



PROBLEMI I RIZICI MALOLJETNIČKIH BRAKOVA

*Ombudsman za djecu
Republike Srpske*

ОМБУДСМАН ЗА ДЈЕЦУ
РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ



OMBUDSMAN ZA DJECU
REPUBLIKE SRPSKE

PROBLEMI I RIZICI MALOLJETNIČKIH BRAKOVA

ISBN 978-99955-687-1-9

Banja Luka, 2010

Бана Милосављевића 8
78000 Бања Лука, Република Српска, БиХ
Тел: (+387 51) 222 420, 221 990, Факс: 213 332
E-mail: info@djeca.rs.ba, www.djeca.rs.ba

Бана Милосављевића 8
78000 Banja Luka, Republika Srpska, BiH
Tel: (+387 51) 222 420, 221 990, Fax: 213 332
E-mail: info@djeca.rs.ba, www.djeca.rs.ba

Izdavač:

Ombudsman za djecu Republike Srpske
Banja Luka

Za izdavača:

mr Nada Grahovac
Ombudsman za djecu Republike Srpske

Urednica:

Andrea Stanković

Štampa:

GRAFOPAPIR Banja Luka

Za štampariju:

Petar Vukelić, graf. ing.

Tiraž:

100 primjeraka

Sadržaj:

UVODNA RIJEČ

OMBUDSMANA ZA DJECU REPUBLIKE SRPSKE.....5

Doc. dr Nada Letić

Psihološki aspekti djece koja stupaju u bračne i vanbračne zajednice7

Dr sc. med. Mira Spremo

Rane trudnoće - posljedice po zdravlje i psihofizički razvoj11

Prof. dr Nenad V. Babić

Reproaktivno zdravlje adolescenata15

Primarius dr Vladimir Perendija

Maloljetničke trudnoće.....37

Mr Jovanka Vuković

Maloljetne porodilje u sistemu dječije zaštite Republike Srpske55

POSEBAN IZVJEŠTAJ OMBUDSMANA ZA DJECU REPUBLIKE SRPSKE67

ZAKLJUČCI84

UVODNA RIJEČ

OMBUDSMANA ZA DJECU REPUBLIKE SRPSKE

Ombudsman za djecu u skladu sa Zakonom o Ombudsmanu za djecu ovlašćen je, između ostalog, da prati primjenu svih propisa koji se odnose na zaštitu prava i interesa djeteta, da prati povrede tih prava i zalaže se za zaštitu i promociju prava i interesa djeteta.¹

Iz navedenog jasno proizilazi da je Institucija ovlašćena postupati u svim slučajevima i svim situacijama kada su prava djeteta, po bilo kojem osnovu povrijeđena ili ugrožena.

U tu kategoriju svakako spadaju i djeca koja žive u vanbračnim zajednicima ili prije svog punoljetstva zaključe brak.

Stupanjem u brak, od bračnih supružnika se očekuje da preuzmu obaveze i odgovornosti koje bračni život zahtijeva. To se očekuje i od maloljetnika koji zaključe brak. Bez obzira što su još uvijek djeca i što za to nisu pripremljeni, i od njih se očekuje da preuzmu obaveze i odgovornost roditelja u vrijeme dok su još djeca. Pitanje je, dakle, mogu li nositi odgovornosti koje bračni život nameće i da li je odgovornost samo na njima. Bez obzira što je to bio njihov zahtjev i njihova volja, odluku o tome, u skladu sa zakonom, donijeli su nadležni organi.

Država ima obavezu djetetu obezbijediti takvu zaštitu i brigu koja je neophodna za njegovu dobrobit. To je zahtjev Konvencije. Ali, to je prije svega potreba svakog djeteta - zaštita i briga koja će mu omogućiti pravilan rast i razvoj.

Bez obzira što je među onima koji prioriteno trebaju brinuti o zdravom odrstanju djece bilo reakcija da broj registrovanih brakova djece nije veliki, da je to njihov izbor i da su roditelji s tim saglasni, da ta djeca nemaju alternativu jer očekuju bebu, da se radi o romskoj djeci kojima je to tradicija, stručnjaci različitih profila su pozdravili inicijativu da se o ovom problemu otvoreno govoriti, ističući da je to problem ne samo ove djece već društva u cjelini.

Organizovanjem stručne rasprave na koju su pozvani ljekari ginekolozi, psiholozi, psihijatri, socijalni radnici, prosvjetni radnici trebalo je obezbijediti stavove stručnjaka različitih profila o ovoj problematici i njihova razmišljanja u kojem pravcu treba tražiti sistemска rješenja.

¹ Zakon o Ombudsmanu za djecu, „Službeni glasnik Republike Srpske“, broj 103/08, član 5.



Istovremeno, iskustva iz prakse o kojima su govorili predstavnici centara za socijalni rad potvrdili su opravdanost i potrebu traženja dodatnih rješenja u cilju zaštite djece i njihovih interesa.

Bez obzira na različite faktore, uticaj tradicije, nizak nivo obrazovanja, neinformisanost, čutanje porodice i škole, koji doprinose zaključivanju braka kod djece ili njihov život u vanbračnoj zajednici, oni nikako ne mogu biti odgovor nadležnih službi i institucija za prihvatanje situacije, bez traženja adekvatnih rješenja i utvrđivanja najboljeg interesa djeteta u svakom pojedinačnom slučaju.

Ovaj zbornik sadrži izlaganja stručnjaka koji su iz svog ugla vidjeli problem, ali svi su saglasni u jednom - da ove zajednice onemogućavaju nesmetan psihofizički razvoj djece i ostavljaju trajne posljedice na njihovo zdravlje.

Poseban izvještaj ombudsmana za djecu rezultat je analize zakonske regulative, procedure postupanja u davanju dozvole za zaključenje braka (mišljenje centra, nalaz ljekara, rješenje suda) i mišljenja stručnjaka iz prakse.

Zajednička je ocjena svih učesnika da je stručna rasprava otvorila veliki broj pitanja, da razgovore na ovu temu treba nastaviti sa konkretnim pitanjima i za svako od njih tražiti najbolja moguća rješenja u interesu djece.

Ombudsman za djecu Republike Srpske
mr Nada Grahovac

Doc. dr Nada Letić*

Psihološki aspekti djece koja stupaju u bračne i vanbračne zajednice

Mladi, najčešće djevojke, koji stupaju u bračne ili vanbračne 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 lične promjene. Vremenski obuhvata razdoblje biološkog, psihološkog i socijalnog sazrijevanja između početka puberteta i odrasle dobi koje započinje od 11 – 13. godine i traje do 18 – 20. godine. Pubertet je više biološki određeno razdoblje koje se odlikuje polnim sazrijevanjem koje podrazumijeva razvoj polnih organa do pune funkcionalnosti. Fizičke promjene u pubertetu najčešće se odvijaju brže od emocionalnih. Proces rane adolescencije u djevojaka počinje oko dvije godine ranije nego u dječaka (2). Djevojčice se moraju prilagoditi realitetu da postaju veće i zrelije u ranijem uzrastu što za djevojčice predstavlja veliki, a za neke i prevelik pritisak u kojem se ne snalaze i koji može dovesti do raznih maladaptivnih oblika ponašanja i psihopatoloških ispoljavanja. Prerani pubertet u djevojaka još više ističe nesrazmjer između tjelesne, psihičke, emocionalne i socijalne zrelosti, te čini djevojke vulnerabilnima i podložnima nepotrebnom samodokazivanju. Za djevojke koje rano sazrijevaju povećana je vjerovatnost za ranije započinjaje seksualnog života kao i moguća izloženost drugim rizičnim ponašanjima. Potreba i želja za sticanjem seksualnih iskustava ima porijeklo u pubertetskim hormonalnim promjenama. Istraživanja ukazuju da rano sazrele djevojčice imaju veću tendenciju ka izostajanju iz škole, da imaju izvjesne probleme sa vršnjacima, roditeljima, nastavnicima i same nisu posebno zadovoljne sobom i često žele sakriti svoj izgled. Smanjeno samopouzdanje i samopoštovanje ukazuje na veću osjetljivost djevojčica i potrebu za podrškom. Fizički gledano mladić ili djevojka mogu biti fizički zreli od 15 godina, ali može proći 5 - 10 godina da postignu emocionalnu i socijalnu zrelost.

Adolescencija je vrijeme do potpune polne zrelosti koje je psihološki, socijalno, kulturno i istorijski određeno i često praćeno izrazito burnim psihičkim, naročito emocionalnim i moralnim krizama u kojem se prihvataju određeni obrasci ponašanja i izgrađuje životni stil. U fazi adolescencije jedno od značajnih pitanja je razvoj adolescentne seksualnosti koja je pod uticajem ličnih osobina, pola, porodice, vršnjaka, školskog i društvenog okruženja. U našem društvu je primijetan trend ka sve ranijem započinjanju seksualnog života, iako je u razvijenom svijetu trend sma-

* Klinički psiholog u Kliničkom centru Banja Luka



njenja rađanja u mlađem uzrastu (ispod 20 godina), a porast rađanja u dobi iznad 35 godina. Rano stupanje u seksualne odnose potencijalni je riziko faktor za vanbračne i bračne zajednice koje za posljedicu mogu imati zdravstvene, psihosocijalne i društvene poteškoće. Različiti su autori pokazali da rano seksualno iskustvo u adolescenciji nije izolovan događaj i da je povezan s drugim rizičnim ponašanjem s mogućim neposrednim i dugoročnim posljedicama. Dokazano je da za mlade koji su skloni zloupotrebi alkohola i drugih psihoaktivnih supstanci postoji i veći rizik od upuštanja u rane i rizične seksualne odnose (3; 2). U gotovo svim zemljama svijeta seksualna aktivnost i za žene i za muškarce počinje u kasnim tinejdžerskim godinama (15 - 19 godina). Prema istraživanjima hrvatske studije iz 2006. god. (HBSC) na poduzorku učenika prvih razreda srednjih škola, svaka šesta djevojčica seksualni život započela je prije navršene šesnaeste godine i da se taj udio povećava (4). Takođe, podaci ukazuju da djeca koja ranije stupaju u seksualne odnose češće svakodnevno puše u dobi od 15 godina, češće eksperimentišu sa marihanom i opijuju se, sklonija su agresiji i zlostavljanju drugih. Snažan uticaj na odluke u tom periodu odrastanja imaju i vršnjačke grupe i njezine norme.

U našim porodicama 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 interesovanja za očekivanja drugog, preokupirani sopstvenim traganjima i prvim iskustvima. Prvi pokušaji su obično neuspješni, česte su promjene partnera uz moguća razna eksperimentisanja u kojima se dešavaju i adolescentne trudnoće i maloljetničko roditeljstvo. Kod adolescentkinja se trudnoća često objelodanjuje u odmaklom stadijumu što je najčešće povezano sa ličnom nezrelošću, neznanjem, strahom od odbacivanja i osude okoline. Trudnoća nastala tokom adolescencije predstavlja potencijalni problem na individualnom, porodičnom i društvenom planu. Pored zdravstvenih prisutne su i brojne psihosocijalne posljedice bilo da je ishod trudnoće namjerni prekid ili rađenje djeteta. Namjerni prekid trudnoće često predstavlja i emocionalno traumatsko iskustvo. Istraživanja u Srbiji pokazuju da približno za svaku desetu adolescentkinju namjerni prekid trudnoće predstavlja težak emocionalni stres i neposredni uzrok depresivnim raspoloženjima (1). Mladima, koji postaju roditelji tokom adolescencije, najčešće nedostaju emocionalna stabilnost, zrelost i iskustvo koje su preduslov odgovornog roditeljstva, a uz to obično prekidaju školovanje i smanjene su im šanse da se ostvare na nekim drugim životnim poljima.



Jedno od najsjetljivijih temeljnih područja adolescentnog razvoja jeste i prihvatanje polnog identiteta i traganje za vlastitim seksualnim identitetom. Polni identitet je prihvatanje i doživljaj, svjesni i nesvjesni, polne uloge kao svoje (5).

Mladi koji stupaju u bračne i vanbračne zajednice prije punoljetstva nisu stigli da uspostave 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 polnog identiteta. Napuštanje adolescentnog uzrasta nije i nužni dokaz postignute razvojne zrelosti za sve mlade, te je stoga važno posmatrati i prirodu odvijanja adolescentnog procesa.

Pitanje zašto se značajan broj mladih u našem društvu opredjeljuje za bračnu ili vanbračnu zajednicu prije punoljetstva je složeno i povezano je sa mnogim *rizičnim faktorima*, a neki od njih su:

- konfliktna porodična sredina;
- neodgovorno roditeljstvo, posebno sa djecom teške naravi ili sa poremećajima u ponašanju;
- nedostatak veza roditelj - dijete i 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 maladaptivnim oblicima ponašanja ili raznim subgrupama.

Zaključak

U adolescentnom periodu najčešće postoji veliki nesklad između biološke sposobnosti i mogućnosti njezinog ostvarenja i zrele želje i izbora za zasnivanjem bračne zajednice i roditeljstva. Mladi koji stupaju u bračne i vanbračne zajednice prije punoljetstva najčešće su socijalno i emocionalno nezreli, ekonomski zavisni, bez završenog školovanja i kvalifikacija za samostalno privređivanje, a porodice u kojima su odrastali najčešće nisu uspjеле uspostaviti i održati ravnotežu između održavanja kontrole i davanja slobode. Aktuelne i brze društvene promjene značajno otežavaju adolescentne procese na ličnom i porodičnom planu i ukazuju na potrebu za značajnijim uključivanjem institucija društva i nevladinog sektora u provođenju preventivnih programa i promocije zdravog života počevši od osnovnoškolskog uzrasta (od šestog ili sedmog razreda), kao i programa namijenjenih pomoći i podršci



roditeljima adolescenata. Sve ovo ukazuje na nužnost specifične zdravstvene zaštite za djecu i mlade školskog uzrasta koja organizacijom i sadržajem treba biti usmjerena upravo njihovim zahtjevima i potrebama.

Literatura:

1. Banićević, M. i saradnici (2009), *Zdravstveno vaspitanje* (priručnik za prosvjetne i zdravstvene radnike), Zavod za udžbenike, Beograd.
2. Deardorff J., Gonzales, NA, Christopher FS, Roosa MW, Millasap RE, *Early puberty and adolescent pregnancy:the influence of alcohol use*. Pediatrics 2005;116(6):1451-6.
3. Hwang, Ph. i Nilsson, B.(2000). *Razvojna psihologija*, Filozofski fakultet, Sarajevo.
4. Fergusson DM, Lynskey MT. *Alcohol misuse and adolescent sexual behaviors and risk taking*. Pediatrics 1996, 98 (1):91-6.
5. Kuzman, M. (2009). *Adolescencija, adolescenti i zaštita zdravlja* (str. 156-172). MEDICUS, vol.18 No.2 - Adolescencija, Zagreb.
6. Trebešjanin Ž.(2004), *Rečnik psihologije, „Stubovi kulture“*, Beograd.

*Dr sc. med. Mira Spremo**

Rane trudnoće - posljedice po zdravlje i psihofizički razvoj

Adolescencija protiče u znaku velikih psihičkih kriza koje su rezultat biološkog sazrijevanja, izgradnje sopstvenog identiteta, promijenjenih porodičnih odnosa i širih sociokulturnih uticaja. Ovaj period života prepun je paradoksalnih situacija koje frustriraju i izazivaju burna raspoloženja. Niz društvenih, ekonomskih i drugih promjena uspostavio je novu dinamiku u mikro i makro okruženje novih generacija, te i mladih tokom njihovog razvoja (počevši od intrauterine faze) što se odražava na standardne procese biopsihosocijalnog razvoja, sazrijevanja i integracije - izgradnje identiteta i adaptacije. Ericson govori o „krizi identiteta“, vremenu bura i stresa, smatra adolescenciju razvojnim periodom punim izazova i promjena, uglavnom to je niz problema koje adolescent treba da savlada, to je period kada postoji želja da se istraži svijet, to je adolescentova pozornica na kojoj individua otkriva filozofiju života. Tada žele dobiti potvrdu i podršku od vršnjaka, a u isto vrijeme ostvariti autonomiju od roditelja. Sa njihovom željom da istraže svijet postoji i osjećaj nepovredivosti i življenja „sada“ i „ovdje“. Prisutni su mnogi uzori za reidentifikaciju uz negativna svojstva, često virtualna, nametnuta kroz savremene tehnologije, zatim propagiranje lažnih ili malo značajnih vrijednosti u miljeima življenja, odrastanja, vaspitanja i obrazovanja uz propagandu modela agresivnih odnosa, te kroz legalizaciju istih.

Sve to postaje svakodnevница koja unosi konfuziju u odnosu na sve aspekte identitetnih sfera, te se postavlja pitanje njihove štetnosti na evolutivne procese ne samo pojedinca nego i mnogo masovnije.

Ako su tokom razvoja ostale nezadovoljene bazične potrebe, nastala je i osnova za neobavljene ili neadekvatno obavljene razvojne procese (ometena izgradnja identiteta), a adolescentni procesi će produbiti postojeće probleme i nadopuniti ih nekim novim i time dovesti do duboke krize identiteta, autoriteta i seksualnosti, sa komplikacijama manifestnim kroz politoksikomanije, promiskuitetne varijante, nezavršeno školovanje, rastuću suicidalnost, delinkvenciju... Tokom adolescencije trebalo bi da se usvoje obrasci ponašanja, edukacije, stavovi o seksualnosti i radu.

Seksualnost u adolescenciji

Seksualno ponašanje adolescenata je jedno od najvažnijih i najosjetljivijih područja ljudskog razvoja. Rizično seksualno ponašanje uvijek, a osobito u adoles-

* Specijalista neuropsihijatar u Klinici za psihijatriju, Klinički centar Banjaluka



cenciji, može imati neposredne i dugoročne neželjene posljedice. Motivi za stupanje u rane seksualne odnose najčešće su izvan konteksta seksualnosti. Adolescenti koji stupaju u rane seksualne odnose imaju i različite druge rizike kao što je zloupotreba alkohola, psihotaktivnih supstanci, rijetka upotreba kontracepcije.

Mediji su puni tema o seksualnosti, no prave informacije su često nedostatne, a razgovor o seksu je u nekim sredinama i danas društveni tabu. Seksualno prenosive infekcije i danas nose stigmu i podsvjesni osjećaj krivnje. Trendovi ka sve ranijem stupanju u seksualne odnose nisu uvijek tako izraženi kako se smatra, no odlaganje stupanja u brak uvjetuje sve duže razdoblje predbračnih seksualnih odnosa i produžava mogućnosti rizičnog seksualnog ponašanja.

Rizično seksualno ponašanje u adolescenciji može imati neposredne ali i dugoročne posljedice:

1. Neželjena (maloljetnička) trudnoća
2. Polno prenosive bolesti
3. Cervikalna displazija / karcinom vrata maternice
4. Neplodnost

Rana trudnoća

Maloljetničke trudnoće su neplanirane, slučajne, posljedice rane seksualne aktivnosti i nedostupnosti edukacije za planiranje porodice.

Roditelji tinejdžeri su siromašniji, manje edukovani, dolaze iz nestabilnijih porodica, a i njihovi roditelji su mlađi.

Seksualna aktivnost je u vezi sa individualnim i okolinskim faktorima:

1. Individualni faktori uključuju nivo hormona koji doprinose fizičkom razvoju, a to prati i pritisak okoline u vezi seksualnih aktivnosti i slobode (Kirby, 2001.).
2. Okolinski faktori su važna komponenta odrastanja i formiranja stavova kao i samopouzdanja, a podrazumijevaju širok spektar aktivnosti adolescenta, a neke su:
 - Veza sa školom: Adolescenti boljih akademskih postignuća rjeđe stupaju u seksualne odnose i češće koriste kontracepciju.
 - Zlostavljanje: 50% do 60% adolescentkinja koje su imale maloljetničke trudnoće je bilo seksualno zlostavljano što je 2 puta više nego u ostaloj populaciji (Stevens-Simon and Boyle 1995.).
 - Stavovi sredine u kojoj se živi da trudnoća nema negativne posljedice, da imaju negativan stav prema kontracepciji uslovjava i rjeđe korišćenje



kontracepcije. U sklopu stavova sredine su i stavovi porodice o seksualnosti, ulogama u porodici i nizak socioekonomski status.

- Uticaj vršnjaka: grupa vršnjaka u kojoj prevladavaju i drugi oblici rizičnog ponašanja imaju i rizičnije stavove o seksualnosti.
- Uticaj partnera: ukoliko je partner 2 do 5 god stariji od partnerke češće su rane trudnoće.
- Uticaj društvene organizacije: dezorganizovana i siromašnija društva, nezaposlenost, religioznost i ograničena dostupnost servisa za edukaciju takođe su bitan faktor za nastanak ranih trudnoća.
- Uticaj medija: predstavljanje seksualnog ponašanja bez posljedica i idealizacija romantičnih veza često imaju za posljedicu, uz ostale navedene faktore, i rane trudnoće.

Psihijatrijski poremećaji vezani za rane trudnoće

Poremećaji se mogu podijeliti u dvije kategorije:

1. Poremećaji koji su postojali i prije trudnoće
2. Poremećaji koji se javljaju nakon trudnoće

Poremećaji koji su postojali i prije trudnoće

Anksiozni poremećaji, poremećaji raspoloženja, zloupotreba psihoaktivnih supstanci i poremećaji ponašanja su u vezi sa ranim trudnoćama od 6% - 33,7%.

