Temeljne aktivnosti u cilju zaštite reproduktivnog zdravlja mladih su kontinuirani, znanstveno utemeljeni zdravstveni odgoj, savjetodavni rad, te redovni preventivni i ginekološki pregledi.

Pregledom literature vidljivo je kako korijeni pojave ranih trudnoća mogu biti u mnogim rizičnim čimbenicima kojima su mlade osobe bile izložene još u svojim obiteljima i zajednicama ili nekada mogu biti plod određenih okolnosti. Ono što mladima treba od samog početka i prije spolnog sazrijevanja je kontinuirana podrška i razvoj brige i odgovornosti za vlastito reproduktivno zdravlje. Ova tematika pokazala se nedovoljno razrađenom s mladima u sustavu obrazovanja gdje takve informacije dobivaju više kroz nastavu iz biologije ili neka kratka predavanja te se nedovoljno brine o rizičnom seksualnom ponašanju mladih. Velika odgovornost također je i na roditeljima koji nedovoljno razgovaraju s djecom i još uvijek ovu temu drže kao tabu temu. Odgovornost zajednice je ponuditi mladima pravovremenu edukaciju, savjetovanje i praktične alate kojima će ih zaštititi od naglog i nepromišljenog ulaska u roditeljstvo što često nastupa zbog njihove ranjivosti, manjka znanja i želje za prihvaćanjem. Kada se rana i neplanirana trudnoća dogodi potrebno je pomoći mladima i njihovim obiteljima

da kroz ovo iskustvo prođu što bezbolnije i uspješnije te da postignu najbolje moguće ishode koje je moguće postići u takvoj situaciji. Upravo tada je značajna uloga njihove lokalne zajednice ali i cijelog društva u kojem se mladi roditelji nalaze. Osuda i socijalno isključivanje često mogu zbunjene i prestrašene mlade roditelje otjerati u još gore probleme te ih obeshrabiliti. U svakoj zajednici, a osobito u onima u kojima postoji veći broj ranih i neplaniranih trudnoća prioritet mora biti stavljen na nužnost ponude različitih servisa i usluga dostupnih i optimiziranih za mlade majke i očeve. Ipak nije dovoljno samo ponuditi usluge i servise ako ih mladi neće koristiti. Ključan je razvoj odnosa i dijaloga između mladih roditelja i stručnjaka u zajednici kroz koji će mladi zadobiti povjerenje i ohrabriti se na traženje pomoći koju i zaslužuju. Neki od takvih servisa i usluga nudili bi: podršku i nadzor educiranih medicinskih sestara (patronažne sestre koje bi prolazile posebne edukacije), savjetovanišna podrška za mlade parove, kućne posjete stručnjaka, financijska pomoć zajednice i pristup uslugama za roditelje (vrtići, servisi za čuvanje djece) i sastanci grupa mladih roditelja koji si međusobno pomažu i dijele iskustva. U Hrvatskoj nema mnogo razvijenih programa za ovu populaciju no postoje implikacije za provođenje uspješnih inozemnih programa uz određenu prilagodbu. Ključno je senzibiliziranje javnosti za potrebe ove populacije i učenje o prihvaćanju mladih roditelja bez osuđivanja. Nestabilnost vladajućih struktura i česte izmjene ključnih donositelja odluka često onemogućavaju kontinuirano provođenje kvalitetnih programa kao i pokretanje novih. Ključ uspjeha u smanjivanju broja ranih i neplaniranih trudnoća te povećanju pozitivnih ishoda navedene populacije je u javnom i medijskom iznošenju trenutne situacije i mogućih rješenja te u upornoj persuaziji ključnih donositelja odluka uz jasna potkrepljenja o učinkovitosti određenih programa i dugoročnoj isplativosti za našu državu (studije isplativosti). Jednom kada se počne više govoriti o ovome problemu traženje rješenja na njega spontano će dočekati svoj red te će društvo preuzeti dio svoje odgovornosti za ovu ranjivu skupinu koja će uz potrebnu podršku i osnaživanje moći ostvariti svoj potencijal i pružiti potomcima siguran i dobar početni dio puta u život.

LITERATURA

Banićević, M. (2009): Zdravstveno vaspitanje (priručnik za prosvjetne i zdravstvene radnike). Zavod za udžbenike: Beograd.

Belsky, J., Ward, M.,J., Rovine, M. (1986): Prenatal expectations, postnatal experiences, and the transition to parenthood. In: Ashmore R, Brodzinsky D, editors. Thinking about the family: Views of parents and children. Erlbaum; Hillsdale, 119–145.

Bojić, I., Orešković Vrbanc, S., Stanić, S. i sur. (2010): Analiza stanja i preporuke za postupanje u slučajevima maloljetničkih trudnoća i roditeljstva. Kada djeca imaju djecu. UNICEF, http://www.udrugaroditeljapk.hr/images/download/kada_djeca_imaju_djecu.pdf
Preuzeto 01.08.2017.

Brown, S.S., Eisenberg, L. (1995) *The Best Intentions: Unintended Pregnancy and the Well-Being of Children and Families*. Committee on Unintended Pregnancy, Institute of Medicine, National Academy of Sciences, National Academy Press: Washington DC.

Corcoran, J. (1998): Consequences of adolescent pregnancy/parenting: A review of the literature. Soc Work Health Care. PubMed, 27 (2), 49–67.

Dabol, J., Malatestinić, Đ., Janković, S. i sur. (2008): Zaštita reproduktivnog zdravlja mladih – modeli prevencije. Medicina Fleminensis, 44 (1), 72-79.

Daušnik, Ž., Lesjak, Z. (2015): Prekidi trudnoće u zdravstvenim ustanovama u Hrvatskoj 2014. godine. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2015/10/Bilten_POBACAJI_2014.pdf, preuzeto 3.9.2017.

Deardorff, J., Gonzales, N.A., Christopher, F.S., Roosa, M.W., Millasap, R.E. (2005): Early puberty and adolescent pregnancy: the influence of alcohol use. Pediatrics, 116(6), 1451-1456.

DeVito, J. (2007): Self-perceptions of parenting among adolescent mothers. The Journal of Perinatal Education, 16(1), 16–23.

DeVito, J. (2010): How Adolescent Mothers Feel About Becoming a Parent. Journal of Perinatal Education, 19 (2), 25-34.

Džepina, M., Čavlek, T., Juhović-Markus, V. (2009): Savjetovalište za mlade. Zaštita zdravlja adolescenata. Zagreb.

Džepina, M., Posavec, M. (2012): Reproktivno zdravlje mladih u Hrvatskoj. Hrvatsko društvo obiteljskih doktora. 1-16.

Furstenberg, F.F., Crawford, Jr., A.G. (1978): Family support: helping teenage mothers to cope. *Fam Plann Perspectives*. PubMed, 10(6), 322–333.

Geronimus, A.T., Korenman, S. (1993): Maternal youth or family background? On the health disadvantages of infants with teenage mothers. *Am J Epidem*. PubMed, 137(2), 213–225.

Gordon, S., Gordon, J. (1974): A better safe than sorry book. Fayetteville, NY: Ed-U Press.

Gordon, S. (1983): Girls are girls and boys are boys: So what's the difference? Fayetteville, NY: Ed-U Press.

Grahovac, N. (2010): Problemi i rizici maloljetničkih brakova. Ombudsman za djecu Republike Srpske. Banja Luka: Grafopapir.

Grogger, J. (1997): National Longitudinal Study of Youth. A program of the U.S. Bureau of Labor Statistics. <https://www.nlsinfo.org/content/cohorts/nlsy79> Preuzeto 01.08.2017.