Osobe sa anksioznim i afektivnim poremećajima zbog niskog samopoštovanja passivnije su u vezi, a tako i podložnije uticaju partnera. U toku trudnoće mogu osjećati važnost, ponos i posebnost, a tek nakon rođenja da se manifestuje depresivnost i nesigurnost.

Ukoliko su postojali rizični oblici ponašanja pa i trudnoća, kao jedan od vidova rizika, redukuju stres i anksioznost, povećavaju osjećaj nezavisnosti i učvršćuju identitet u grupi vršnjaka.

Poremećaji koji se javljaju nakon trudnoće

Rađanje uključuje trenutnu ili prijeteću ozbiljnu povredu za dijete ili majku (Beck, 2004) - PTSP. Žene ističu intenzivan strah, osjećaj bespomoćnosti i gubitka



kontrole ili užas. Kod odraslih žena je moguća pojava PTSP i postpartalne depresije (Creedy, 2000).

Rođenje djeteta za adolescenta može biti ekstremno traumatično zbog emocionalnog razvojnog nivoa, koji nije dostigao određenu zrelost uprkos fizičkoj zrelosti, i oskudne podrške okoline. Adolescentkinje porodilje u 20% do 50% slučajeva imaju simptome posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) i postpartalne depresije (PPD). PPD slijedi PTSP u 25% - 70% porodilja, a kod adolescentkinja oko 48%. Postpartalnu depresiju prati osjećaj neadekvatnosti, anksioznost, gubitak energije, očaj, gubitak interesa i seksualne želje i opsesivne misli (Beck, 1992). Razvoju ovih poremećaja podložnije su adolescentkinje niskog samopouzdanja, loše socio-ekonomske podrške, sa stresogenim bračnim relacijama, one koje su morale napustiti školu i dr. stresori.

Majke nisu u stanju da odgovore zahtjevima tek rođenog djeteta što se u kasnijem razvoju može manifestovati kroz emocionalne, ponašajne i kognitivne teškoće, nisku porodajnu težinu, poremećaje ponašanja, sindrom hiperaktivnosti, delinkventna ponašanja.

Zaključak

Budući da se trudnoće ponavljaju u 30%, 40% do 50% nakon prve i druge godine po porodu, važno je omogućiti i prije prve trudnoće niz aktivnosti koje generalno smanjuju sve oblike rizičnog ponašanja uključujući i trudnoće.

Edukacija:

- Promovisati zdrave načine nošenja sa stresom i asertivnost;
- Pozitivna iskustva u školi, favorizovanje znanja i vještina;
- Povećati samopouzdanje i samopoštovanje;
- Napraviti balans između nezavisnosti i zavisnosti u relacijama;
- Povećati samopouzdanje u izražavanju vlastitih potreba i emocija;
- Povezati samopouzdanje sa drugim faktorima osim spoljnog izgleda i rizičnog ponašanja;
- Pojačati kritički pristup važećim sociokulturalnim idealima.

Prof. dr Nenad V. Babić*

Reproduktivno zdravlje adolescenata

Adolescencija, mladost ili mladalaštvo, je razvojna faza, prelaz od djetinjstva u odraslost. Čuveni pisac Čarls Dikens (Charles Dickens) veoma je impresivno opisao adolescenciju: "Ona je najbolje razdoblje života, ona je najgore razdoblje života, ona je doba mudrosti, ona je doba ludosti". Svjetska zdravstvena organizacija definiše adolescenciju kao period od 10. do 19. godine života, mada je kraj adolescencije teže definisati jer je determinisan psihosociološkim zakonitostima više nego somatskim, fizičkim ili biološkim promjenama. Dakle, veoma je značajno za definisanje adolescencije (gornje granice) uzeti u obzir aspekte psihosocijalne zrelosti, lične - ekonomске nezavisnosti i slobode, što produžava period adolescencije do 25. godine života.

Opšte karakteristike adolescencije

Ulagana vrata adolescencije, koja se karakteriše brojnim razvojnim psihosomatskim osobenostima, predstavlja pubertet. Pubertet je okvirno dvogodišnji period koji obuhvata period tjelesnog, duševnog i polnog sazrijevanja, koje se ogleda u sazrijevanju polnih žlijezda od infantilnog do adultnog tipa. Kod djevojčica počinje sazrijevanje jajnih ćelija (folikulogeneza), a kod dječaka sazrijevanje spermatozoida (spermatogeneza) i ostvarenje reproduktivne funkcije. Posebno značajan biološki period sazrijevanja djevojčica je pojava menstruacije. Pojava menstruacije je posljedica mnogih značajnih anatomske, fiziološke i mentalne promjene. Prva menstruacija menarrha u našim krajevima se javlja između 12. i 17. godine. Mnogo je faktora koji utiču na pojavu menarhe: tjelesna masa, nasljedni (genetički) faktori, socijalna sredina. Prije pojave menstruacije dolazi do mnogih promjena, anatomska građa i funkcija polnih žlijezda se mijenja. Nastanak prve menstruacije ne predstavlja i prvu aktivnost ženskih polnih žlijezda - jajnika. Postojanje ženskih polnih hormona očito je na osnovu promatranja razvoja tijela djevojčice, koje postaje oblije u odnosu na tijelo dječaka, zbog nakupljanja masnog tkiva u predjelu karlice, Venerinog brežuljka i ramena. Sluznica rodnice postaje ružičasta, zadebljavaju ivice djevičnjaka, dojke se uvećavaju pod dejstvom hormona jajnika, bradavice se izbočuju, javlja se dlakavost na velikim usnama i Venerinom brežuljku. Dakle, menstruacija je

* Specijalista ginekolog- akušer, Nacionalni koordinator za reproduktivno zdravlje u Republici Srbiji



samo jedan od znakova u velikom nizu složenih promjena koje se dešavaju u organizmu žene - djevojčice. Menstruacije su u samom početku neredovne po vremenu dolaska i dosta neujednačene po količini krvarenja. Tek nakon nekog perioda, koji je nekada dug i čitavu godinu dana, dolazi do uspostavljanja redovnih mjesecnih krvarenja. Od tada se može smatrati da je žena dostigla polnu zrelost. Iako nepotpuni, postoje usvojeni kriteriji (Komitet Internacionalne federacije za ginekologiju i akušerstvo) zrelosti djevojčica. Prema ovim kriterijima djevojčica koja menstruira više od tri godine sa utvrđenim ovulacijama i trajanjem ciklusa 28+6 dana može se smatrati zrelom djevojčicom. Uz već pomenuti uslov postoje još neke karakteristike koštane zrelosti, razvoja dojki i pubične dlakavosti, uz veliki nedostatak dva značajna kriterija: odsustvo hormonske aktivnosti i posebno psihoseksualne zrelosti. Doba polne zrelosti (fertilno doba) traje u prosjeku oko 35 godina, uz uvažavanje činjenice da su poznate brojne individualne razlike. Hormoni i njihova aktivnost uzrokuju promjene na genitalnim organima i dojkama. Svim tim promjenama koje možemo uočiti prethode manje vidljive promjene - biohemski pubertet. Zapravo, sva ta kompleksna zbivanja uključuju povezanost neuroendokrinog sistema, uz neposrednu interakciju centralnog nervnog sistema, hipotalamusa, hipofize, polnih žlijezda i čitavog kompleksa endokrinih žlijezda. U toj kompleksnoj funkcionalnoj harmoniji i interakciji dolazi do funkcije i polnih žlijezda, ovarijuma kod djevojčica i testisa kod dječaka, koje počinju sa produkcijom hormona, estrogena kod djevojčica i testosterona kod dječaka.

U pubertetu se povećava tjelesna visina, uopšte govoreći, povećava se brzina rastenja. Djevojčice ranije sazrijevaju i oko dvije godine ranije od dječaka dolazi do ubrzanijeg njihovog rasta. U toku rasta uočljiva je disproporcija, neujednačen rast pojedinih dijelova, pogotovo kod dječaka. Kod dječaka je evidentan rast testisa, penisa i skrotuma, maljavost se razvija postepeno od korjena penisa, butina i sve do pupka, maljavost maskulinog tipa, nakon toga, ispod pazuha i brade. Dječaci u tom periodu mijenjaju boju glasa, mutiraju, glas postaje dublji.

Doba adolescencije je karakteristično i u psihosocijalnoj sferi života. Glavna karakteristika psihosocijalnog sazrijevanja je uspostavljanje unutrašnje autonomije i nova socijalna orijentacija, pripadanje grupi. Nakon nekog perioda dolazi do buđenja i intenzivnog narastanja polnog nagona praćenog polucijama u snu i masturbiranjem. Mijenja se koncept o vlastitom tijelu, pojačava samodopadanje, narcizam. Opsjednuti su tjelesnim promjenama, naročito onim vezanim za genitalije. Imaju snažnu potrebu da budu prvi, u centru pažnje i da budu voljeni. Žele da se izdvoje iz uskog porodičnog kruga i priključe i pripadaju grupi vršnjaka. U ovom uzrastu djeca i njihove grupe čine dio posebne subkulture. Grupa kojoj odano pripadaju imaju svoje norme vrijednosti i lojalnosti. Vrlo često su u sukobu mjerila i vrijednosti koja važe u



svijetu odraslih sa mjerilima i vrijednostima koje oni i njihova grupa postavljaju. Kada pripadaju grupi, osjećaju sigurnost, radost i zadovoljstvo i nasuprot tome, strah i uznemirenost, kada su od nje izolovani i odbačeni. Šta se zapravo mijenja, transformiše i reorganizuje u adolescenciji? Jednostavan, ali ne baš tačan i odmijeren odgovor bi bio - sve i potpuno. To sve uključuje tijelo, socijalni status, ponašanje, odnos prema sebi u cjelini i dijelovima sebe, odnos prema drugima, sistem vrijednosti, pa i psihički sklop, strukturu. Ove promjene su koncentrisane oko dva različita procesa integracije genitalno zrelog i seksualno funkcionalnog tijela i novih identifikacija i ostvarenja autonomije i nezavisnosti. U povoljnem razvoju, na kraju adolescencije stvari se nova ravnoteža između instanci ličnosti, koja obezbjedi psihički sklop koji je operabilniji i snažniji za život odrasle osobe i koji u sebi sadrži uravnoteženost između funkcionisanja po principu zadovoljstva i principu realnosti (sjetimo se da su najčešći uzroci prolaznih poremećaja u adolescenciji izazvani nemogućnošću zadovoljenja naraslih nagonskih, u prvom redu seksualnih pulzija, zbog socijalnih normi). Tako se može reći da adolescentne transformacije imaju kapacitet da prođu duboko u psihičko biće adolescenta, a da li će ga dezorganizovati ili organizovati, zavisi od mnogo faktora: od ličnosti adolescenta, od porodice, škole i socijalne sredine uopšte (1).

Reproduktivno zdravlje adolescenata

Radi svoga značaja definicija zdravlja je unesena u ustav Svjetske zdravstvene organizacije i postavljena kao prvi (od devet) opštih principa na kojima se zasniva konstitucija Svjetske zdravstvene organizacije. "**Zdravlje je stanje potpunog fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsutnost bolesti i defektnosti**". Iz ove temeljne definicije zdravlja izvedena je i definicija reproduktivnog zdravlja koja definiše reproduktivno zdravlje kao usklađenost i normalan sklop fizičkih, mentalnih i socijalnih komponenti koje se odnose na reproduktivni sistem i njegovo funkcionisanje. Reproduktivno zdravlje obuhvata širi aspekt, koji podrazumijeva polni razvoj, sazrijevanje, seksualnu ostvarenost, kao i razvoj zdravih, uravnoteženih i ravnopravnih - humanih odnosa. Širi kontekst ove definicije podrazumijeva i ispunjavanje reproduktivne funkcije na zdrav i željen način, koji obavezuje na brigu i zaštitu od širenja polno prenosivih bolesti i povreda vezanih za seksualnost i reprodukciju.

Reproduktivno zdravlje ima veliki sociomedicinski značaj jer ujedinjuje dvije vitalne komponente: reproduktivnu i drugu komponentu koja je vezana sa zdravim početkom života. Regionalni komitet Svjetske zdravstvene organizacije za Evropu u svom dokumentu "Zdravlje 21" definisao je odrednice - ciljeve: viši nivo zdravstvene



zaštite, za svu novorođenčad i djecu predškolske dobi, koji im omogućuje zdrav početak života.

Razvoj i karakteristike adolescentne seksualnosti

Put od djetinjstva do odrasle osobe, zrele i samostalne, vezan je za mnoge metamorfoze. Trasformiše i reorganizuje se, kao što smo već rekli, sve i potpuno. Preobražaj se dešava na tjelesnom, psihičkom i socijalnom planu. Najznačajnija karakteristika adolescencije je buđenje seksualnosti kao fundamentalne dimenzije života, na kojoj je Frojd utemeljio, u najvećoj mjeri, svoj psihijatrijski stav, gdje je seksualnost postavljena kao baza svake ličnosti koja utiče i projektuje ljudski život i ponašanje u najširim smislu. Manifestacija seksualnosti je prisutna u najranijem djetinjstvu, ali je pubertet vrijeme intenziviranja seksualnog nagona koji udružen sa svim drugim preobražajima, fiziološkim, psihološkim i socijalnim, utiče na stvaranje seksualnog identiteta mlade osobe. Na osnovu mnogih izvještaja, sa svih strana svijeta, može se zaključiti da je došlo do porasta seksualne aktivnosti adolescenata, posebno da te seksualne aktivnosti započinju znatno ranije.

Tabela 1: Prosječna starost adolescenata pri prvom polnom odnosu (2)

Zemlja	Godine pri prvom polnom odnosu
Island	15,7
Njemačka	16,2
Austrija	16,3
Holandija	16,4
Švedska	16,4
Danska	16,5
Finska	16,5
Norveška	16,5
Velika Britanija	16,7
Bugarska	17,1
Francuska	17,1
Izrael	17,1
Belgija	17,2
Makedonija	17,2



Zemlja	Godine pri prvom polnom odnosu
Slovenija	17,2
Mađarska	17,3
Švicarska	17,3
Češka Republika	17,5
Irska	17,5
Hrvatska	17,6
Italija	17,6
Srbija i Crna Gora	17,6
Španija	17,7
Grčka	17,8
Poljska	17,9
Slovačka	18,0

Međutim značajan je procenat adolescenata koji sa seksualnim aktivnostima počinju već oko 15 godine. Našim istraživanjem na postavljeno pitanje: "Da li ste imali seksualno iskustvo" apsolutno najveći broj (62%) anketiranih učenika srednjih škola i studenata odgovorilo je ne, a 38% je izjavilo da su imali seksualno iskustvo.

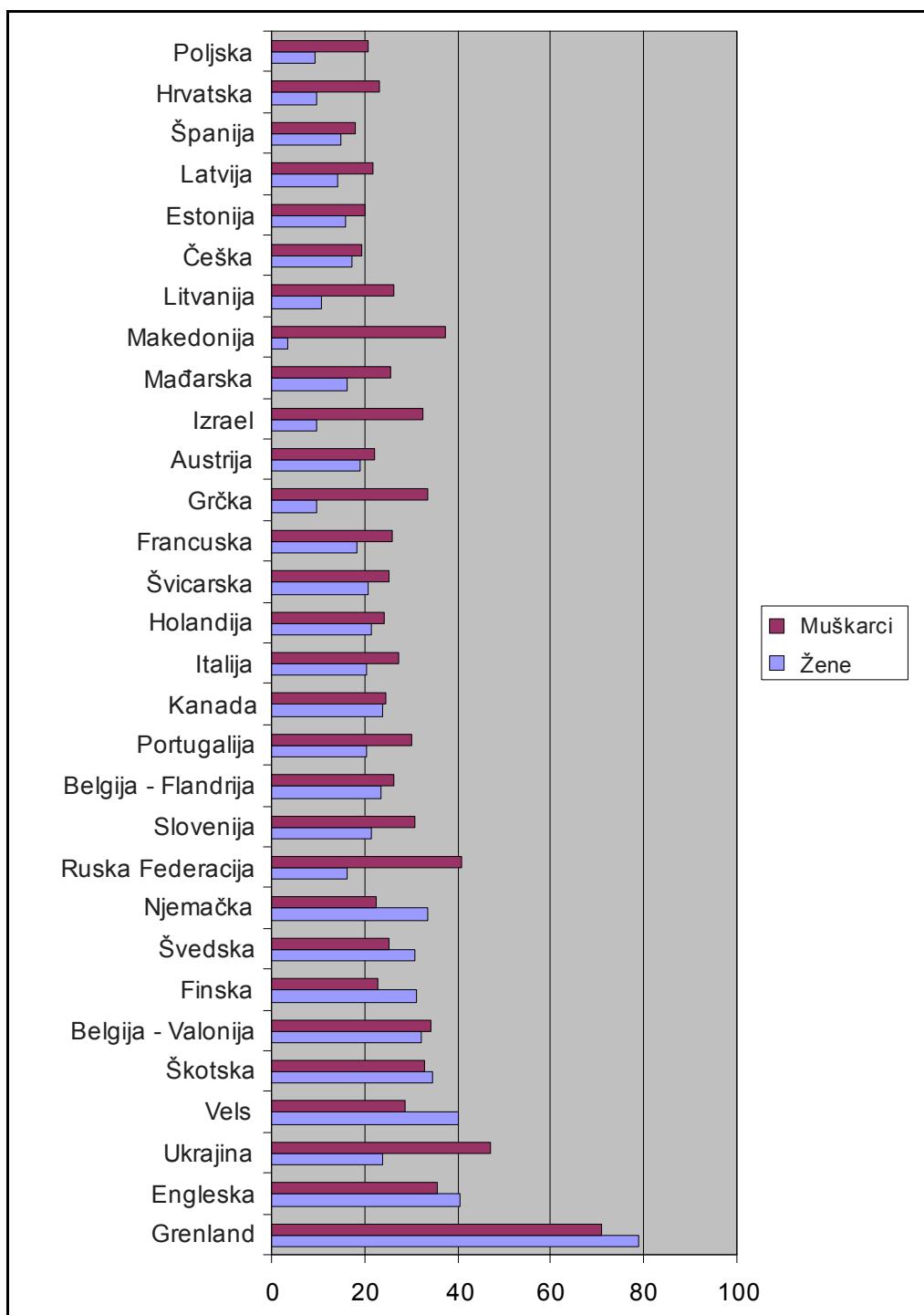
Šta utiče na polno ponašanje adolescenata?

Znanje je najznačajniji faktor i preduslov za formiranje pravilnih stavova o svim aspektima reproduktivnog zdravlja, znanje i informisanost o planiranju porodice, zaštiti od neželjene trudnoće kao i preuzimanje odgovornosti u seksualnim aktivnostima i zaštiti od polno prenosivih bolesti. O nedovoljnom znanju i slaboj informisanosti mladih o reproduktivnom zdravlju potvrđeno je u mnogim studijama. Značajan broj adolescenata nije znalo kada je u toku menstruacionog ciklusa najveća vjerovatnoća da dođe do začeća. U toku našeg ispitivanja na pitanje: "Šta je menstruacija" najveći broj mladih (87.5%) od 12 do 15 godina odgovorilo je da je to mjesечni ciklus vezan za sazrijevanje jajne ćelije, ali je skoro 10% odgovorilo da je to ženski hormon. Anketirani srednjoškolci i studenti, u našem istraživanju, na postavljeno pitanje: "Sa kim možeš otvoreno da razgovaraš o seksu" apsolutno najveći broj (64%) anketiranih odgovorio je sa drugom ili drugaricom, 15% je imalo dva ili više odgovora na ovo pitanje, 8% je reklo sa roditeljima i sa bratom ili sestrom, a oko 5% sa ostalim. Da je



seksualno obrazovanje neophodno u populaciji mlađih adolescenata potvrdili su nam i oni sami koji su na pitanje: "Da li bi bilo korisno da imate seksualno vaspitanje" potvrđno odgovorilo 82%, a isto toliki procenat anketiranih srednjoškolaca i studenata je kazalo da im nedostaju saznanja o mnogim aspektima reproduktivnog zdravlja, o polnim organima, trudnoći, kontracepciji i polnoprenosivim bolestima. Seksualno obrazovanje sa posebnim edukativnim programima u Švedskoj postoji već više decenija. Pored toga diferencirana je i zdravstvena zaštita mlađih koji u posebnim klinikama za mlade mogu ostvariti svoju zdravstvenu zaštitu, savjetovati se o svim svojim problemima i poteškoćama sa kompetentnim stručnjacima (3). Dakle, razvijene sredine su već odavno spoznale da je potrebno daleko više pažnje posvetiti adolescentima, njihovoj edukaciji, zdravstvenoj zaštiti, prevenciji i promociji reproduktivnog zdravlja i zdravih stilova života, jer je to najbolja investicija jedne zrele društvene zajednice koja brine o svojoj budućnosti.

Rizici za nastanak oštećenja reproduktivnog zdravlja mnogo su veći kod adolescenata koji počinju rano sa seksualnim aktivnostima, posebno djevojke koje počinju sa seksualnim aktivnostima oko 15 godine života. U toj populaciji se znatno češće javlja (duplo) karcinom grlića materice prije navršenih 50 godina života (4). Osim toga započinjanje seksualnih aktivnosti u ranijem uzrastu uzrokuje promiskuitetno ponašanje.

**Grafikon 1:** Procenat mladih seksualno aktivnih do 15 godina starosti (5)



U našem istraživanju na postavljeno pitanje: "Šta misliš o seksualnim odnosima u adolescenciji" skoro polovina (49%) anketiranih učenika srednjih škola i studenata rekao je da je normalna pojava danas, 19% misli da je to previše rano, 17% misli da to nosi mnogo rizika, a 13% misli da to zavisi od zrelosti drugog partnera.

U Beogradu, u grupi seksualno aktivnih adolescentkinja, djevojke najčešće imaju polne odnose u stabilnoj, dugotrajnoj vezi (97,7%). Veliki broj djevojaka, međutim, tokom adolescencije ostvari seksualne kontakte i u površnim, kratkotrajnim vezama (35,0%), kao i prilikom prvog susreta sa nepoznatom osobom (5,7%) (6). U našem istraživanju na postavljeno pitanje: "Da li je za tebe ljubav neophodna prepostavka stupanja u seksualne odnose" apsolutno najveći broj (61%) anketiranih učenika srednjih škola i studenata odgovorio je da, 38% je reklo ne, a 1% nije dalo odgovor.

Ni u jednom drugom periodu života rizično ponašanje nije tako često kao u adolescenciji. Mladi istražuju, probaju i predaju se opasnostima i tako ostvaruju svoju potrebu za doživljavanjem uzbudjenja, opuštanjem, gušenjem tjeskobne praznine, potvrđivanjem, međusobnim upoređivanjem, učvršćuju osjećaj pripadnosti i suprostavljaju se autoritetu odraslih. Rizična ponašanja mogu da budu ugrožavajuća za zdravlje, pa čak i za život mlađih, ali im istovremeno i pomažu da ispitaju granicu mogućeg, sigurnog i dozvoljenog i da tu granicu prihvate. Razvoj sposobnosti za preuzimanje odgovornosti za sebe i za druge, povjerenja u sebe i mogućnosti samokontrole nije moguć bez ikakvog rizika. Većina mlađih se prije ili kasnije prepusti rizicima različite vrste i stepena. Rizično ponašanje u adolescenciji je na neki način neophodan sastavni dio priprema za preuzimanje uloge odraslih. To je potencijalno opasan međukorak između ponašanja djeteta, koga štite odrasli, i odrasle osobe, koja mora biti sposobna da se sama zaštiti. Rizično ponašanje je do neke mjere sastavni, normativni dio razvoja koje razvoj zapravo podstiče i omogućava. Ako ne shvatimo funkciju rizičnog ponašanja u adolescenciji, ne možemo da razumijemo ni taj period života. Rizično ponašanje samo po sebi nije patološko, ali može da ukaže na očekivane buduće psihosocijalne probleme, ili da stvori osnov za kasniju psihopatologiju. Njegov značaj je veliki, prije svega zbog mogućih relativno vjerovatnih posljedica. Među njima su najvažnije sljedeće:

- štetne navike postaju stil života, što se prenosi u zrelo doba (upotreba dozvoljenih droga - alkohola i duvana, nepravilna ishrana);
- povećanje sukoba (delikvencija);
- ugrožavanje drugih ljudi i imovine (nasilje, destruktivno ponašanje);
- neposredna ili posredna ugroženost zdravlja mlade osobe (upotreba psihoaktivnih supstanci, seksualni kontakti bez zaštite);



- slabija mogućnost sazrijevanja zbog prerađenog preuzimanja uloge odraslih (trudnoća u adolescentnom periodu).

Rizično ponašanje mladih na neki način odražava sliku odnosa u savremenom društву i onoga što se u njemu dešava (1).

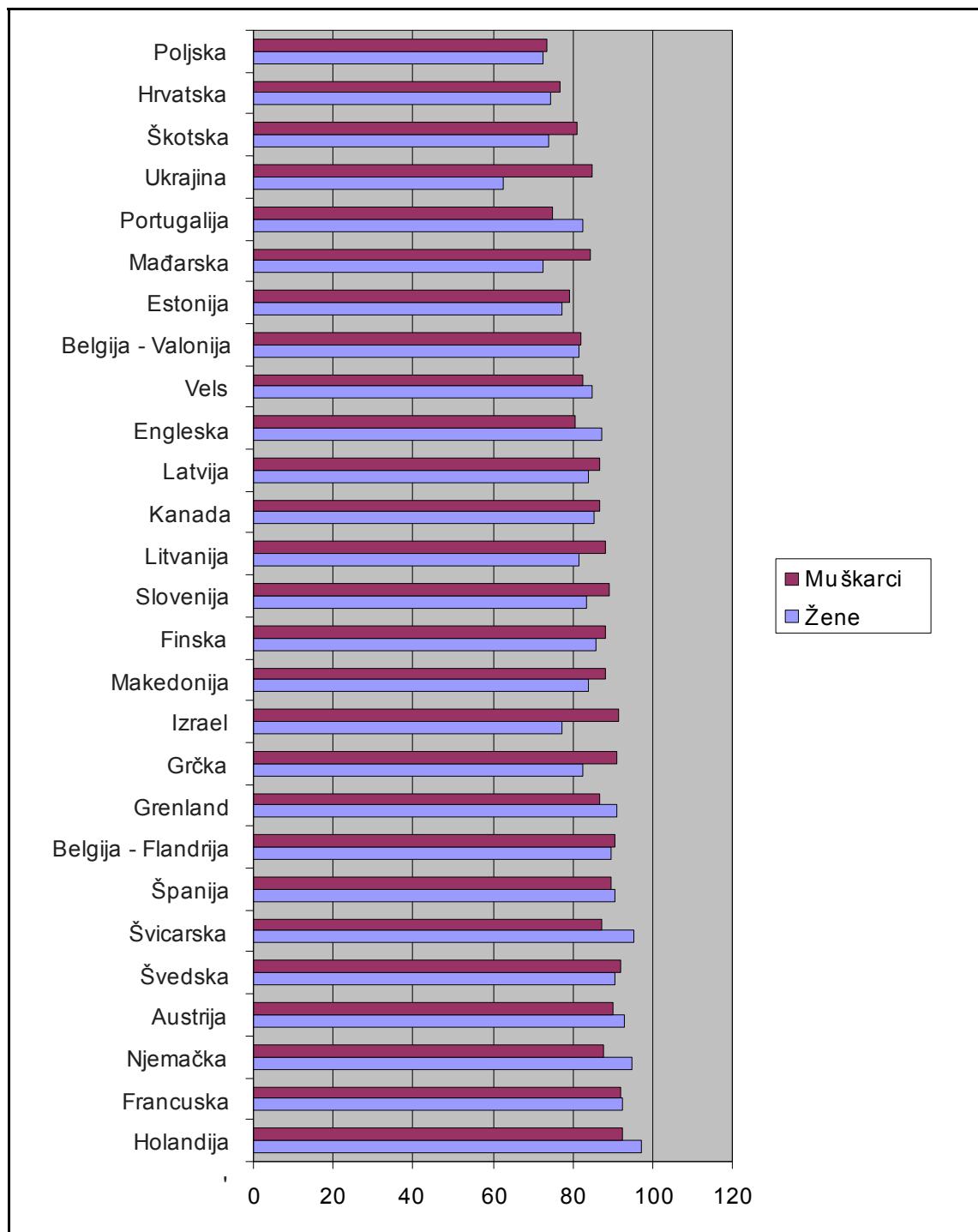
Za pravilan polni razvoj mladih veliki značaj imaju roditelji. Na osnovu rezultata ispitivanja adolescenata u Beogradu ustanovljeno je da se u roditeljskoj kući ne razgovara često o temama iz oblasti planiranja porodice: svaka četvrta djevojka (27.6%) nije sa roditeljima razgovarala o začeću, trudoći i porođaju, o seksu sa roditeljima nije razgovaralo 39.6% djevojaka, o kontracepciji 39%, o namjernom prekidu trudnoće 39%, a čak svaka druga adolescentkinja (48.4%) nije razgovarala o bolestima koje se prenose polnim putem (5). Široke razmjere ima problem neusklađenosti polnog ponašanja i znanja koje imaju adolescenti o prednostima upotrebe kontraseptivnih sredstava. Predubjeđenja o štetnosti po zdravlje hormonskih kontraceptiva prisutna je kod velikog broja adolescenata. Hormonska kontracepcija izaziva otpor djevojaka najčešće zbog straha za zdravlje, a svaka druga djevojka smatra da opterećenje predstavlja i obaveza redovnog uzimanja ovih sredstava za kontrolu rađanja (5). Najniža učestalost korišćenja kontracepcije, i u svijetu i kod nas, zapaža se na početku seksualne aktivnosti. Ovu tezu u dobroj mjeri potvrđuju rezultati nekih evropskih zemalja, koji se odnose na populaciju adolescenata (14-19 godina) i njihove zaštite prilikom prvog polnog odnosa.

Tabela 2: Korišćenje kontracepcije pri prvom polnom odnosu (2)

Zemlja	% Korišćenja kontracepcije pri prvom polnom odnosu		
	dobna skupina	žene	muškarci
Bugarska	18-19	54.7	
Hrvatska	15-19	62.4	71.0
Češka	15-19	62.4	28.9
Francuska	15-17	89.7	
Latvija	18-19	41.8	45.0
Litvanija	18-19	34.3	32.5
Slovenija	15-19	76.1	66.1
Švedska	16-18	78.0	
Srbija i Crna Gora	19	31.1	
Velika Britanija	16-19	90.2	92.6

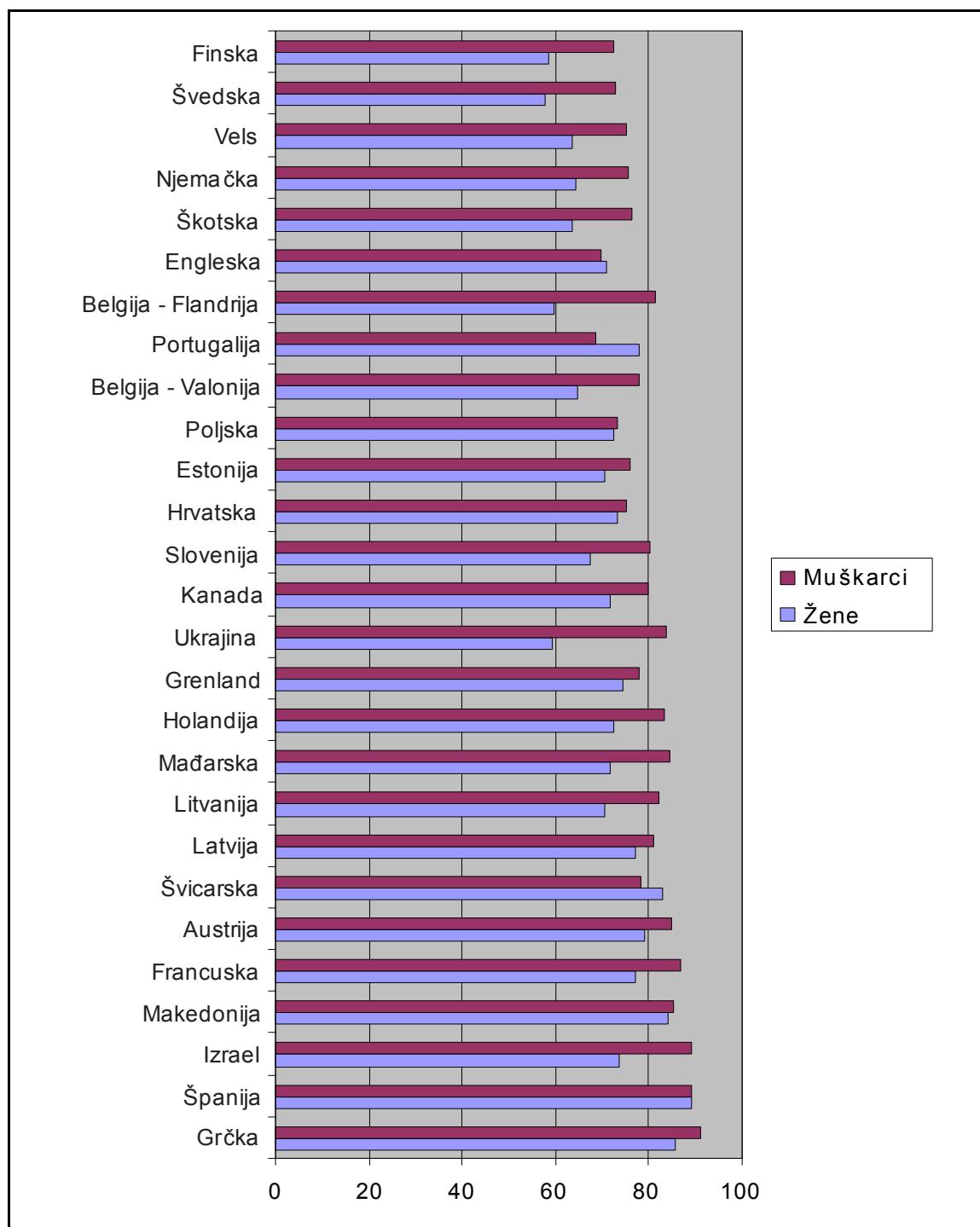


Grafikon 2: Procenat petnaestogodišnjaka koji su koristili bar jedan metod kontracepcije pri posljednjem seksualnom odnosu (7)





Grafikon 3: Procenat petnaestogodišnjaka koji su koristili kondom pri posljednjem seksualnom odnosu (8)





Naime, rezultati jedne opsežne studije, provedene u SAD u populaciji 4000 adolescenata, pokazuju da je najveći rizik od neplanirane trudnoće na samom početku seksualnih aktivnosti. Ustanovljeno je da se 22% neželjenih trudnoća dogodi u prvom mjesecu, a 50% tokom prvih šest mjeseci seksualnih aktivnosti (9).

Na osnovu istraživanja, provedenog u 7 regionala u Republici Srpskoj na uzorku od 1.000 žena, o kontracepciji i upotrebi kontraceptiva može se zaključiti (10):

- Najveći broj ispitanica (preko 90%) je čulo za pilule za kontracepciju, kondom, plodne dane, prekinuti snošaj, a najmanje (ispod 50%) ih poznaje ženski kondom, spermicidna sredstva i vazektomiju.
- I pored relativno dobrog poznavanja metoda kontracepcije one su u praksi koriste malo, od svih metoda kontracepcije najviše se koristi prekinuti snošaj (74.3%), plodni dani (50.9%), dojenje (31.6%) i kondom (28,4%). Najčešći razlog zbog kojeg se ne koristi drugi metod je strah od propratnih efekata i komplikacija (63.7%).

Naša studija nam je pokazala, u populaciji srednjoškolaca i studenata, da najveći broj anketiranih (74%) smatra da je zajednička odgovornost partnera da vode računa da ne dođe do neželjene trudnoće, a 10% djevojaka misli da je to njihova lična odgovornost, a 9% anketiranih se izjasnilo da ne razmišlja o tom problemu. Kada su u pitanju metode kontracepcije, koje poznaju ispitanici, najčešći odgovor je: kondom (49%), a oko 40% dalo je dva ili više odgovora, oko 56% odgovorilo je da nisu dovoljno upoznati. Na pitanje: "Koristite li kondom prilikom polnog odnosa" najveći broj (60%) anketiranih učenika srednjih škola i studenata nije dao odgovor, oko 34% kaže da koristi, a 6% se izjasnilo da ne koriste kondom prilikom polnog odnosa.

Kada su u pitanju saznanja o upotrebi savremenih kontraceptiva u našoj zemlji zasnovana su na nedovoljno reprezentativnim studijama i mogu poslužiti kao orijentacija za šira i potpunija istraživanja.

Namjerni prekid trudnoće i adolescencija

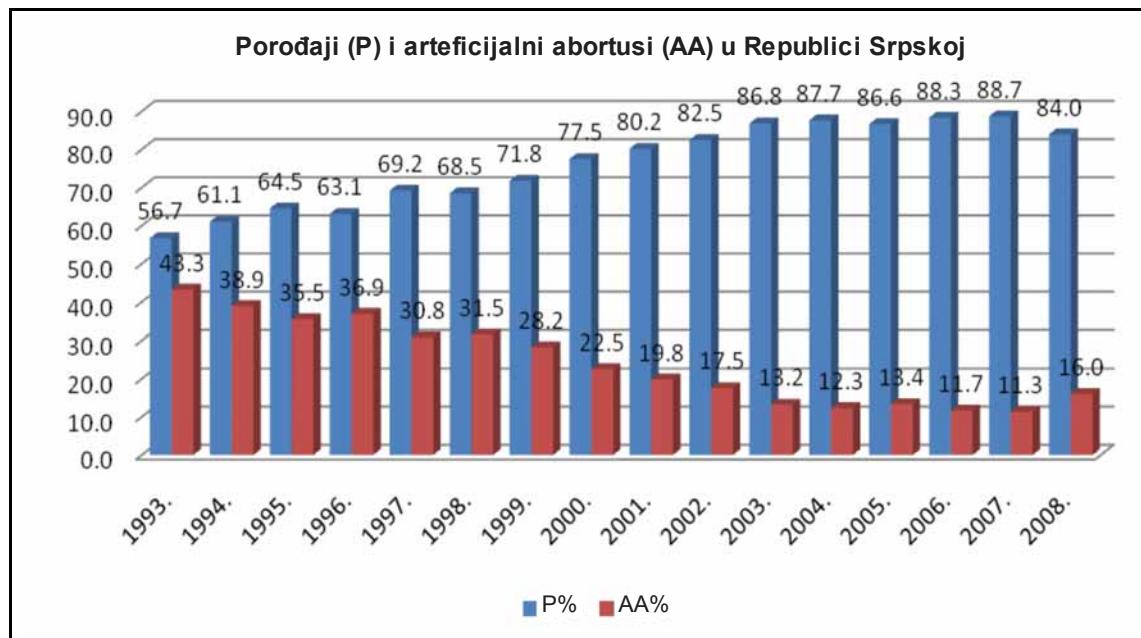
Iako je najlošiji metod kontrole rađanja, praćen sa najčešćim komplikacijama, koje često ugrožavaju i život djevojke - žene, namjerni prekid trudnoće je najčešći metod kontrole rađanja kod nas i u velikom broju zemalja. Razloga je mnogo zašto se žene odlučuju za namjerni prekid trudnoće. Osnovni razlog je što je nedovoljno pažnje posvećeno da se primjenjuju i drugi savremeniji načini kontracepcije. Stanovništvo nije obavješteno ili je nedovoljno obavješteno o savremenim metodama kontracepcije. Kontraceptivna sredstva su skupa i često nisu zastupljena na listama lijekova, a abortus je zakonom odobren, društveno prihvaćen i tako, jednostavno, svakoj ženi postaje najdostupniji metod kontracepcije.



Pouzdanana incidencija i stopa namjernih prekida trudnoće u Republici Srpskoj su nepoznati. Naime, samo mali broj arteficijalnih abortusa se danas uradi u zdravstvenim ustanovama sekundarnog i tercijarnog nivoa (opšte bolnice i klinike), kako to nalaže član 14. Zakona o uslovima i postupku za prekid trudnoće. Veliki broj namjernih prekida trudnoće uradi se u privatnim ordinacijama te kao takvi spadaju u grupu rizičnih ili nedozvoljenih abortusa. Niti jedan od ovih rizičnih abortusa nije registrovan i propisno prijavljen, kako to nalažu postojeći zakoni. Da je broj rizičnih abortusa zaista veliki i da nam je incidencija nepoznata da se zaključiti iz analize broja abortusa te odnosa između broja arteficijalnih abortusa i broja poroda u Republici Srpskoj po godinama, u šesnaestogodišnjem periodu (1993-2008. godine) (11).

Tabela 3, Porodaji (P) i arteficijalni abortusi (AA) u Republici Srpskoj po godinama, u šesnaestogodišnjem periodu (1993 -2008. godine)

Godine	P	P %	AA	AA %	AA/100 P	AA/1000 P	P : AA
1993.	7837	56,7	5975	43,3	76,2	762	1,3 : 1
1994.	10370	61,1	6610	38,9	63,7	637	1,6 : 1
1995.	9459	64,5	5197	35,5	54,9	549	1,8 : 1
1996.	9700	63,1	5670	36,9	58,5	585	1,7 : 1
1997.	10118	69,2	4497	30,8	44,4	444	2,2 : 1
1998.	9022	68,5	4151	31,5	46,0	460	2,2 : 1
1999.	9120	71,8	3586	28,2	39,3	393	2,5 : 1
2000.	9274	77,5	2692	22,5	29,0	290	3,4 : 1
2001.	9110	80,2	2254	19,8	24,7	247	4,0 : 1
2002.	8976	82,5	1908	17,5	21,3	213	4,7 : 1
2003.	9089	86,8	1381	13,2	15,2	152	6,6 : 1
2004.	9120	87,7	1284	12,3	14,1	141	7,1 : 1
2005.	9071	86,6	1399	13,4	15,4	154	6,5 : 1
2006.	9175	88,3	1210	11,7	13,2	132	7,6 : 1
2007.	9256	88,7	1183	11,3	12,8	128	7,8 : 1
2008.	9557	84,0	1823	16,0	19,1	191	5,2 : 1
Ukupno:	148.254	74,5	50.820	25,5	34,3	343	2,9 : 1



U toku istraživanja o osobenostima arteficialnog abortusa u Republici Srpskoj izvršeno je anketiranje žena koje su došle da izvrše prvi namjerni prekid trudnoće. Na tabeli 4. prikazana je starosna struktura anketiranih žena (8).