Gruseit A., Kippax S., Aggleton P., Baldo M., i Slutkin G. (1997): „Sexuality Education and Young People's Behaviour: A Review of Studies. *Journal of Adolescent Research*, 12 (4), 421-530.

Health Education Authority (1999): Young people's experiences of relationships, sex and early parenthood: qualitative research. London: Health Education Authority.

Hoffman D. S., Maynard R. A., (2008): Kids having kids: Economic costs and Social Consequences of teen pregnancy. Washington, DC: The Urban Institute press.

Honig, A.S. (2002): Secure relationships: Nurturing infant/toddler attachment in early care settings, Washington, DC: National Association for the Education of Young Children.

Honig, A.S. (2010): Little kids, big worries: Stress-busting tips for early childhood classrooms, Baltimore, MD: Paul H. Brookes.

Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2012): https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/HBSC_10.pdf Preuzeto: 30.04.2017.

Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2014): https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2015/10/Bilten_POBACAJI_2014.pdf Preuzeto: 01.08.2017.

Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2015): https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2016/10/Porodi_2015.pdf Preuzeto: 01.08.2017.

Juratić K. (2014.): Adolescentne trudnoće u Splitsko-dalmatinskoj županiji i postupci medicinske sestre u prevenciji i skrbi. Neobjavljeni završni rad. Split: Sveučilišni odjel zdravstvenih studija preddiplomski sveučilišni studij sestrinstva.

Kuzman, M., Pavić Šimetin, I., Pejnović Franelić, I. (2012): PONAŠANJE U VEZI SA ZDRAVLJEM U DJECE ŠKOLSKE DOBI 2009/2010. Djeca i mladi u društvenom okruženju: Rezultati istraživanja za Hrvatsku i Grad Zagreb. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/HBSC_10.pdf,. preuzeto

Kuzman, M., Katalinić, D. (2004). Čimbenici rizika i ovisničko ponašanje u mladima. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

Kuzman M., Pejnović Franelić I., Pavić Šimetin I. (2008): Ponašanje u vezi sa zdravljem u djece školske dobi 2001/2002- rezultati istraživanja HZJZ, Zagreb 2004. Kuzman, M. (2009): Adolescencija, adolescenti i zaštita zdravlja. *Adolescencija. Medicus*, vol.18 (2), 156-172.

Kuzman, M., Šimetin I., Pejnović I., Franelić I., (2010): PONAŠANJE U VEZI SA ZDRAVLJEM U DJECE ŠKOLSKE DOBI 2009/2010, https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/HBSC_10.pdf Preuzeto: 20.04.2017.

Landry D.J., Forrest J.D.: (1995). How old are U.S. fathers? *Fam Plann Perspect*, 27 ,159-161.

Maleš, M.(1993): School-age pregnancy: why hasn't prevention worked? *JSch Health*, 63, 429-432.

Marriage F.J. (2013): The First Teenage Pregnancy in the Family: Does It Affect Mothers' Parenting, Attitudes, or Mother-Adolescent Communication? *US National Library of Medicine National Institutes of Health*, 61(2), 306–319.

Mueller T., H.D. Tevendale, Fuller T.R., Duane House L., Romero L. M., Brittain A., Varanasi B. (2016): Teen Pregnancy Prevention: Implementation of a Multicomponent, Community-Wide Approach. *Journal of Adolescent Health*, 60 (3), 1-10.

Nacionalni program za mlade za razdoblje 2014-2017 godine. Ministarstvo za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku. <http://www.mspm.hr/istaknute-teme/mladi-1683/nacionalni-program-za-mlade/1848> , Preuzeto: 30.05.2017.

Nacionalni program „Živjeti zdravo“ (2015): Ministarstvo zdravlja <https://zdravstvo.gov.hr/UserDocsImages//Programi%20i%20projekti%20-%20Ostali%20programi//NP%20%C5%BDivjeti%20zdravo.pdf> Zagreb, Preuzeto: 27.05.2017.