Tabela 4. Godine života anketiranih žena u vrijeme prvog arteficialnog abortusa

Godine života	15	16	17	18-20	21-25	26-30	31-35	36-40	>40	Ukup.
Broj ispitanica	1	8	117	383	538	168	82	32	6	1335
%	0,07	0,6	9,0	29,0	40,0	12,5	6,0	2,4	0,4	100

Najveći broj žena koje su imale arteficialni abortus pripadao je starosnoj dobi od 21-25 godina 538 (40%), zatim u životnoj dobi od 18 do 20 godina 383 (29%). Sa 17 godina života prvi arteficialni abortus imale su 117 ili 9% djevojaka, sa 16 godina 8 djevojaka, a sa 15 godina bila je jedna djevojka. Evidentno je da se progresivno smanjuje učešće žena, u namjernim prekidima trudnoće, koje su starije od 30 godina.

Namjerni prekid trudnoće višestruko ugrožava psihofizičko zdravlje adolescentkinja. Poznato je da namjerni prekid trudnoće može izazvati ozbiljne zdravstvene komplikacije. U Rusiji, na primjer, indukovani abortus predstavlja uzrok 25-30% maternalne smrtnosti, a u Rumuniji čak preko 50%. Najčešće komplikacije poslijem namjernog prekida trudnoće jesu infekcije, krvarenja, anemije, povrede unutrašnjih or-



gana, kao i drugotrajni zdravstveni poremećaji koji rezultiraju hroničnim bolovima u maloj karlici, prijevremenim porođajem u narednim trudnoćama i infertilitetom (12).

Polno prenosive bolesti u adolescenciji

Polno prenosive bolesti (PPB) predstavljaju značajan javno zdravstveni problem zbog svoje epidemische proširenosti, mnogobrojnih komplikacija koje izazivaju i zbog ogromnih troškova koji se izdvajaju u zdravstvenom sistemu za njihovo liječenje (13). Učestalost polno prenosivih bolesti u stalnom je porastu, prema podacima SZO godišnje se u svijetu registruje 250 miliona novih slučajeva PPB od čega je 7 miliona novoregistrovanih HIV - pozitivnih pacijenata, oko 50 miliona osoba novoinficiranih Chlamidiom trachomatis i oko 2,5 miliona novoregistrovanih infekcija virusom B hepatitisa. PPB pretežno se registruju kod mlađih osoba, više od dvije trećine svih polno prenosivih bolesti otpada na populaciju 20-25 godina. Posebno treba istaknuti značaj PPB u nastanku komplikacija koje su vezane sa infertilitetom i komplikacijama koje prate trudnoću. Ishod infekcije u pogledu fetusa, zavisi od vrste uzročnika, putu ulaska, broju i virulenciji uzročnika; nadalje o gestacijskoj starosti kada je nastala infekcija, tj. o stepenu diferencijacije fetalnih organa, te o zrelosti fetalnog imunog sistema. U ranoj trudnoći infekcija može uzrokovati anomaliju razvoja, spontani pobačaj ili smrt fetusa. U trudnoći nakon završene organogeneze (poslije 12. nedjelje) fetus može ali ne mora biti zahvaćen infekcijom. Rezultat infekcije fetusa može biti: usporenje rasta, rađanje oboljelog djeteta, fetalna smrt, neonatalna smrt ili kasne posljedice u djeteta (14).

Bolesti koje se danas najčešće šire polnim putem su gonoreja i tzv. nespecifične genitalne infekcije (hlamidije, mikoplazme i sl.). Sifilis je u blagom porastu, uglavnom u homoseksualaca, ali ne predstavlja veliki problem kao ranije. Česti su genitalni herpes, genitalne bradavice, trihomonijaza i stidna vašljivost. Posebno brzo se širi genitalni herpes, a slično je i sa nekim bolestima za koje se tek u novije vrijeme zna da se mogu prenijeti i seksualnim putem (virusni hepatitisi) (15).

U SAD svake godine kod 2,5 miliona adolescenata nastane neka od seksualno prenosivih infekcija, što odgovara četvrtini seksualno aktivnih mlađih osoba istog uzrasta. Ovom epidemijom polno prenosivih bolesti naročito su pogodene seksualno aktivne adolescentkinje (16).

Chlamidia trachomatis smatra se najčešćim bakterijskim uzročnikom infekcija koje se prenose putem seksualnog odnosa. Osobe mlađih uzrasta naročito su osjetljive na infekcije ove vrste. Kao obligatni intracelularni parazit, hlamidije su razvile sposobnost da izbjegnu normalne odbrambene mehanizme domaćina, pa mogu i



duže, od 8 - 10 godina, da opstaju u organizmu. Hronična genitalna hlamidijalna infekcija naročito je česta kod osoba ženskog pola, a smatra se da ovakav tok bolesti sa visokom učestalošću u ženskom dijelu inficirane populacije rezultira infertilitetom. Tokom ispitivanja beogradske populacije adolescentkinja, u grupi sa simptomima i znacima genitalne infekcije, *Chlamidia trachomatis* detektovana je kod skoro svake druge osobe (42.0%). Zabrinjava podatak da je učestalost genitalne hlamidijalne infekcije visoka i kod djevojaka koje se odgovorno polno ponašaju i nemaju subjektivnih tegoba. Kod adolescentkinja koje su redovni pacijenti savjetovališta za mlade, naime, *Chlamidia trachomatis* detektovana je kod svake pete osobe (18.7%) (5).

Iz grupe polnih zaraznih bolesti, revizijom liste zaraznih bolesti, koja je izvršena sredinom 2006. godine, isključena je trihomonijaza te je zbog toga učešće polnih zaraznih bolesti u ukupnom obolijevanju od zaraznih bolesti manje nego prethodnih godina.

U 2009. godini ukupno je prijavljeno 40 polnih zaraznih bolesti i zabilježena stopa morbiditeta od 2,9% na 100.000 stanovnika sa 0,23% učešća među zaraznim bolestima, tako da se polne zarazne bolesti nalaze na pretposljednjem mjestu po procentu učešća među bolestima. Smatramo da je stvarni broj oboljelih od polnih zaraznih bolesti sigurno veći, ali se svi slučajevi ne prijavljuju zbog stigme, nepostojanja optimalne mreže laboratorijskih službi za dijagnostiku ovih bolesti, te dijagnostikovanja i liječenja u privatnoj medicinskoj praksi i ustanovama izvan Republike Srpske, zatim zbog insuficijentnog prijavljivanja iz nekih drugih razloga. Broj oboljelih, stopa incidence i procenat učešća polnih zaraznih bolesti u 2009. godini prikazani su na tabeli 5 (17).

Tabela 5. Učestalost polnih zaraznih bolesti u 2009. godini u Republici Srpskoj

Vrsta bolesti	Broj oboljelih	St. incidence %/000	% učešća
Chlamidiasis	26	1.8	65.00
Infectio gonococcica	5	0.4	12.50
Syphilis	5	0.4	12.50
HIV pozitivnost	4	0.3	10.0
AIDS	0	0.0	0.00
Ukupno	40	2.9	100.00



Podaci za HIV/AIDS u BiH

Još od 1988. godine na inicijativu Svjetske zdravstvene organizacije i Generalne skupštine Ujedinjenih nacija u svijetu se obilježava "1. Decembar"- Svjetski dan borbe protiv HIV/AIDS-a, s ciljem podizanja svijesti o problematici HIV/AIDS-a kao globalnom problemu. Na osnovu podataka/procjena SZO i UNAIDS-a u svijetu trenutno sa HIV-om živi preko 33.4 miliona osoba, a od početka pandemije od posljedica ove bolesti u svijetu je umrlo preko 25 miliona ljudi.

Prvi registrovani slučaj od HIV/AIDS-a u BiH/Republici Srpskoj zabilježen je 1986. godine i do sada ukupno je registrovano 162 osobe. Bosna i Hercegovina/Republika Srpska spada u zemlje sa niskom prevalencom <1% u opštoj populaciji, a u grupama sa povećanim rizikom je <5%, a epidemiološku situaciju možemo okarakterisati da je nesigurna.

U Republici Srpskoj do sada ukupno je registrovano 57 slučajeva HIV/AIDS-a, a od toga u 2009. godini su registrovana 4 HIV pozitivne osobe. Prema polnoj pripadnosti od ukupnog broja registrovanih najveći broj (42) su osobe muškog pola (tabela 6.)(17).

Tabela 6. Registrovani slučajevi HIV infekcije u Republici Srpskoj

57 ukupno (100%)	
muškarci	42 (73%)
žene	14 (25%)

Putevi prenosa:

1. 56% heteroseksualni put;
2. 15,5% homo/biseksualni put;
3. 13,8% intravensko korištenje narkotika;
4. 12% nepoznato;
5. 2,6% hemofilija, transfuzija (prije 90 godine).

Trenutno 3 osobe sa HIV/AIDS-om su pod nadzorom, a 10 je pod terapijskim tretmanom. Od posljedica AIDS-a u Republici Srpskoj je do sada umrlo 15 lica, a u 2009. godini nije registrovan ni jedan smrtni ishod.

Analizom registrovanih prema uzrastu, najveći broj je u dobroj skupini 50 - 54, zatim 30 - 34. Za 15 osoba koje su registrovane kao nosioci HIV-a, ne postoje podaci o godini rođenja, a registrovani su u periodu od 1999 - 2002. godine.

**Tabela 7.** Broj oboljelih i umrlih od HIV/AIDS-a u Republici Srpskoj, 1996 - 2007.

Godina	Broj oboljelih	Broj umrlih
1996.	0	6
1997.	5	4
1998.	19	1
1999.	6	0
2000.	0	0
2001.	5	0
2002.	4	0
2003.	4	2
2004.	1	0
2005.	3	3
2006.	5	1
2007.	1	0
UKUPNO	53	17

Tabela 8. Oboljeli i umrli od HIV/AIDS-a prema polu i uzrastu u Republici Srpskoj u periodu od 1996 - 2007.

Uzrast	Muško		Žensko		Ukupno	
	oboljeli	umrli	oboljeli	umrli	oboljeli	umrli
0 - 14	0	1	0	0	0	1
15 - 19	0	0	0	0	0	0
20 - 29	0	0	5	1	5	1
30 - 39	7	5	0	0	7	5
40 - 49	3	5	1	0	4	5
50 - 59	4	3	0	2	4	5
60 i >	0	0	0	0	0	0
Nepoznato	12	0	4	0	16	0
Ukupno	26	14	10	3	36	17



Međunarodno prihvaćena definicija reproduktivnog zdravlja utvrđena na konferenciji u Kairu 1994. godine integriše i oblasti seksualnog zdravlja (odgovoran, zadowoljavajući i bezbjedan seksualni život), reproduktivne slobode (pristup informacijama, metodama i uslugama) i sigurno materinstvo (bezbjedna trudnoća, rađanje zdravog djeteta).

Postoje brojni indikatori za mjerjenje zdravstvenog potencijala u zajednici. Zdravstvena ravnoteža i zdravstveni potencijal su ključne dimenziije radne definicije zdravlja jer one integrišu važne aspekte socioekološkog paradigma, pružajući im operativne definicije mnogo specifičnijih koncepcata i parametara. Zdravstveni potencijal je kritični uslov ravnoteže i osnovni opšti zdravstveni resurs.

U kratkom pregledu nekih faktora - indikatora koji, najkraće rečeno, definišu potencijal reproduktivnog zdravlja primjetno je da je učestalost namjernih prekida trudnoće visoka i da je udružena sa veoma lošom informisanošću adolescenata kao i niskom stopom upotrebe savremenih kontraceptivnih sredstava.

Ljudsko pravo na slobodno odlučivanje o rađanju vlastite djece zahtjeva od društva organizovan sistem brige da pojedinci donose odgovarajuće odluke (a) u svjetlu maksimalne obavještenosti o relevantnim naučnim spoznajama i društvenim stavovima; (b) u uslovima raspoloživosti svih potrebnih sredstava za efektivnu kontrolu reproduksijskih procesa. Slobodno odlučivanje nije odlučivanje u neznanju. Čovjek može biti svjesni subjekt sopstvene biološke reprodukcije samo ukoliko su mu dostupna sva raspoloživa naučna saznanja, kao i sredstva za njihovu praktičnu primjenu (18). U skladu sa naprijed rečenim nameću se i određeni prioriteti kojima trebamo posvetiti najveću društvenu pažnju u pogledu reproduktivnog zdravlja:

- koncept o seksualnom i reproduktivnom zdravlju inkorporirati u školski nastavni plan i program;
- razvijati obrazovne programe i vršnjačke edukacije o seksualnom i reproduktivnom zdravlju;
- najširu populaciju upoznati sa metodama planiranja porodice i savremenim kontraceptivnim sredstvima;
- smanjiti namjerni prekid trudnoće, kao alternativu planiranja porodice;
- promociju i zdravstvenu zaštitu reproduktivnog zdravlja mladih uključiti u programe primarne zdravstvene zaštite;
- povećati broj kontraceptivnih sredstava na listama lijekova;
- smanjiti incidencu i prevalencu polno prenosivih bolesti;
- smanjiti incidencu i prevalencu HIV/AIDS-a;
- smanjiti stopu trudnoća kod adolescenata;
- obezbijediti adekvatnu evidenciju u vezi neželjenih trudnoća i polno prenosivih bolesti.



U uslovima niskog nataliteta, fertiliteta i prirodnog priraštaja, već istaknutog problema, visoke učestalosti arteficijalnih abortusa koja je udružena sa epidemijskim širenjem infekcija koje se prenose putem seksualnih odnosa, smatra se glavnim uzrokom infertilitea, reproduktivno zdravlje ima poseban značaj za očuvanje biološkog integriteta. Posebno treba istaći značaj razvijanja i podizanja nivoa već postojećih savjetovališta za reproduktivno zdravlje adolescenata, na nivou primarne zdravstvene zaštite, i promocije seksualnog i reproduktivnog zdravlja koja podrazumijeva sve mјere i aktivnosti na zaštiti, održavanju i poboljšanju reproduktivnog zdravlja i integriše zdravstveni sektor i sve relevantne društvene činioce koji učestvuju u ovim aktivnostima.



Literatura

1. Kalinić. R., „Adolescencija (istine i zablude)“, u: Lavirint puberteta 2 (urednik N. V. Babić), "Službeni glasnik Republike Srpske", Banja Luka, 2009., 81-101
2. Avery, L., Lazdane, G., „What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe?“, The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, March 2008, 13 (1): 58-70
3. Tyden, T., Norden L., Ruusuvaara, L., Swedish adolescents' knowledge of sexual transmitted and their attitudes to the condom, Midwifery 1991, 7: 25-30
4. World Health Organization. World Health Day 1998 – Safe Motherhood, Geneva, 1998.
5. Currie, C. Et al. (eds), Young People's Health in Context. Health Behavior in School-aged Children: international report from the 2001/2002 survey, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2004. (HealthPolicy for Children and Adolescents, No. 4.)
6. Sedlecki, K., Značaj ispitivanja cervicitisa čiji je uzročnik Chlamidia trachomatis kod seksualno aktivnih adolescentkinja, doktorska disertacija. Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Beograd, 1999.
7. Currie C., et al. (eds), Young People's Health in Context. Health Behaviour in School-aged Children: International report from the 2001/2002 survey, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2004. (Health Policy for Children and adolescents, No. 4).
8. Currie C.. et al. (eds.), Yong People's Health in Context. Health Behaviour in School-aged Children: international report from the 2001/2002 surway, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2004. (Health Policy for children and adolescent, No. 4)
9. Zabin, L. S., Kantner, J. F.; Zelnik, M., The risks of adolescent pregnancy in the first months of intercourse, Family Planning Perspectives 1979, 11: 215-222.
10. Balaban, M., Reproduktivno zdravlje u Republici Srpskoj, Zavod za zaštitu zdravlja Republike Srpske, Banja Luka, 1999, 57-66.
11. Perendija, V., Osobenosti arteficijalnih abortusa u Republici Srpskoj, magistarski rad, Medicinski fakultet Univerziteta u Banjoj Luci, Banja Luka, 2010.
12. UNICEF. Women in Transition, Regional Monitoring Reports No. 6, UNICEF International Child Development centre, Florence, 1999.



13. Škerk, V., "Spolno prenosive bolesti – Uvodnik", Medikus, Vol. 12, br. 2, Zagreb, 2003, 155-156
14. Dražančić, A., "Infekcije majke i ploda u trudnoći", u: Dražančić A. i saradnici, Porodništvo, Školska knjiga, Zagreb, 1999, 371-377.
15. Karadaglić, Đ., Krstić, Lj., Bolesti koje se prenose polnim kontaktom, Medicinska knjiga, Beograd, 1995, 7-9
16. Yarber, W. L., Parillo, A., Adolescents and sexually transmitted diseases, J Sch Health 1992, 62: 331-338
17. Institut za zaštitu zdravlja Republike Srpske
18. Berberović, Lj., "Kvalitativni aspekti u planiranju potomstva", u: Reproduktivno zdravlje (izabrana pitanja) (urednik V. N. Babić), Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Istočno Sarajevo, 2007, 67-82.

*Primarius dr Vladimir Perendija**

Maloljetničke trudnoće

Maloljetničke trudnoće definišu se kao trudnoće maloljetnica ili tinejdžera koje nastanu u životnoj dobi od 13 – 19. godine života. Ovaj pojam se odnosi na žene koje pravno nisu dostigle zrelost. Pravno dostizanje zrelosti se razlikuje u pojedinim dijelovima svijeta (1, 2).

Maloljetničke trudnoće predstavljaju globalni problem u svijetu, prisutne su u svim regionima svijeta ali u različitim procentima. Svake godine u svijetu se porodi oko 16.000.000 djevojaka životne dobi od 15 - 19 godina, što čini oko 11% svih rođenih godišnje na planeti (3).

Oko 85% adolescenata živi u zemljama u razvoju i u nerazvijenim zemljama. Većina njih postaju seksualno aktivni prije njihovog 20. rođendana. Čak će se oko 49% djevojaka u najmanje razvijenim zemljama udati prije nego navrše 18 godina, a 10% - 40% mladih neudatih djevojaka su imale neželjene trudnoće (1).

Incidencija maloljetničkih trudnoća

Stopa maloljetničkih trudnoća širom svijeta kreće se u rasponu od 143 po 1000 u sub-saharskim afričkim zemljama, do 2,9 po 1000 u Južnoj Koreji.

Save the Children je utvrdio da se godišnje u svijetu rodi oko 13 miliona djece čije su majke mlađe od 20 godina života, a više od 90% te djece rođeno je u zemljama u razvoju.

Najviša stopa maloljetničke trudnoće u svijetu je u sub-saharskoj Africi, gdje se udaju u ranoj dobi. U Nigeriji je 87% ispitanih žena bilo u braku, a 53% su rodile prije 18. godine.

Komplikacije trudnoće i poroda su vodeći uzrok smrtnosti među ženama u dobi između 15 i 19 godina života (4,5).

Među razvijenim zemljama OECD - a, Sjedinjene Države i Novi Zeland imaju najviši procenat maloljetničkih trudnoća, a najniži Japan i Južna Koreja.

Ukupni trend u zemljama Zapadne Evrope od 1970. je smanjenje ukupne stope fertiliteta, porastom dobi u kojoj žene doživljavaju svoj prvi porod i smanjenje broja rođenja među maloljetnicama.

* Specijalista ginekolog – akušer, Ginekološka klinika, Klinički centar Banja Luka

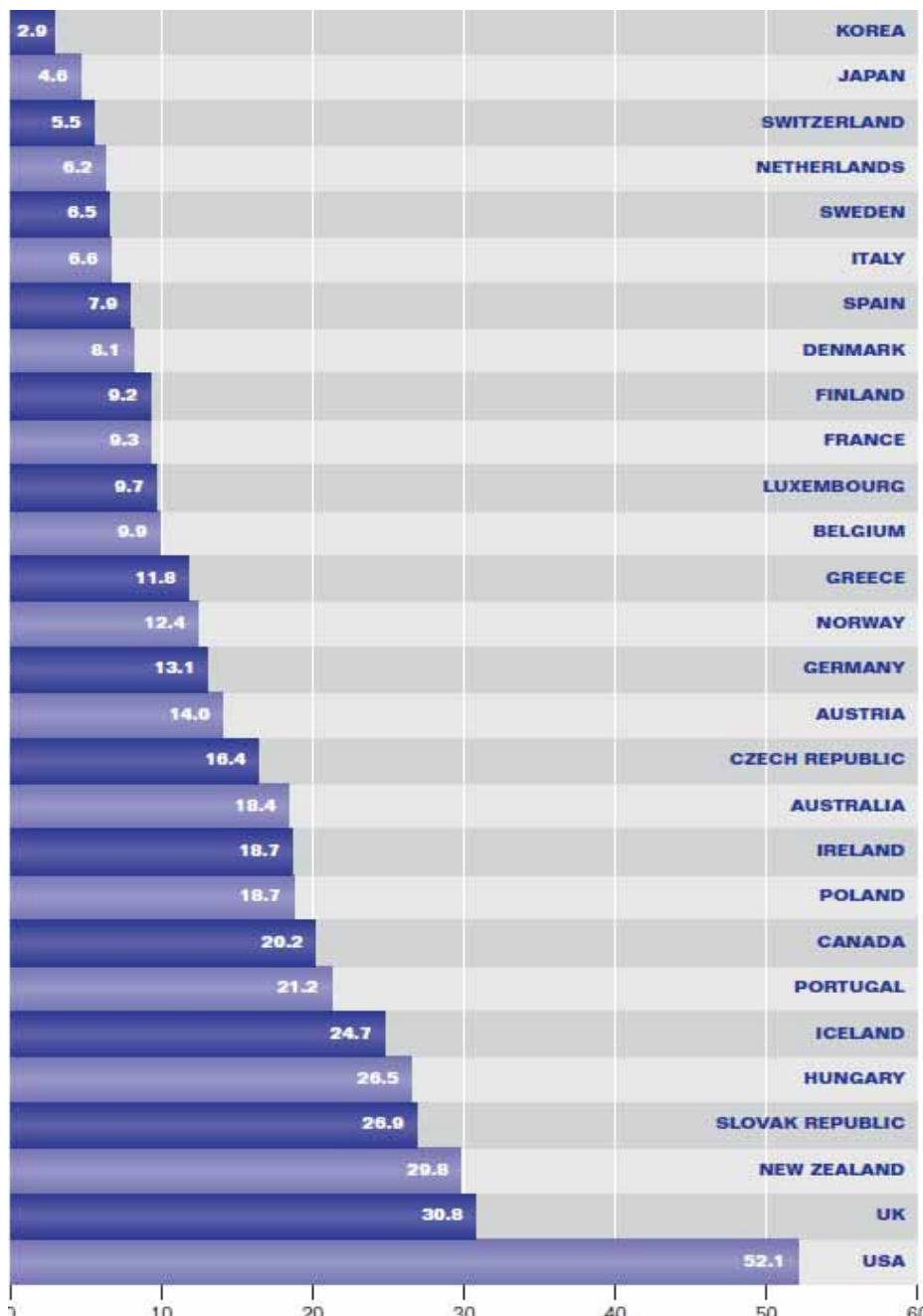


Većina zapadnoevropskih zemalja ima niske stope maloljetničkih trudnoća. To se pripisuje:

- dobrom seksualnom obrazovanju, dostupnošću i dobrim izborom kontraceptiva (u slučaju Holandije i Skandinavije)
- tradicionalnim vrijednostima i društvenoj stigmatizaciji u slučaju Španije i Italije ili oboje u slučaju Švajcarske (6).

Najpouzdaniji i najpotpuniji podaci o maloljetničkim trudnoćama su iz zemalja OECD. OECD je skraćenica Organizacije za ekonomsku suradnju i razvoj u svijetu i obuhvata oko 30 razvijenih zemalja članica koje prihvaćaju načela demokratske vlasti i tržišne ekonomije i koje proizvode više od tri četvrtine ukupnih roba i usluga u svijetu. Na grafikonima 1, 2, 3, 4, 5 i 6 prikazane su osnovne karakteristike maloljetničkih trudnoća u tim zemljama, preko stope porođaja, stope namjernih prekida trudnoće, starosti maloljetnica prilikom prvog odnosa te stavovi vlada pojedinih zemalja prema problemu maloljetničkih trudnoća (6).

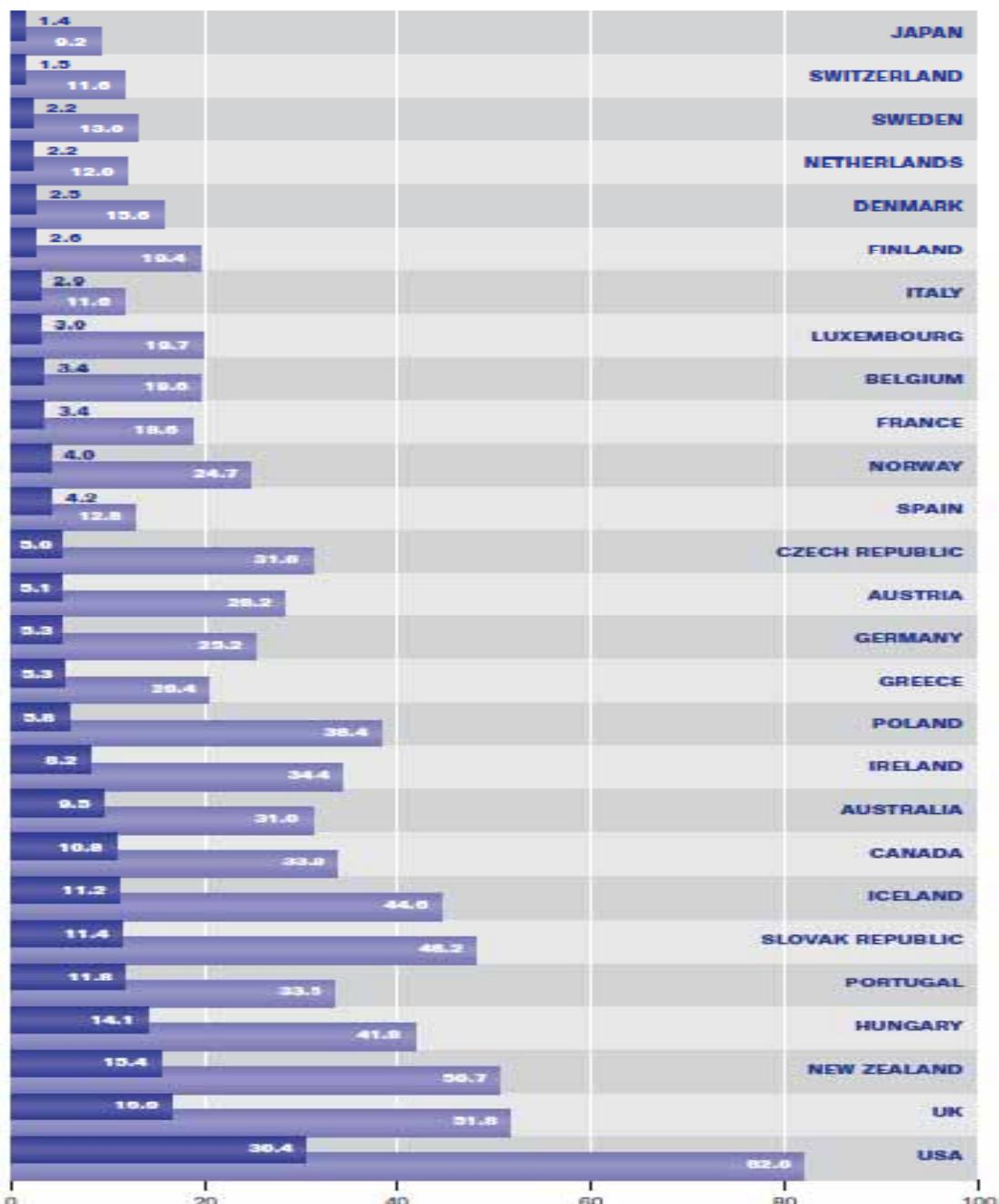
Grafikon 1. Stopa porođaja u dobi ispod 20. godine života na 1000 žena starosti od 15 – 19 godina. Podaci su za 1998, posljednja godina za koju su uporedive informacije dostupne iz svih zemalja OECD.



UNICEF, 'A league table of teenage births in rich nations', *Innocenti Report Card No.3, July 2001*.

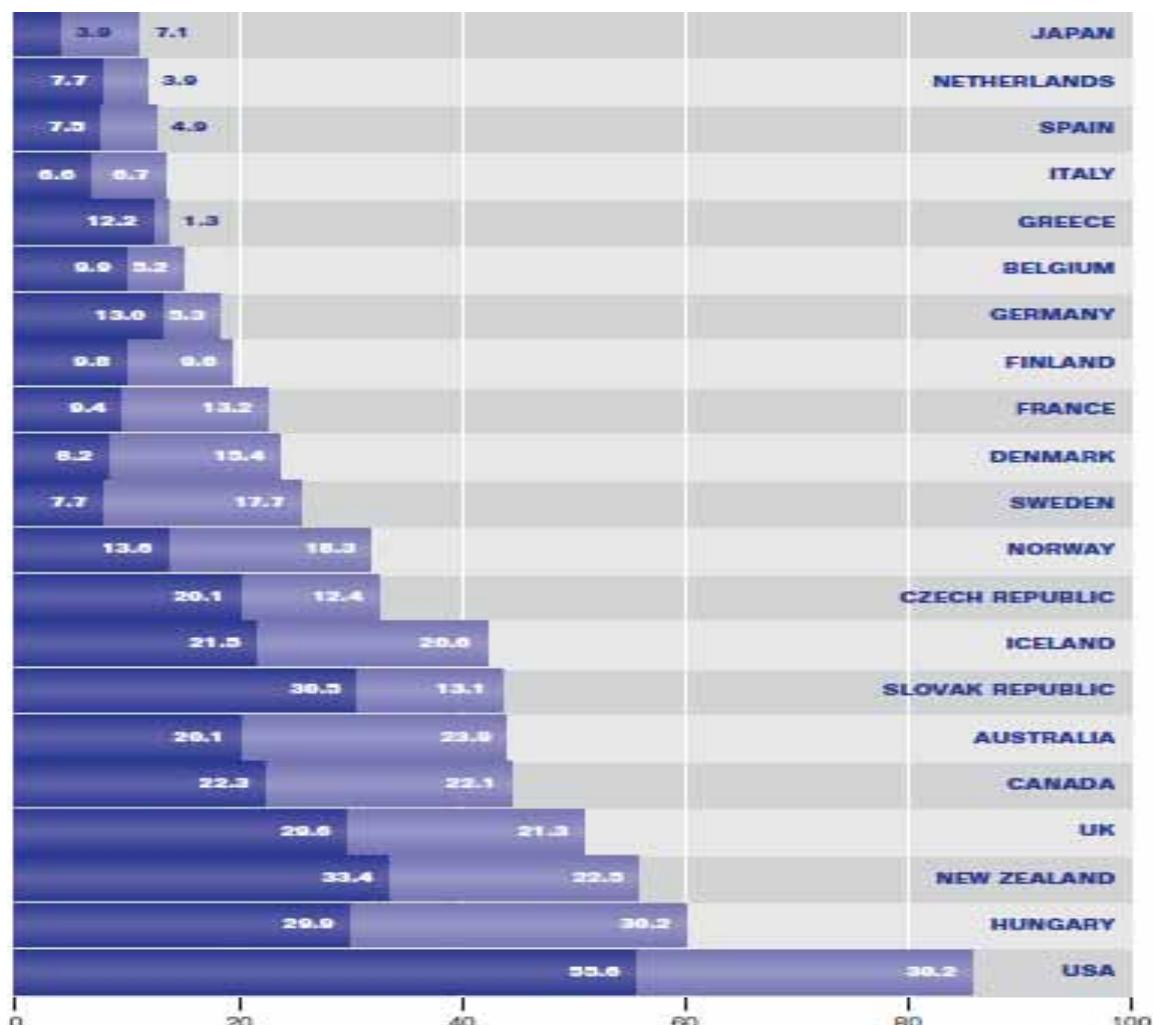


Grafikon 2, Stopa porođaja u dobi od 15 – 17 godina života (tamno plava boja) i od 18 – 19. godine života (svijetlo plava boja) tokom 1998. godine u zemljama OECD.



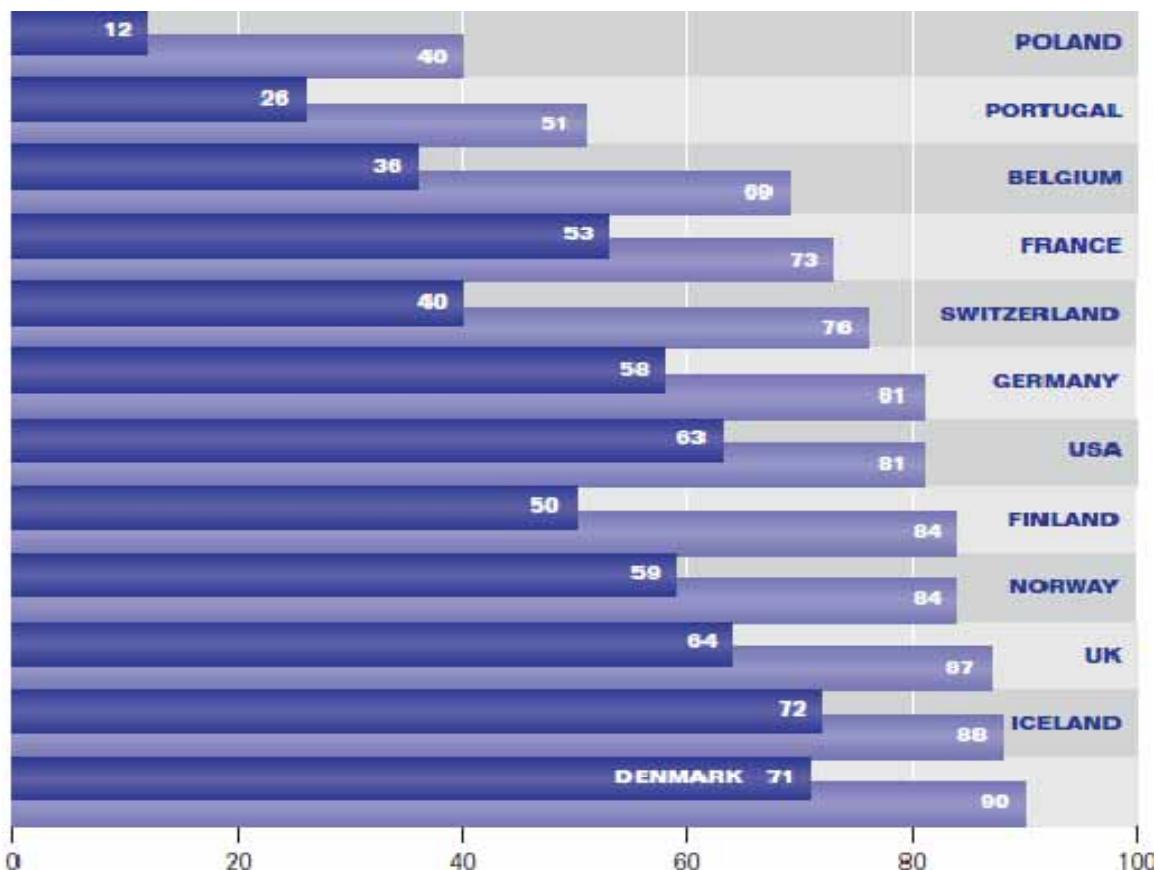
UNICEF, 'A league table of teenage births in rich nations', *Innocenti Report Card No.3, July 2001*.

Grafikon 3, Stope porođaja (tamno plava boja) i stope namjernih prekida trudnoće (svijetlo plava boja) na 1000 žena od 15 – 19 godina života u zemljama OECD, 1998.



UNICEF, 'A league table of teenage births in rich nations', *Innocenti Report Card No.3, July 2001.*

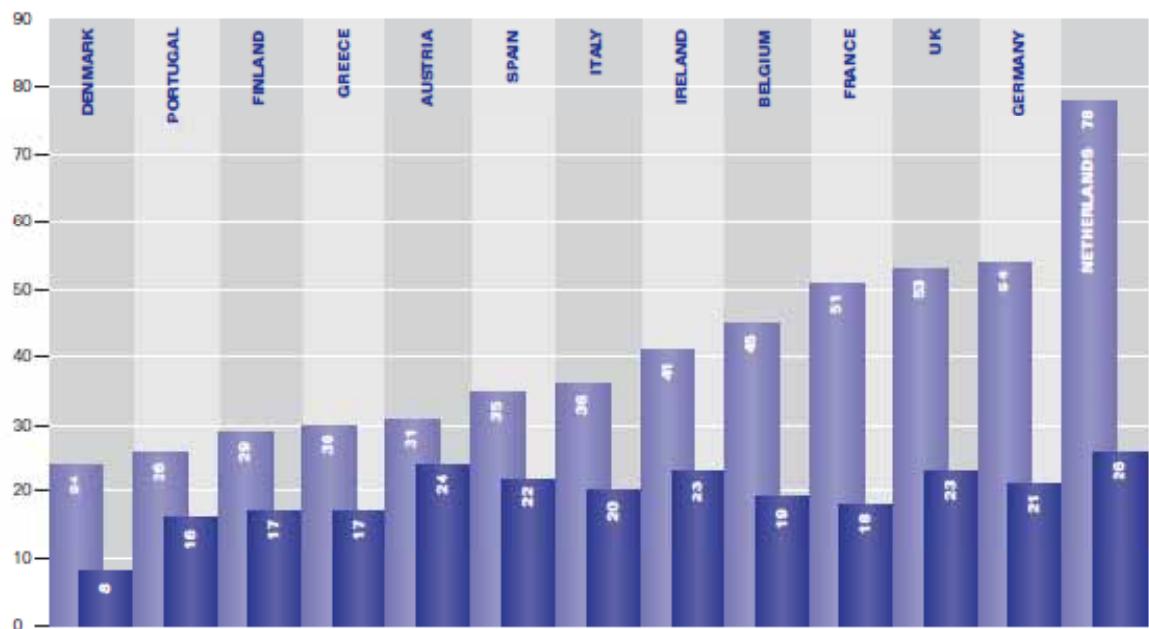
Grafikon 4. Procente žena koje su prvi odnos imale prije 20. godine života, prikazuje svijetlo plava boja. Procente žena koje su prvi odnos imale prije 18. godine života, prikazuje tamno plava boja. Sve anketirane žene bile su starosne dobi od 20. do 24. godine života.



UNICEF, 'A league table of teenage births in rich nations', *Innocenti Report Card No.3, July 2001*.



Grafikon 5, Prvi porodaj procentualno izražen u starosnoj dobi 15 - 19 godina (svijetli stubići) i 20 - 29. godina života (tamni stubići) u zemljama zapadne Evrope.

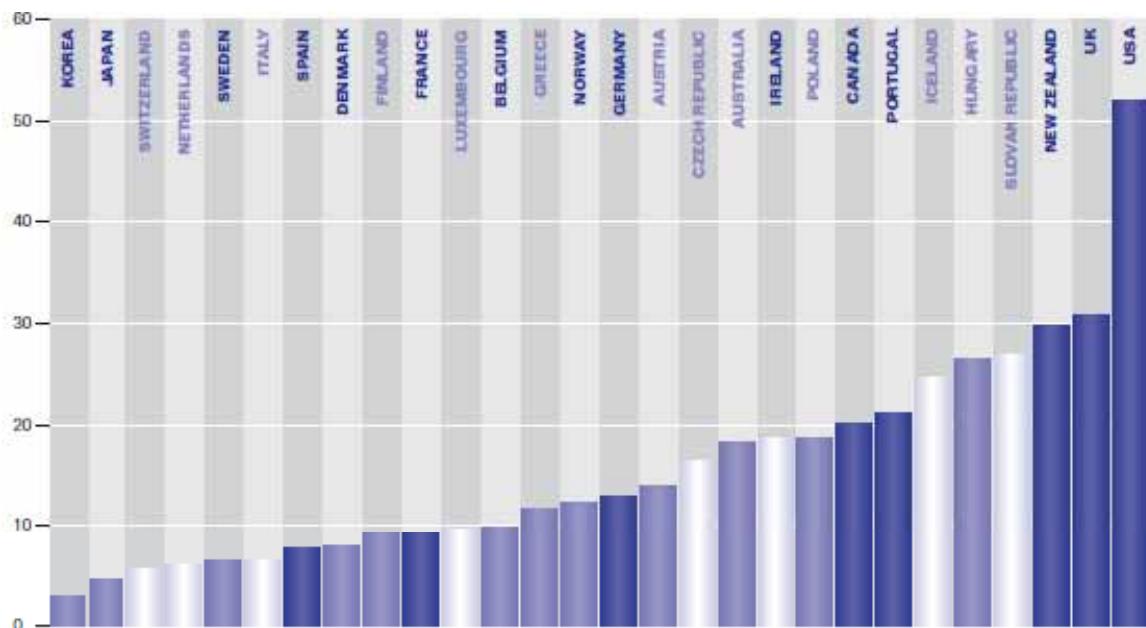


UNICEF, 'A league table of teenage births in rich nations', *Innocenti Report Card No.3, July 2001.*



Grafikon 6. Stavovi vlada pojedinih zemalja prema rađanju prije 20. godine života