Oakley A., Fullerton D., Holland J., Arnold S., France-Dawson M., Kelley P., McGrellis S. (1995): Sexul Helth Eduction Interventions for Young People: A Methodological Review. *British Medical Journal*, 310 (6973): 58-162.

Penman-Aguilar A, Carter M, Snead MC, Kourtis AP. (2013): Socioeconomic disadvantage as a social determinant of teen childbearing in the U.S. *Public Health Rep*, 128(1), 5-22.

Perendija V. (2010): Maloljetničke trudnoće. Problemi i rizici maloljetničkih brakova. Banja luka.

Posavec M. (2012): Zaštita spolnog i reproduktivnog zdravlja mladića u savjetovalištu za mlade. Kongres HDŠSM, Split, listopad, 2012.

Pratt, C.C, Hernandez, R. (2003): Building Results through Community Mobilization: From Wellness Goals to Community Outcome for Oregon's Children, Youth and Families. Oregon State University. OregonF

Prevention term glossary. Preuzeto sa web stranice: http://preventionpartners.samhsa.gov/resorces_glossary_p2.asp Preuzeto: 20.05.2017.

Ross, D.,P., Neville, B. (1987) Teenage fatherhood: Risking the Future: Adolescent Sexuality, Pregnancy, and Childbearing, Volume II: Working Papers and Statistical Appendices. National Academy of Sciences. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK219223/> Preuzeto: 01.08.2017.

Scher L. S., Rebecca Mynard R.A., Stagner M. (2006): Interventions Intended to Reduce Pregnancy-Related Outcomes among Teenagers. Copenhagen: Campbell Collaboration Social Welfare Group.

Smith T. (1993): Influence of socioeconomic factors on attaining targets for reducing teenage pregnancies. BMJ. PMC free article. PubMed, 306 (6887),1232–1235.

Smith GCS, Pell JP. (2001): Teenage pregnancy and risk of adverse perinatal outcomes associated with first and second births: population based retrospective cohort study. BMJ. PMC free article. Pub Med, 323 (7311), 476.

Spieker SJ, Bensley J. (1994): Roles of living arrangements and grandmother social support in adolescent mothering and infant attachment. Developmental Psychology, 30, 102–111.

Spremo, M. (2010): Rane trudnoće - Posljedice po zdravlje i psihofizički razvoj. Problemi i rizici maloljetničkih brakova. Banja luka.

Stanley, J., Swierzewski, M.,D. (2000, uređeno 2015): Teen Pregnancy, Consequences of Teenage Pregnancy: Teen Pregnancy Overview. <http://www.healthcommunities.com/teen-pregnancy/children/overview-of-teen-pregnancy.shtml> Preuzeto: 01.08.2017.

Sterling Honig A. (2012): Teen pregnancy. International Journal of Adolescence and Youth, 17 (4), 181-187.

Sujoldžić A, Rudan V, De Lucia A. (2006): Adolescencija i mentalno zdravlje. Kratki obiteljski priručnik, Institut za antropologiju. Zagreb.

The FNP National Unit <http://fnp.nhs.uk/> Preuzeto: 20.05.2017.

Udruga mama je mama. <http://www.udrugaroditeljjakpk.hr/mama-je-mama-2> Preuzeto 30.06.2017.

White C. P., with contributions from Catherine Lesesne, Kelly Lewis, Claire Moore, Deborah Fisher, Diane Green, and Abraham Wandersman Little (PSBA) GTO was adapted from Wiseman S, Chinman M, Ebener P, Hunter S, Imm P, Wandersman A (2007): Getting to Outcomes: 10 Steps to Promoting Science-Based Approaches (PSBA) to Teen Pregnancy Prevention using Getting To Outcomes (GTO) No. TR-TR101/2. Santa Monica, CA: RAND Corporation.

Zloković J., Vrcelj S. (2010): Rizična ponašanja djece mladih. *Odgojne znanosti*, 12 (1), 197-213.