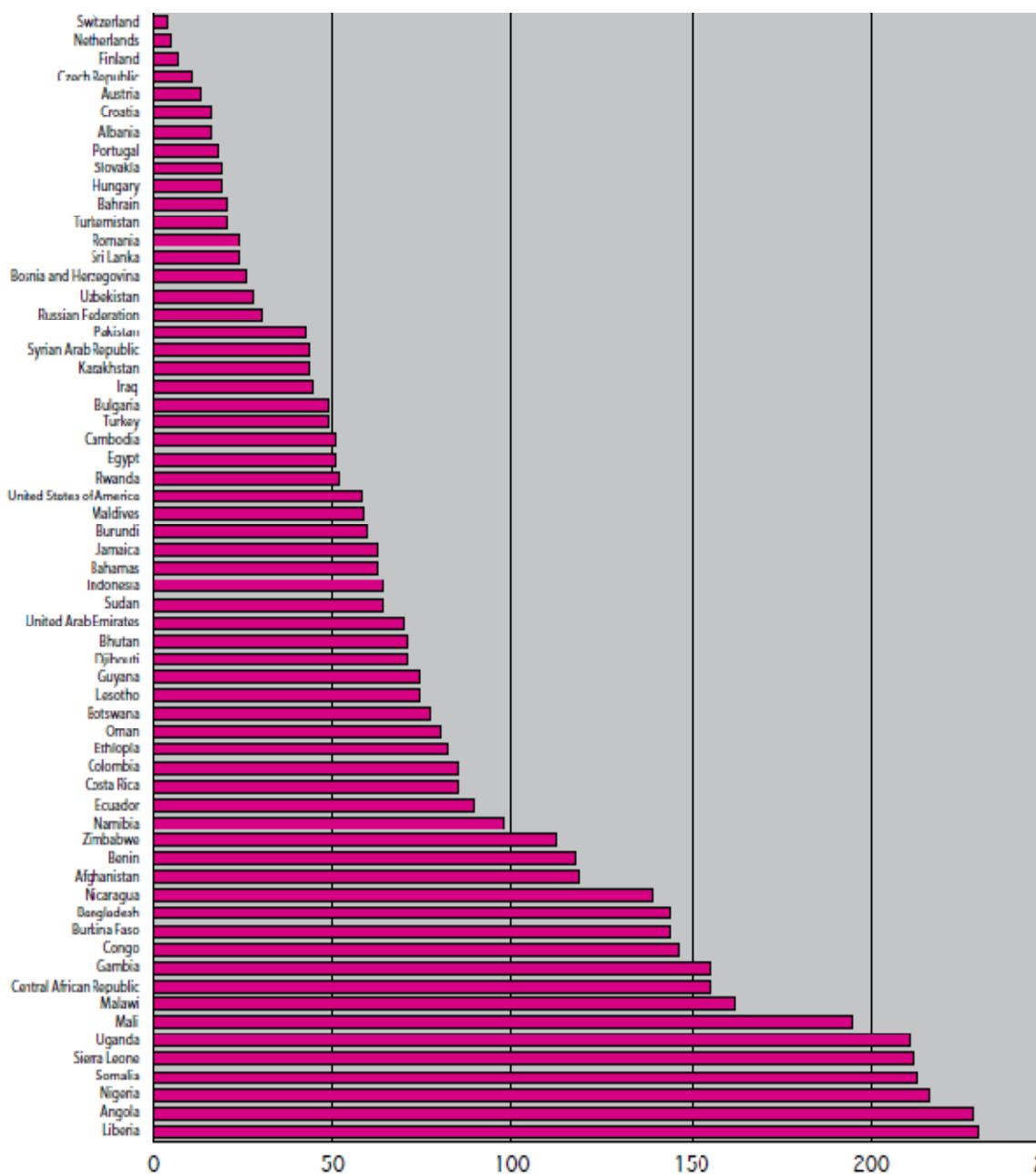
- Tamni stubići - postoji "velika zabrinutost" i vlade aktivno intervenišu na promjeni modela rađanja prije 20. godine života.
- Svjetliji stubići - zabrinutost nije tako izražena
- Bijeli stubići - pitanje rađanja prije 20. godine života nije od važnosti



UNICEF, 'A league table of teenage births in rich nations', *Innocenti Report Card No.3, July 2001.*

**Grafikon 7.** Stope maloljetničkih trudnoća u pojedinim državama svijeta:

U Evropi stope maloljetničkih trudnoća iznose do 50 na 1000 žena starijih od 15 - 19 godina, u SAD su preko 50, dok u subsaharskim zemljama vrstoglavu rastu do (skoro) 250, kao što su Somalija, Nigerija, Angola i Liberija (6)



Source: United Nations 2002 (208)



Uzroci maloljetničkih trudnoća

U nekim društvima, rani brak i tradicionalne rodne uloge su važni faktori u visini stope maloljetničkih trudnoća. U nekim sub-saharskim afričkim zemljama, rana trudnoća je često viđena kao blagoslov, jer je to dokaz plodnosti mlađe žene. Pored ranog braka, postoje brojni bitni faktori koji direktno ili indirektno utiču na nastanak maloljetničkih trudnoća (1):

- Nedostatak edukacije o sigurnom seksu i metodama kontrole začeća;
- Nedostupnost i nedostatak savremenih i efikasnih kontraceptiva;
- Strah, zablude i predrasude vezane za savremenene kontraceptive;
- Dobna razlika između maloljetnica i njihovih partnera. Studije Nacionalnog centra za zdravstvene statistike utvrđile 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 porodici;
- 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, njen politika i zakonodavstvo.

Karakteristike maloljetničkih trudnoća

Oko 82% maloljetničkih trudnoća su neplanirane i neželjene, one čine oko jedne petine svih neplaniranih trudnoća godišnje (7).

Dvije trećine svih maloljetničkih trudnoća dogodi se kod žena između 18 i 19 godina. Crnkinje i latino žene u prosjeku imaju najviše stope maloljetničkih trudnoća (126 i 127 na 1.000 žena u dobi od 15 - 19 g.) dok bjelkinje imaju najnižu stopu (44 na 1.000). Oko 27% trudnoća među maloljetnicama starosti 15 - 19 godina završilo je namjernim prekidom u 2006. godini. Šest od deset maloljetnica koje su pobacile



učinile su to sa znanjem barem jednog roditelja. Velika većina roditelja podržavaju odluku njihove kćeri da prekine trudnoću (8).

Zbog loše antenatalne zaštite, stresa, loše ishrane i loših navika (pušenje, droge, alkohol), češće su komplikacije u trudnoći i porođaju kod maloljetnica, nego kod žena starijih od 20 godina.

Najčešće komplikacije kod maloljetničkih trudnoća su (9):

- Hipertenzija indukovana trudnoćom
- Anemija u trudnoći
- Prolongiran porod icefalo-pelvina disproporcija
- Veziko - vaginalne fistule
- Infekcija
- Prijevremeni porod
- Zastoj u rastu ploda i rađanje novorođenčeta niske porođajne težine
- Perinatalna i iznenadna novorođenačka smrt.

Rizik od smrti maloljetnice zbog trudnoće, porođaja ili komplikacija pobačaja dva puta je veći za žene u dobi od 15 - 19 godina a pet puta za maloljetnice od 10 - 14 godina, nego za žene sa 20 i više godina. Oko 30 – 60% maloljetničkih trudnoća završi namjernim prekidom (2,2 - 4 miliona). Veliki broj pobačaja je ilegalan ili nesiguran. Oko 38 - 68% svih žena sa komplikacijama namjernih prekida trudnoće mlađe su od 20 godina života i žive u zemljama u razvoju (9).

Maloljetnice i namjerni prekid trudnoće

Manje od ¼ maloljetnica nakon prekida trudnoće ostvaruje zdrav psihološki proces prilagođavanja a mnoge će nositi brojne traume kroz ponovne trudnoće i pobačaje. Od 18 – 59% adolescentkinja koje prekinu trudnoću, ostaju ponovo u drugom stanju nakon 15 mjeseci do 2 godine. Često su prisutne različite emocionalne i psihičke tegobe sve do suicidalnih. Kod namjernih prekida trudnoće 2 puta su češće povrede grlića materice kod maloljetnica i veća mogućnost perforacije materice. Veći je rizik za endometritis i upalnu bolest male karlice.

Nakon prekida trudnoće kod maloljetnica, znatno je veći rizik za sterilitet, vanmateričnu trudnoću, histerektomiju i druge ozbiljne komplikacije, nego kod žena koje vrše namjerni prekid trudnoće u zrelijoj dobi.

Većina maloljetnica se za prekid trudnoće javlja kasno u ili poslije 13 GN. Prekid maloljetničke trudnoće u drugom ili trećem trimestru značajno je povezan sa težim emocionalnim i psihičkim problemima kao i sa znatno većim rizikom od fizičkih komplikacija. Komplikacijama poslije namjernog prekida trudnoće naročito su



izložene majke mlađe od 15 godina, posebno one koje žive u zemljama u razvoju. Za majke između 15 i 19 godina, dob sama po sebi nije faktor rizika, ali dodatni rizici mogu biti povezani sa socioekonomskim faktorima (10).

Oko 14% svih namjernih prekida trudnoće kod maloljetnica spadaju u nesigurne pobačaje, tako da oko 2,5 miliona maloljetnica svake godine bude podvrgnuto nesigurnim abortusima te su znatno više pogodjene ozbiljnim komplikacijama i posledicama.

Svjetska zdravstvena organizacija procjenjuje da je rizik od smrti uslijed trudnoće, porođaja ili pobačaja dvostruko veći za žene između 15 i 19 godina, nego za one u dobi od 20 i 24. Stope smrtnosti majki mogu biti i do pet puta veće za djevojčice u dobi između 10 i 14, nego za žene od dvadesetak godina.

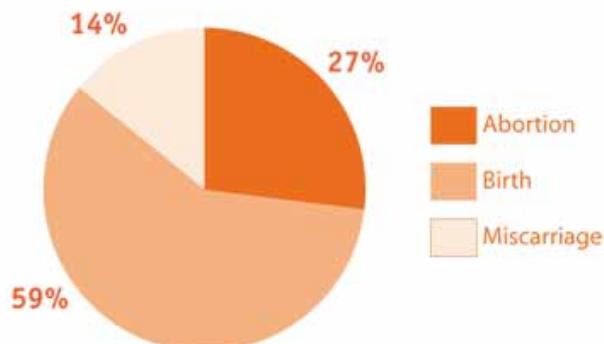
Rizik od umiranja u trudnoći i porodu je veći među adolescentima nižeg socioekonomskog statusa i nižeg stepena obrazovanja, tamo gdje je zdravstvena služba nedostupna ili slabo razvijena, slaba opsterička zaštita itd. Tako 95% smrtnosti maloljetnica u trudnoći ili porođaju dešavaju se u nerazvijenim zemljama (11).

Između maloljetnih trudnica i trudnica starosti 20 i više godina postoje četiri glavne razlike, u odnosu prema namjernim prekidima trudnoće (12):

1. Uglavnom se kasno javljaju radi namjernog prekida trudnoće;
2. Trudnoću prekidaju na mjestima ili ustanovama čija je stručnost upitna;
3. Podvrgavaju se vrlo opasnim metodama prekida trudnoće;
4. U slučaju komplikacija odlažu ili izbjegavaju traženje pomoći.

Zbog svih ovih faktora trudne adolescentice, naročito neudate, imaju veću vjerljatnoću da pate od ozbiljnih komplikacija namjernog prekida trudnoće, nego druge žene.

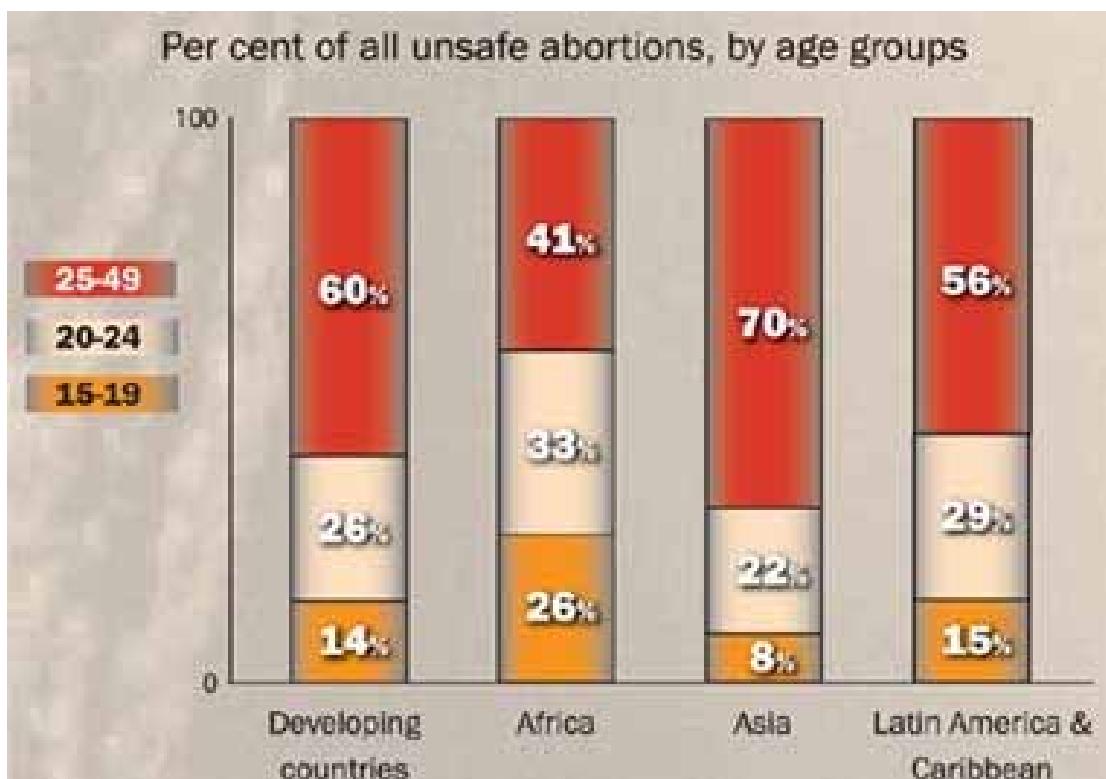
Grafikon 8, Ishod maloljetničkih trudnoća u SAD



Guttmacher Institute, U.S. Facts on American Teens' Sexual and Reproductive Health. January, 2010.



Grafikon 9, Rizični (ilegalni) namjerni prekidi trudnoće u pojedinim regionima u svijetu:



Source: WHO 2007;

Najčešće ponašanje djece maloljetnih majki

Velika je vjerovatnoća da će djeca maloljetnih majki (1):

- živjeti u siromaštvu;
- odrastati bez oca;
- postati žrtva zanemarivanja ili zlostavljanja;
- slabo učiti u školi;
- uključiti se u kriminal;
- koristiti droge i alkohol;
- vremenom će postati roditelj tinejdžera koji će se isto tako ponašati, početi ciklus iznova.



Mlađi brat ili sestra maloljetnice vjerojatno će:

- prihvatići seksualne inicijacije i brak u mlađoj dobi;
- polagati manje važnosti dobrom ponašanju, obrazovanju i zapošljavanju.

Maloljetničke trudnoće u Republici Srpskoj

Maloljetničke trudnoće u Republici Srpskoj, kao i u ostalim susjednim regionima koji su u tranziciji, danas su velika nepoznanica. Realan broj maloljetničkih trudnoća, kao osnovni indikator za njihovo praćenje i strateško rješavanje ovog globalnog problema, nije nam poznat. Nepoznat broj maloljetničkih trudnoća, posljedica je nepoznavanja realnog broja namjernih prekida trudnoće kod maloljetnica. Namjerni prekid trudnoće kod maloljetnica je najčešći ishod ovih trudnoća, obzirom da su one uglavnom neplanirane i neželjene. Kada su maloljetničke trudnoće u pitanju, jedino što nam je poznato, to je broj poroda, kojim se završi manji broj ovih trudnoća. Porodaji maloljetnica se ne mogu sakriti, zato se oni uglavnom završavaju u javnim zdravstvenim ustanovama, pa kao takvi budu uredno evidentirani i prijavljeni. Razlika je drastična kada govorimo o namjernim prekidima trudnoće kod maloljetnica, obzirom da se oni uglavnom vrše izvan zakonskih okvira, te kao takvi ostaju trajno neprijavljeni i nepoznati.

Da je to tako, pokazuje nam tabela 1 gdje vidimo da se procenat namjernih prekida trudnoće kod maloljetnica, u posljednjoj deceniji po godinama, kreće od 0,8 do 2,7%, u odnosu na ukupan broj namjernih prekida trudnoće u pojedinim godinama koji su učinjeni u Klinici za ginekologiju i akušerstvo u Banjaluci, a na ukupan zbir namjernih prekida trudnoće za jednu deceniju na maloljetničke trudnoće otpada svega 1,3%. Ukupan broj namjernih prekida trudnoće i ukupan broj namjernih prekida trudnoće kod maloljetnica prikazan na ovoj tabeli je nerealan. Ovdje se radi samo o namjernim prekidima trudnoće koji su regularno učinjeni na Klinici za ginekologiju i akušerstvo u Banjaluci, dok je stvarni broj namjernih prekida trudnoće, kako kod odraslih žena tako i kod maloljetnica, u Banjaluci daleko veći. Zbog određenih razloga kao što su skrivanje trudnoće od roditelja, od sredine u kojoj žive, izbjegavanje neophodne administracije kojoj zakonski moraju prisustrovati roditelji, maloljetnice, uglavnom, svoje neželjene trudnoće prekidaju u brojnim privatnim ustanovama koje uopšte ne prijavljuju nikakve namjerne prekide trudnoće, a time i namjerne prekide trudnoća kod maloljetnica. Zbog situacije koja je navedena, zbog nezainteresovanosti i zbog izostanka neophodnih studioznih istraživanja, problematičnost maloljetničkih trudnoća u Republici Srpskoj u suštini je za sada nepoznata (13).



Tabela 1, Ukupan broj namjernih prekidi trudnoća (AA) i ukupan broj namjernih prekida trudnoća kod maloljetnica u Klinici za ginekologiju i akušerstvo u Banjaluci u periodu od 2000 - 2009. godine.

Godine	Broj AA	AA kod maloljetnica	%
2000.	1491	14	0,9
2001.	1295	12	0,9
2002.	1001	9	0,9
2003.	552	15	2,7
2004.	628	7	1,1
2005.	519	5	1,0
2006.	470	4	0,8
2007.	431	6	1,4
2008.	642	13	2,0
2009.	513	11	2,1
Ukupno:	7542	96	1,3

Da je realan broj maloljetničkih trudnoća kao i realan broj namjernih prekida trudnoće u Republici Srbiji drastično veći, pokazuju i određeni pokazatelji u istraživanjima koja smo proveli na 1335 žena koje su došle u javne zdravstvene ustanove, radi namjernog prekida trudnoće. Ove pacijentkinje su različite starosne dobi, različitog obrazovanja i socijalnog statusa, a istraživanje je vršeno na teritoriji cijele Republike Srpske. Među ispitanicama koje su došle zbog namjernog prekida trudnoće bilo je 5,7% mlađih od 20 godina života. Dakle, samo mali broj maloljetnica zbog namjernog prekida trudnoće dolazi u javne ustanove. Rezultati koje smo dobili ukazuju na to da je 71,6% ispitanica prvi odnos imalo u starosnoj dobi od 14 - 19. godine života, prosječno sa 18,6 godina starosti. Prvi porođaj 35,5% ovih pacijentkinja imalo je prije 20. godine života. Ono što je posebno zabrinjavajuće, to je situacija da je 38,7% ispitanica prvi namjerni prekid trudnoće imalo prije navršenih 20 godina života, a 75% njih ne zna ništa o opasnostima i komplikacijama koje namjerni prekidi trudnoće sa sobom nose ili jednostavno smatraju da takve komplikacije ne postoje. (13)



U našem drugom istraživanju koji smo proveli na adolescentkinjama (studentice prve godine studija Univerziteta u Banjaluci), seksualne odnose održava 65% ispitanica, a 76% njih prvi odnos, i u pravilu bez zaštite, imale su do navršene 18. godine života, prosječna starost ovih adolescentkinja u vrijeme prvog odnosa bila je 17,8 godina života. (15)

I maloljetnice i žene koje su izašle iz adolescentskog perioda imaju vrlo negativan stav prema kontracepciji. Taj stav opterećen je brojnim dilemama, kontraverzama i zabludama. Nažalost, time nisu opterećene samo pacijentkinje već i brojni ljekari, pa čak i ginekolozi. Ovakvi stavovi svakako pogoduju nastanku velikog broja neželjenih trudnoća koje se u pravilu završavaju njihovim namjernim prekidima, pogotovo kod vrlo mladih djevojaka koje su uz to opterećene i brojnim socioekonomskim problemima. U našim istraživanjima 62% žena koje su došle zbog namjernog prekida trudnoće i 81% adolescentkinja koje imaju redovne seksualne odnose nisu nikada koristile nikakv metod kontracepcije. Pacijentkinje koje su došle zbog abortusa, a koje su nekada koristile neku od metoda kontracepcije u 86% slučajeva koristile su tradicionalnu, neefikasnu i nesigurnu kontracepciju. Samo 14% ovih ispitanica su u ograničenom vremenskom periodu koristile savremenu, efikasnu i sigurnu kontracepciju. Kada su u pitanju ispitivane studentkinje, situacija sa korišćenjem kontracepcije je još alarmantnija, jer one studentkinje koje navode da koriste kontracepciju se u potpunosti oslanjaju na tradicionalne i nesigurne kontraceptivne metode. Stav prema kontracepciji je vrlo ilustrativan u navodu da ni jedna žena iz obje grupe ispitanica, pored toga što izbjegavaju savremene i sigurne metode kontracepcije, nisu nikada redovno koristile ni jednu metodu kontracepcije. One su, kako navode, o zaštiti od neželjene trudnoće najčešće informisane putem časopisa, ni jedna nije dobila neophodna saznanja u školi a što je zabrinjavajuće, zanemarljivo mali broj mladih djevojaka je o zaštiti od neželjene trudnoće informisan u porodici. (15)

Ovakav stav naših ispitanica prema zaštiti od neželjenih trudnoća posljedica je: (14)

- Neinformisanosti
- Neodgovornosti
- Nezainteresovanosti
- Nedostatka podrške u školi
- Nedostatka podrške u porodici
- Neadekvatne podrške od strane zdravstvenog sistema

Problemi vezani za maloljetničke trudnoće u Republici Srpskoj kao i u okruženju su vrlo prisutni, brojni, neki od njih nikada nisu ni rješavani. Kako bi se saznao realan broj broj maloljetničkih trudnoća i što više smanjio, kako bi se unaprijedili svi



segmenti seksualnog i reproduktivnog zdravlja, neophodne su uporne, multidisciplinare i dugoročne aktivnosti prije svega vladinog sektora kroz:

- Dosljedno sprovodenje strategije o seksualnom i reproduktivnom zdravlju u Republici Srpskoj.
- Potpuna afirmacija, sprovodenje i adekvatna kontrola primjene Zakona o uslovima i postupku za prekid trudnoće.
- Edukacija adolescenata o svim segmentima seksualnog i reproduktivnog zdravlja na svim nivoima školovanja, uključujući i edukaciju zdravstvenih i prosvjetnih radnika.
- Konačan cilj – stvaranje dobro i pravilno informisane porodice (roditelja) koja će biti oslobođena negativnih konzervativnih shvatanja, tabua i predrasuda i koja će biti sposobna da svoje potomstvo blagovremeno i pravilno upozna sa svim seksualnim i reproduktivnim rizicima na koje će neminovno nailaziti.



Literatura

1. UNICEF (july 2008) Fact Sheet, Young people and Family planning: Teenage Pregnancy
2. National Research Center for Women and Families (2001). Early Puberty in Girls
3. WHO: Adolescent pregnancy: a culturally complex issue, Volume 87, Number 6, june 2009, 405-484
4. The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. (2002). Not Just Another Single Issue: Teen Pregnancy Prevention's Link to Other Critical Social Issues
5. Population Council (2006) Unexplored Elements of Adolescence in the Developing World
6. UNICEF. (2001). A League Table of Teenage Births in Rich Nations, Innocenti Report Card No.3, July 2001
7. Finer LB et al., Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001, Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 2006, 38(2):90–96.
8. Guttmacher Institute, U.S. Teenage Pregnancies, Births and Abortions: National and State Trends and Trends by Race and Ethnicity, accessed Jan. 26, 2010.
9. WHO: Adolescent pregnancy – Unmet needs and undone deeds (2007)
10. Amy R. Sobie and David C. Reardon, Ph.D: Detrimental Effects of Adolescent Abortion. Volume 9, Number 1, January- March 2001.
11. WHO: Trends in maternal mortality. 2010;
12. Mndrigó, Axel I. & Cynthia Indriso, eds. (1999). Abortion in the Developing World. London, England: Zed Books.
13. Perendija V, Vilendečić R, Jovanić N, Namjerni prekidi neželjenih trudnoća i stav prema kontracepciji. U: Zbornik radova 2 Drugi međunarodni kongres „Ekologija, zdravlje, rad, sport“. Banjaluka, 2008; 70-75.
14. Perendija V, Vilendečić R, Jovanić N, Babić N, Grahovac S: Contraception in birth control. U: Book of abstract 10th seminar of the European Society of Contraception and Reproductive Health Unwanted pregnancy or abortion. Belgrade, September 18 - 19, 2009;
15. Perendija V, Vilendečić R, Jovanić N, Kapur Hebibović A, Tubić Banović M: Adolescenti i kontracepcija. U: Knjiga sažetaka II Kongres ginekologa i perinatologa u Bosni i Hercegovini. Sarajevo, 13.oktobar 2009; (117-118)

*Mr Jovanka Vuković**

Maloljetne porodilje u sistemu dječije zaštite Republike Srpske

Sažetak

Maloljetničko radanje predstavlja višestruki rizik kako za porodilju, tako i za novorodenče. Statistika ukazuje da u ukupnom radanju u Republici Srpskoj u 2009. godini maloljetničke porodilje participiraju sa oko 2%, a u sistemu dječije zaštite Republike Srpske, u ukupnom broju svih porodilja - korisnica prava, maloljetnih porodilja je oko 1,8%.

Upravo, u ovom radu se ukazuje na položaj maloljetnih porodilja i njihove djece u sistemu dječije zaštite.

Naime, hipotetički je moguće da maloljetna porodilja i novorodenče istovremeno budu korisnici prava u sistemu dječije zaštite, čiji je cilj ujednačavanje uslova za zadovoljavanje razvojnih potreba djece, obezbjeđivanje minimuma socijalne sigurnosti i osnovnih razvojnih mogućnosti za svu djecu u Srpskoj. Analiza je potvrdila da se u praksi dešavaju takve situacije.

Ključne riječi: *maloljetna porodilja, dijete, sistem dječije zaštite, korisnik prava, novorodenče, rizik, vulnerabilnost.*

Uvod

Sistem društvene brige o djeci u literaturi često ima sinonime u pojmovima „dječija zaštita“ ili „društvena briga o djeci“. Prema naučnim stanovištima, sistem društvene brige o djeci jeste oblik socijalizacije troškova biološke reprodukcije. To je „univerzalni princip, ali koji ostavlja prostor za konkretizacije u oblasti izbora, intenziteta, vrste i lokacije podruštvljavanja funkcija porodice, izbora koji nije samo u rukama države, nego i porodice“².

Ustvari, društvena briga o djeci je oblik pomoći koje društvo pruža djeci, ali i porodici, u skladu sa određenom društvenom filozofijom i stepenom društveno - ekonomskog razvoja. Konkretizacija dječije zaštite, u smislu oblika i lokacije podruštvljavanja, zavisi kako od države, tako i od porodice.

Ciljevi društva u smislu oblikovanja porodice Srpske su definisani u zavisnosti od zadatog društveno - ekonomskog miljea i sredstava namijenjenih za dječiju zaštitu i

* Zamjenik direktora Javnog fonda za dječiju zaštitu Republike Srpske, predsjednica Savjeta za djecu RS

² dr Luka Todorović, 1995.



shodno tome, uglavnom, su se primjenjivale integrisane mjere socijalne i populacione politike.

Funkcionisanje sistema dječije zaštite Republike Srpske, tj. podruštvenog oblika brige o djeci upravo ima za cilj ujednačavanje uslova za zadovoljavanje razvojnih potreba djece, obezbjeđivanje minimuma socijalne sigurnosti i osnovnih razvojnih mogućnosti za svu djecu u Srpskoj, kao i podrška porodicama sa djecom, a u skladu sa proklamovanim opredjeljenjima društva i raspoloživim sredstvima.

U smislu Zakona o dječijoj zaštiti Republike Srpske, dječiju zaštitu čine prava roditelja i djece i organizovane *djelatnosti i aktivnosti* kojima se obezbjeđuje između ostalog: stvaranje osnovnih uslova za približno ujednačavanje nivoa zadovoljavanja razvojnih potreba djece i pomoći porodici u ostvarivanju njene reproduktivne, zaštitne, vaspitne i ekonomske funkcije, kao i posebna zaštita trećeg djeteta iz porodica sa više djece. Društvena briga o djeci treba da zadovolji potrebe djece, tj. uvećane troškove porodice sa djecom. Prava u oblasti dječije zaštite, koja su od opšteg interesa, a čije obezbjeđenje je u nadležnosti Republike, realizuje Javni fond za dječiju zaštitu Republike Srpske i uglavnom se realizuju kroz novčana davanja i djelimično pružanje usluge krajnjim korisnicima, tj. djeci i porodici.

Zakonom o dječijoj zaštiti Republike Srpske („Službeni glasnik Republike Srpske“, broj: 04/02, 17/08 i 01/09) predviđena su sljedeća prava:

- 1) refundacija naknade plate za vrijeme korištenja porodiljskog odsustva (u daljem tekstu: naknada plate za porodiljsko odsustvo);
 - 1a) pravo zaposlenog roditelja na rad sa jednom polovinom punog radnog vremena, radi pojačane njege i staranja o djetetu sa psihofizičkim smetnjama u razvoju (u daljem tekstu: rad sa polovinom radnog vremena);
- 2) materinski dodatak;
- 3) pomoć za opremu novorođenčeta;
- 4) dodatak na djecu;
- 5) zadovoljavanje razvojnih potreba djece;
- 6) predškolsko vaspitanje i obrazovanje za djecu bez roditeljskog staranja, djecu sa smetnjama u razvoju i djecu na dužem bolničkom liječenju.

Sistem dječije zaštite u Srpskoj definisan je 1996. godine i čine ga Zakon o dječijoj zaštiti i Javni fond za dječiju zaštitu Republike Srpske. Funkcionisanje dječije zaštite bazira se na principima Konvencije UN o pravima djeteta i dokumenta Ujedinjenih nacija „Milenijumski ciljevi za razvoj djece“ i u skladu je sa Planom akcije za djecu Republike Srpske i odredbama važećeg Zakona o dječijoj zaštiti Republike Srpske.



Značajno je istaći da sistem dječije zaštite ne diskriminiše svoje korisnike ni po jednom osnovu. Naime, sva djeca, pod istim uslovima na cijeloj teritoriji RS, imaju ista prava, bez obzira na nacionalnu, rasnu ili polnu pripadnost. S obzirom na zadati društveno - ekonomski milje i visok stepen siromaštva društva, osnovna karakteristika sistema dječije zaštite je upravo socijalno - zaštitna, a djelimično pronatalitetna i razvojna.

Učestalost maloljetničkog rađanja u Srpskoj

U ovako definisanom sistemu dječije zaštite Republike Srpske, svakako je zanimljivo analizirati položaj maloljetnih porodilja, s obzirom da su u smislu Konvencije UN o pravima djeteta maloljetne porodilje istovremeno djeca, jer su u uzrasnoj dobi do 18 godina. Hipotetički je moguće da u sistemu dječije zaštite istovremeno korisnici npr. prava na dodatak na djecu budu i dijete i maloljetna majka ili otac.

Maloljetničko rađanje ima svoju pojavnost, koju prati statistika. Tako je prema zvaničnim podacima Republičkog zavoda za statistiku u 2009. godini u Srpskoj od ukupnog broja porođenih žena, maloljetnih porodilja bilo oko 2,3%.³

Prema starosnoj strukturi maloljetnih porodilja u 2009. godini, očekivano su najučestalije porodilje sa 18 godina, njih 146 ili (62,2%), zatim sa 17 godina njih 65 porodilja (28,8%), sa 16 godina bilo je 25 maloljetnih porodilja (11,1%), a sa petnaest godina bilo je 13 porodilja (5,7%), dok su tri porodilje bile ispod 15 godina (1,3%).

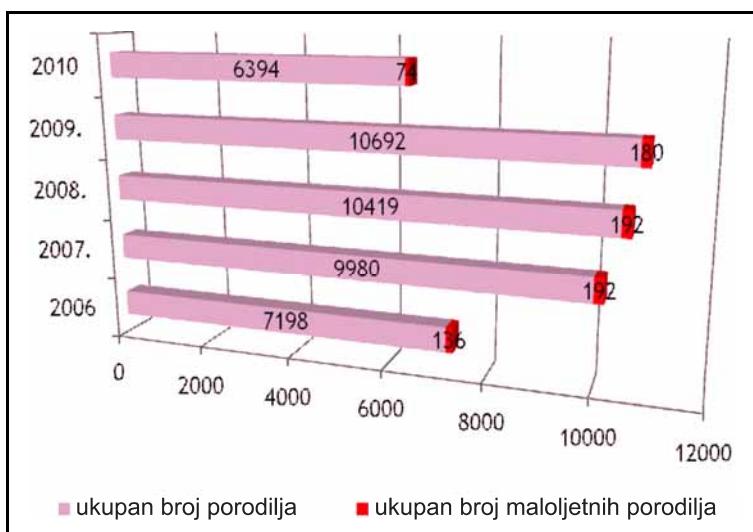
Prema podacima Javnog fonda za dječiju zaštitu Republike Srpske, posmatrano u periodu od 2007. godine, evidentira se kontinuirano prisustvo maloljetnih porodilja oko 190, što u odnosu na ukupan broj porodilja-korisnica prava iz dječije zaštite predstavlja učešće oko 1,8% (kao što je prikazano u grafici br.1). Podaci za 2010. godinu su nepotpuni, s obzirom da nije završena kalendarska godina.

Učešće maloljetnih porodilja u odnosu na ukupan broj svih porodilja u Srpskoj u 2009. godini je oko 2,4%, a prava iz dječije zaštite ostvaruje oko 1,8%, što ukazuje na zaključak da izvjesni broj maloljetnih porodilja nije obuhvaćen sistemom dječije zaštite. Naime, pravo na „pomoći za opremu novorođenčeta“ predstavlja univerzalno pravo za svu novorođenčad čije majke imaju prebivalište u Srpskoj i potrebno je samo da se obrate u mjesno nadležni centar za socijalni rad, a očigledno određeni broj maloljetnih porodilja to nije uradilo.

³ Bilten demografske statistike, broj 13, Republičkog zavoda za statistiku



Grafika br.1: broj maloljetnih porodilja u sistemu dječije zaštite u odnosu na ukupan broj porodilja



Osnovna socio - demografska obilježja maloljetnih porodilja (korisnice prava iz dječije zaštite)

Analizom baze podataka Javnog fonda za dječiju zaštitu za 2009. godinu, dolazi se do osnovnih socio-demografskih podataka o prosječnoj maloljetnoj porodilji - korisniku prava iz sistema dječije zaštite Republike Srpske. Prema mjestu prebivališta, u odnosu na teritorijalni raspored svih porodilja, češće je prisustvo maloljetnih porodilja u seoskom području (59%) prema opštoj populaciji porodilja koje bilježe učešće na selu (37,5%), a u gradu je (37,8%) porodilja, dok je mal. porodilja u gradu (26%). Podaci o mjestu prebivališta porodilja su prikazani u tabeli br.1

Tabela br.1: Porodilje prema mjestu prebivališta

KATEGORIJA MJESTA PREBIVALIŠTA PORODILJA U REPUBLICI SRPSKOJ ZA 2009. GODINU

broj porodilja	Kategorija mjesta prebivališta			
	selo	grad	prigradsko nas.	nepoznat podatak
10697	4015 (37,5%)	4044 (37,8%)	1825 (17,1%)	813 (7,6%)

maloljetne porodilje	Kategorija mjesta prebivališta		
	selo	grad	prigradsko nas.
177	106 (59,9%)	46 (26%)	25 (14,1%)

Izvor podataka: Javni fond za dječiju zaštitu RS, 2009. godina



Učešće maloljetnih rađanja u odnosu na ukupna rađanja, prema opštinama prebivališta porodilje, a na osnovu baze podataka Fonda dječije zaštite za 2009. godinu, prikazan je u tabeli br. 2.

U procentualnom iskazivanju najznačajnije je prisutvo maloljetnih porodilja u manjim opštinama, gdje je inače mali broj novorođene djece (Han Pijesak, Ljubinje, Ribnik), dok je nominalno najveći broj maloljetnih porodilja iz Bijeljine, Doboja, Banjaluke, Zvornika, Laktaša i Prijedora.

Tabela br.2: Učestalost maloljetnih rađanja u odnosu na ukupna rađanja, prema opštini prebivališta porodilje

**ODNOS MALOLJETNIH PORODILJA PREMA UKUPNOM BROJU PORODILJA
U REPUBLICI SRPSKOJ PO OPŠTINAMA PREBIVALIŠTA
PERIOD 2009. GODINA**

Opština	Porodilje u 2009. g.		
	ukupan broj	maloljetne porodilje	%
Prijedor	607	9	1,48
Kozarska Dubica	148	2	1,35
Krupa	10		
Novi Grad	208	6	2,88
Kostajnica	34		
Oštra Luka	21		
Banja Luka	1922	12	0,62
Gradiška	440	6	1,36
Kneževac	95		
Kotor Varoš	190	5	2,63
Laktaši	341	10	2,93
Prnjavor	324	5	1,54
Srbac	161	4	2,48
Čelinac	157	4	2,54
Mrkonjić Grad	165		
Jezero	7		
Istočni Kupres	1		
Ribnik	58	3	5,17
Šipovo	93	1	1,07
Doboj	595	19	3,19
Vukosavlje	43	1	2,32
Derventa	262	3	1,14
Modriča	230	6	2,60
Petrovo	58	2	3,44
Brod	129	3	2,32



PROBLEMI I RIZICI MALOLJETNIČKIH BRAKOVA

Opština	Porodilje u 2009. g.		
	ukupan broj	maloljetne porodilje	%
Teslić	407	6	1,47
Bijeljina	998	24	2,40
Lopare	78	1	1,28
Ugljevik	121	4	3,30
Pelagićevo	18		
Donji Žabar	7		
Šamac	107	2	1,86
Istočno Novo Sarajevo	99	1	1,01
Višegrad	83		
Pale	196	2	1,02
Rogatica	110		
Rudo	58		
Sokolac	105	3	2,85
Istočna Ilidža	131		
Istočni Stari Grad	9		
Han Pijesak	25	2	8,00
Zvornik	487	11	2,25
Bratunac	152	1	0,65
Vlasenica	95	1	1,05
Milići	70	1	1,42
Osmaci	24	1	4,16
Srebrenica	69	1	1,44
Šekovići	55	2	1,63
Trebinje	298	1	0,33
Bileća	116	2	1,72
Berkovići	20		
Gacko	94	2	2,02
Ljubinje	34	2	5,88
Nevesinje	113	2	1,76
Foča	156	3	1,92
Kalinovik	15		
Istočno Goražde	11	1	9,09
Trnovo	4		
Čajniče	33		
Ukupno	10697	177 (1,65)	

Izvor podataka: Javni fond za dječiju zaštitu RS, 2009. godina

Prema uzrasnoj dobi maloljetnih porodilja u 2009. godini, najznačajnije je prisustvo porodilja sa 18 godina, što je i očekivano (58,8%), a zatim 17-godišnjakinja

(22,9%), sa 16 godina se porodilo 8,3% svih maloljetnih porodilja, sa 15 godina 2,6%, dok je bila jedna porodilja sa 14 godina. Podaci su prikazani u tabeli br.3.

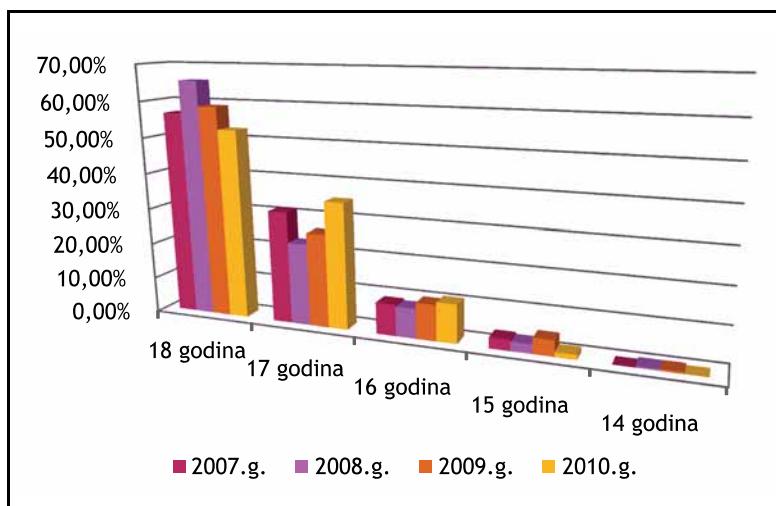
Tabela br.3: Struktura porodilja prema uzrasnoj dobi

Uzrasna dob porodilje (godine)	Godina							
	2007.		2008.		2009.		2010	
	broj	%	broj	%	broj	%	broj	%
18	109	56,7	126	65,6	106	58,8	39	52,7
17	60	31,2	44	22,9	47	26,1	26	35,1
16	17	8,8	16	8,3	18	10,0	8	10,8
15	6	3,1	5	2,6	8	4,4	1	1,3
14	-	-	1	0,5	1	0,5	-	-
ukupno	192	-	192	-	180	-	74	-

Izvor podataka: Javni fond za dječiju zaštitu RS, 2010.

Evidentno je da dolazi do blagog pada učešća porodilja sa 18 godina, a porast učešća porodilja sa 17 godina (što se vidi iz grafike br.2).

Grafika br.2: Struktura porodilja prema uzrasnoj dobi



Izvor podataka: Javni fond za dječiju zaštitu RS, 2010.

Prema nacionalnoj strukturi najzastupljenije su maloljetne porodilje srpske nacionalnosti (72,3%), ali je značajno učešće maloljetnih porodilja romske populacije (16,92%). Učešće u ukupnoj populaciji romskih porodilja je znatno niže (8,6%), a u svim pravima koja ostvaruju u dječjoj zaštiti romska populacija participira sa 1,13%.



Dakle, u odnosu na veličinu kontingenta romske populacije visok je procenat zastupljenosti maloljetnih porodilja, ali ne stoji predrasuda da su maloljetne porodilje uglavnom Romkinje.

Prema obrazovnom statusu najzastupljenije su maloljetne porodilje koje su završile osnovnu školu (84,61%), bez prihoda su (62%), a kao podstanari živi preko 30% maloljetnih porodilja, a svega 12% su vlasnici kuća/stanova.

Dakle, statistički prosječna porodilja u sistemu dječije zaštite je: sa završenom osnovnom školom, nezaposlena, srpske nacionalnosti, živi najčešće u selu i prigradskom naselju, u porodici gdje živi niko ne radi, a najčešće je to prvorotka, preko 90% slučajeva.

Vulnerabilnost maloljetnih porodilja i njihove novorođenčadi

Maloljetničko rađanje predstavlja povećan, višestruki rizik za porodilju i za novorođenče kako u zdravstvenom, tako i u socijalnom pogledu. Dakle, neupitna je vulnerabilnost ovih kategorija, koja je uslovljena i nizom drugih faktora. Uzrasna dob maloljetnice, (ne)priznato očinstvo, bračani status porodilje, socijalne, porodične i druge prilike su elementi koji determinišu ukupan položaj porodilje i djeteta.

Prema podacima iz baze Javnog fonda za dječiju zaštitu, visok je procenat neudatih maloljetnih porodilja (35,1%), sa vanbračnim statusom je 10,8%, a nešto više od pola je udato (52,75%). Naravno, treba imati u vidu činjenicu da je, s obzirom na uzrasnu dob porodilja, neophodna saglasnost organa starateljstva i roditelja za sklapanje braka, a vrlo često sporazumno (ili prečutno) se čeka punoljetstvo porodilje da bi sklopili bračnu zajednicu. Shodno tim činjenicama je i visok procenat neudatih maloljetnih porodilja (tabela br. 4).

Tabela br. 4: Bračni status maloljetnih porodilja

bračni status porodilje	2010. godina	
	broj	%
udata	10	52,7
neudata	3	35,1
vanbračna zajednica	21	10,8
ostalo	1	1,4
	34	100

Izvor podataka: Javni fond za dječiju zaštitu RS, 2010.



Međutim, među neudatim maloljetnim porodiljama svakako ima i onih koje su ostavljene kako od strane oca djeteta, tako i od njene primarne porodice, koja ne želi da prihvati kćerku sa djetetom. Time se usložnjava položaj dvoje djece (tj. majke i novorođenčeta), a društvo treba da ih prepozna kao vulnerabilnu kategoriju, kojoj je potrebna dodatna, sistemska podrška.

Prema podacima o maloljetnim porodiljama - korisnicama prava iz dječije zaštite, vidno je da u 9% slučajeva očevi nisu priznali očinstvo za novorođenčad maloljetnih majki. U opštoj populaciji porodilja (bez obzira na starosnu dob porodilje) 8% očeva ne priznaje očinstvo.

Dakle, nešto je veći procenat nepriznatog očinstva kod maloljetnog rađanja, što svakako dodatno ugrožava i onako nezavidan položaj maloljetne porodilje i njenog djeteta.

Tabela br. 5: Priznato očinstvo kod djece koje su rodile maloljetne majke u odnosu na ukupnu populaciju porodilja

očinstvo	učešće maloljetne porodilje %	sve porodilje %
nije navedeno ime oca	9,23	8,06
ima ime oca	90,76	91,93
ukupno	100,00	100,00

Izvor podataka: Javni fond za dječiju zaštitu RS, 2010.

Pored maloljetnih porodilja za čiju djecu očevi nisu priznali očinstvo, vrlo osjetljivu kategoriju predstavljaju i porodilje sa smetnjama u psihofizičkom razvoju, kao i maloljetne majke koje rode dijete sa smetnjama u razvoju, koje se evidentiraju kao korisnici prava iz dječije zaštite.

Takođe, već izneseni podaci o nepovoljnem obrazovnom nivou i radnom statusu maloljetne porodilje, te visokom stepenu siromaštva same porodilje i porodica u kojima žive, značajno otežavaju položaj djece - porodilja i djece - koja se rode.

U takvoj situaciji je svakako jako važno da društvo prepozna ovaj problem i sistemski ga riješi i, naravno, da se preventivno radi na smanjenju rizika koji dovode do pojave maloljetnog rađanja.



Prepoznaće li sistem dječije zaštite dijete - maloljetnu porodilju kao zasebnu vulnerabilnu kategoriju?

Zakonom o dječijoj zaštiti Republike Srpske definišu se uslovi za ostvarivanje prava za najranjivije kategorije djece.

Članom 23. predviđeno je **da npr. pravo na dodatak na djecu** bez obzira na red rođenja i materijalni cenzus mogu ostvariti: djeca bez roditeljskog staranja (koja nisu smještena u ustanovu), djeca sa smetnjama u psihičkom i fizičkom razvoju, djeca čija porodica ostvaruje pravo na socijalnu pomoć, a bez obzira na materijalni cenzus i djeca ratnih vojnih invalida I i II kategorije, kao i djeca - civilne žrtve rata i djeca civilnih žrtava rata. Takođe, pravo na dodatak na djecu ostvaruju djeca do 15 godina (*samo u izuzetnim slučajevima do 19 godina i dalje*), te pravo na dodatak na djecu se ostvaruje za drugo, treće i četvrto dijete po redu rođenja (*samo u izuzetnim slučajevima prvorodeno dijete*). Važno je istaći da u izuzetnim slučajevima nije naveden kao poseban slučaj maloljetna samohrana majka, koja je i sama dijete, i njeno novorođenče.

Ovdje se mora napomenuti da u preko 90% slučajeva maloljetne majke rađaju jedno dijete i time su u startu limitirane u ostvarivanju prava na dodatak na djecu jer, bez obzira na nepovoljne materijalne uslove porodice, ovo pravo mogu ostvariti samo prvorodena djeca (osim u izuzetnim slučajevima, a kao takve Zakon ne prepoznaje djecu maloljetnih porodilja).

Pravo na „pomoć za opremu novorođenčeta“ kao univerzalno, neselektivno pravo za svu novorodenčad, maloljetne porodilje ostvaruju pod istim uslovima i u istom iznosu kao i sve ostale porodilje.

Prema podacima iz 2009. godine, u svim pravima iz Zakona o dječijoj zaštiti maloljetne porodilje i njihova novorodenčad participiraju sa 6,15%.

Podaci za prvi devet mjeseci 2010. godine ukazuju da je pravo iz dječije zaštite koristilo ukupno 115 maloljetnih porodilja - djece, maloljetnih očeva i njihove novorođenčadi.

Dakle, već smo napomenuli da pravo na dodatak na djecu, u skladu sa uslovima iz Zakona, ostvaruju maloljetna djeca, a pravo na materinski dodatak i pravo na pomoć za opremu novorođenčeta su prava koja se ostvaruju po osnovu porođaja. Međutim, kada je u pitanju maloljetna porodilja i maloljetno roditeljstvo imamo situaciju da su i roditelji i djeca istovremeno korisnici prava na dodatak na djecu.

U tabeli br. 6 prikazana su prava iz dječije zaštite i broj korisnika prava majke po osnovu porođaja; prava majke – porodilje kao djeteta; prava djeteta - novorodenčeta za 2010. godinu.



Tabela br. 6: Broj korisnika – maloljetnih porodilja i novorođenčadi koji ostvaruju prava iz dječije zaštite, a porodaj je bio u 2010. godini

pravo iz dječije zaštite	broj korisnika
dodatak na djecu ?	12
materinski dodatak	38
pomoć za opremu novorođenčeta	65

Izvor podataka: Javni fond za dječiju zaštitu RS, 2010.

U posmatranom periodu npr. dvije maloljetne majke i jedan mal. otac su bili korisnici prava na dodatak na djecu, istovremeno kad i njihova novorođenčad. Imamo situaciju da su maloljetni roditelji (najčešće majke) i sami djeca pod starateljstvom! Stvara se absurdna mogućnost da je maloljtna majka u vanbračnoj zajednici sa punoljetnim, mnogo starijim licem, koji u svojoj porodici ima djecu iz prethodnog braka - korisnike prava na dodatak na djecu, a pri tome je maloljetna vanbračna supruga takođe korisnik prava na dodatak na djecu, prava na pomoć za opremu novorođenčeta, a postoji mogućnost da ostvari i pravo na materinski dodatak.

Dakle, kad dijete rađa dijete, u praksi imamo teško predvidive situacije.

Umjesto zaključka

Evidentno je da maloljetne porodilje i njihova novorođenčad predstavljaju vunreabilnu kategoriju djece, koja zahtijevaju posebnu brigu društva sa ciljem da se ublaže negativne posljedice maloljetnog rađanja i prernog roditeljstva. Shodno tome, potrebno je da sistem dječije zaštite upravo prepozna ovu osjetljivu kategoriju djece i omogući ostvarivanje prava iz Zakona o dječijoj zaštiti pod privilegovanim uslovima, kako bi se bar djelimično poboljšao položaj u društvu i ujednačili uslovi za odrastanje maloljetne djece - majki i djece - novorođenčadi.

Naravno, i ovdje je neophodno napomenuti da za sva proširenja prava iz dječije zaštite je neophodno obezbijediti dodatna sredstva, jer su postojeća nedostajuća i za sadašnji obim prava iz Zakona o dječijoj zaštiti Republike Srpske.




Центар	Број брз	Датум рођења породице	Датум порода (рођења дјетета)	Школска спрема породице	Национално ст породице	Број дјеце прије текућег порода	Број дјеце у породи	Презиме и име оца дјетета	Стамбени статус породице	Категорија места пребивалиш та	Status u bazi DD i MD
21051	0214/09	30.01.1992	21.07.09	1. НК	Српска	0	1--	Сукачник куће-става	2.	3. приградско насеље	Дијете под старатељством- бака
21061	0276/09	05.10.1991	11.05.09	1. НК	Српска	0	1-----	-----	-----	3. приградско насеље	Дијете под старатељством- дјед
52021	0445/09	24.07.1993	24.03.09	1. НК	Бошњачка	0	1/	-----	4. Остало	4. Остало	приградско насеље
41011	0349/09	28.10.1991	03.06.09	1. НК	Ромска	0	1 утарђено	Очиистио шије	4. Остало	1. град	МД
21011	0540/09	29.09.1991	12.03.09	3. ССС	Српска	0	1 утарђено	Очиистио шије	3. Полетанар	2. село	МД И ДД до годину дана

Центар	Број брз	Датум рођења породице	Датум порода (рођења дјетета)	Школска спрема породице	Национално ст породице	Број дјеце прије текућег порода	Број дјеце у породи	Презиме и име оца дјетета	Стамбени статус породице	Категорија места пребивалиш та	
31011	0475/09	23.10.1993	04.11.09	1. НК	Српска	0	1-	-----	4. Остало	2. село	МД ПРИЈАВЉЕНИ ВАНСУП
31071	0237/10	02.02.1993	19.07.10	-----	Српска	0	1-	-----	-----	2. село	Дијете под старатељством
42041	0040/10	02.09.1992	16.06.10	1. НК	Српска	0	1-	-----	4. Остало	2. село	МД
31061	0169/09	13.10.1994	22.10.09	1. НК	Ромска	0	1 очистио	није призвато	-----	1. град	ОВДЕ SU SE MULWAU STVAKATEOI
51031	0145/09	03.03.1993	26.10.09	2. КВ	Српска	0	1 очистио	није призвато	-----	1. град	НЕМАЈУ ДОКУМЕНТАТА
61011	0275/10	04.02.1993	07.05.10	1. НК	Српска	0	1 очистио	није призвато	3. Полетанар	1. град	МД

деворица са птицом НРНА ДРАГОЈЕВИЋ, ВОЛД

Izvori i literatura:

1. Bilten demografske statistike, broj 13, Republičkog zavoda za statistiku
2. Analiza stanja i perspektive sistema dječije zaštite Republike Srpske (sa osvrtom na prava od opšteg interesa) - interni dokument Javnog fonda za dječiju zaštitu



Broj:1096/10

PROBLEMI I RIZICI MALOLJETNIČKIH BRAKOVA

POSEBAN IZVJEŠTAJ

Banja Luka, 07.10.2010.



I UVOD

Postupajući po službenoj dužnosti u skladu sa ovlašćenjima utvrđenim Zakonom o Ombudsmanu za djecu⁴, Ombudsman za djecu Republike Srpske konstatiše potrebu podnošenja Posebnog izvještaja kojim ukazuje na povredu osnovnih prava i interesa djece, prije svega njihovog nesmetanog psihofizičkog razvoja, zaštititu zdravlja i obrazovanja do kojih dolazi uslijed zasnivanja bračnih i vanbračnih zajednica u vrijeme dok su još djeca.

Konvencija je pravni akt i ona obavezuje države koje su je prihvatile na postupanje u skladu sa njenim zahtjevima i osnovnim principima.

Prihvatajući Konvenciju, država prihvata i da poštuje odgovornosti, prava i dužnosti roditelja ili, ako je takav slučaj, članova šire porodice ili zajednice ili drugih lica zakonski odgovornih za dijete, da na način koji je u skladu sa razvojem sposobnosti djeteta obezbijede, upute i usmjeravaju dijete u ostvarivanje njegovih prava koja su priznata u ovoj Konvenciji.⁵

II OVLAŠĆENJA OMBUDSMANA

Nadležnosti i ovlašćenja institucije Ombudsmana za djecu utvrđena su Zakonom kojim je između ostalog uređeno:

U obavljanju poslova iz svoje nadležnosti Ombudsman za djecu postupa u okviru Ustava, zakona i drugih propisa i opštih akata, kao i međunarodnih ugovora i opšteprihvaćenih pravila međunarodnog prava, rukovodeći se načelom pravičnosti i morala.⁶

Ombudsman za djecu:

1. prati usklađenost zakona i drugih propisa u Republici Srpskoj koji se odnose na zaštitu prava djeteta s odredbama Ustava Republike Srpske, Konvencije Ujedinjenih nacija o pravima djeteta i drugih međunarodnih dokumenata koji se odnose na zaštitu prava i interesa djeteta,
2. prati primjenu svih propisa koji se odnose na zaštitu prava i interesa djeteta,
3. prati povrede prava i interesa djeteta,

⁴ Zakon o Ombudsmanu za djecu, "Službeni glasnik Republike Srpske", broj 103/08

⁵ UN Konvencija o pravima djeteta, član 5.

⁶ Zakon o Ombudsmanu za djecu, član 3.



4. predlaže preduzimanje mjera za zaštitu prava i interesa djeteta, kao i za sprečavanje štetnih postupanja koja ugrožavaju prava i interese djeteta.⁷

Ombudsman za djecu je ovlašćen da Vladi, odnosno Narodnoj skupštini podnese inicijativu za izmjene i dopune zakona i drugih propisa i opštih akata, ako smatra da do povrede prava djeteta dolazi zbog nedostatka u propisima, kao i da inicira donošenje novih zakona, drugih propisa i opštih akata kada smatra da je to od značaja za ostvarivanje prava djeteta.⁸

III RELEVANTNI PROPISI

UN Konvencija o pravima djeteta

Prihvatajući Konvenciju država prihvata obavezu da prava garantovana Konvencijom obezbijedi za svako dijete, te da u svim aktivnostima koje se tiču djece od primarnog značaja budu interesi djeteta bez obzira na to da li ih sprovode javne ili privatne institucije za socijalnu zaštitu, sudovi, administrativni organi ili zakonodavna tijela.

Države članice se obavezuju da djetetu obezbijede takvu zaštitu i brigu koja je neophodna za njegovu dobrobit, uzimajući u obzir prava i obaveze njegovih roditelja, zakonitih staralaca ili drugih pojedinaca koji su pravno odgovorni za dijete i preduzimanje u tom cilju svih potrebnih zakonodavnih i administrativnih mjera.

Države članice se staraju da institucije, službe i ustanove koje su odgovorne za brigu ili zaštitu djece budu u skladu sa standardima koje su utvrđili nadležni organi, posebno u oblasti bezbjednosti i zdravlja i broju i podobnosti osoblja, kao i stručnog nadzora.⁹

Konvencija o ukidanju svih oblika diskriminacije žena iz 1981.godine

- poziva države na preduzimanje svih odgovarajućih mjera, uključujući i zakonodavne, radi izmjene ili ukidanja postojećih zakona, propisa, običaja i praksi koji predstavljaju diskriminaciju žena,¹⁰

⁷ Zakon o Ombudsmanu za djecu, član 5.

⁸ Zakon o Ombudsmanu za djecu, član 7.

⁹ UN Konvencija o pravima djeteta, član 3.

¹⁰ Konvencija o ukidanju svih oblika diskriminacije žena, član 2.



- obavezuje države na preduzimanje svih odgovarajućih mjera u svim oblastima, uključujući i zakonodavne kako bi osigurali pun razvoj i napredovanje žene te korišćenje i uživanje ljudskih prava i osnovnih sloboda,¹¹
- utvrđuje da sklapanje braka djeteta nema nikakav pravni učinak, te se države obavezuju preduzeti sve potrebne mjere, uključujući i zakonodavne, radi utvrđivanja najnižih godina života za sklapanje braka.¹²

Konvencija o pristanku na brak, minimalnoj dobi za zaključivanje braka i registraciji brakova iz 1962. godine

- Obavezuje na preduzimanje svih neophodnih mjera u cilju ukidanja takvih običaja, zakona i praksi obezbjeđujući, između ostalog, potpunu slobodu u izboru bračnog druga, čime se eliminišu u potpunosti dječiji brakovi i vjeridbe mladih djevojaka prije puberteta, uspostave odgovarajuće kazne gdje je to potrebno i uspostave civilni ili drugi registar u kome će svi brakovi biti zabilježeni.¹³
- Države ugovornice ove Konvencije će preduzeti pravne mjere radi određivanja minimalne starosne dobi za brak.¹⁴

Ustav Bosne i Hercegovine

Ustav Bosne i Hercegovine u članu II utvrđuje da će Bosna i Hercegovina i obajena entiteta obezbijediti najviši nivo međunarodno priznatih ljudskih prava i osnovnih sloboda, te da će se uživanje prava i sloboda navedenih u članu II Ustava i međunarodnim dokumentima navedenim u Aneksu I obezbijediti svim licima u Bosni i Hercegovini bez diskriminacije po bilo kojem osnovu.

Ustav Republike Srpske

Temelj Ustavnog uređenja Republike Srpske je poštovanje ljudskog dostojanstva i zaštita ljudskih prava i osnovnih sloboda u skladu sa međunarodnim standardima.

¹¹ Isto, član 3.

¹² Isto, član 16.

¹³ Konvencija o pristanku na brak, minimalnoj dobi za zaključivanje braka i registraciji brakova, Preamble

¹⁴ Isto, član 2.



Ustavom je utvrđeno da:

- porodica, majka i dijete imaju posebnu zaštitu,
- da se brak i odnosi u braku i porodici uređuju zakonom, te
- da roditelji imaju pravo i dužnost da se staraju o podizanju i vaspitanju djece.¹⁵

Porodični zakon¹⁶

Porodičnim zakonom Republike Srpske utvrđeno je da Republika Srpska obezbjeđuje posebnu zaštitu porodici, majci i djetetu u skladu sa međunarodno priznatim ljudskim pravima i osnovnim slobodama.

Zakon u članu 36. utvrđuje da:

1. Brak ne može zaključiti lice koje nije navršilo 18 godina života.
2. Iz opravdanih razloga sud može u vanparničnom postupku dozvoliti zaključenje braka maloljetniku starijem od 16 godina, ako utvrdi da je to lice tjelesno i duševno sposobno za vršenje prava i dužnosti koje proizilaze iz braka.
3. Prijedlog za dozvolu zaključenja braka može podnijeti zainteresovano maloljetno lice.
4. Prije donošenja odluke sud će pribaviti mišljenje organa starateljstva.¹⁷

Zakon ostavlja mogućnost da, samo izuzetno i u opravdanim situacijama, sud može dozvoliti zaključenje braka licu starijem od 16 godina, pod uslovom da je tjelesno i duševno sposobno za vršenje prava i dužnosti koje iz braka proizilaze, što zahtijeva da se u svakom konkretnom slučaju cijeni šta je opravdani interes koji će dozvoliti zaključivanje braka djeci prije punoljetstva.

Pri tome se uvijek traži i mišljenje centra za socijalni rad.

Krivični zakon¹⁸

Krivični zakon Republike Srpske u namjeri da zaštiti dijete, jer ovo jesu djeca, utvrđuje odgovornost i

- punoljetnog lica koje je u vanbračnoj zajednici sa maloljetnikom ali i
- odgovornost roditelja koji maloljetnom licu dozvoli vanbračnu zajednicu.

¹⁵ Ustav Republike Srpske, član 36.

¹⁶ Porodični zakon Republike Srpske, "Službeni glasnik Republike Srpske", broj 54/02

¹⁷ Porodični zakon, član 36.

¹⁸ Krivični zakon Republike Srpske, "Službeni glasnik Republike Srpske", broj 49/03



Zakonom je ovo krivično djelo određeno kao življenje u vanbračnoj zajednici, pri čemu se podrazumijeva da je to življenje u zajednici dobrovoljno i sporazumno. Dakle, i sam maloljetnik saglasan je sa takvom zajednicom života i za istu je dao svoj pristanak.

Ako saglasnosti maloljetnika nema, odnosno ako isti nije dao pristanak na življenje u vanbračnoj zajednici, onda je u pitanju neko drugo krivično djelo protiv polnog integriteta ili protiv slobode i prava čovjeka i građanina.

Za postojanje ovog krivičnog djela, prema samom zakonu, nisu od uticaja razlozi koji su doveli do ove zajednice - loši odnosi u porodici, materijalna situacija i slično, niti je od uticaja dogovor da će se brak zaključiti kao što nije od uticaja ni vrijeme trajanja same zajednice.

Drugi oblik ovog krivičnog djela postoji kada roditelj, usvojilac ili staralac dopusti maloljetniku život u takvoj zajednici ili ga na to navodi.

Polazeći od obaveze i odgovornosti roditelja da se prije svih staraju o zdravom odrastanju svoje djece, zakonodavac je njihovu dozvolu i dopuštenje, a ne samo navođenje na život u vanbračnoj zajednici sankcionisao.

Pod pojmom dopuštenja prema Zakonu (komentar na član 204) treba podrazumijevati -

sve one radnje koje su suprotne obavezama roditelja kao odgovornog lica za podizanje i pravilan razvoj maloljetnika, kao što su npr. omogućavanje ili stvaranje uslova za održavanje takve zajednice, nepreduzimanje mjera da se takva zajednica spriječi ili prekine, bez obzira da li je nepreduzimanje takvih mjera izraz izvršiočeve popustljivosti, ravnodušnosti, nedovoljnog osjećaja odgovornosti ili njegove saglasnosti sa odlukom maloljetnika.

Pod navođenjem, u smislu ovog krivičnog djela (komentar na član 204) treba podrazumijevati -

svaku radnju kojom se maloljetno lice podstiče da živi u vanbračnoj zajednici, kao što je nagovaranje, obećavanje nagrade, stavljanje u izgled određenih pogodnosti i sl.

Odgovornost roditelja, usvojioca i staraoca, po Zakonu, postoji ako je maloljetniku dozvoljeno da živi u vanbračnoj zajednici sa drugim licem, iz čega se može tumačiti da su roditelji odgovorni i u slučaju kada je maloljetnik u vanbračnoj zajednici sa drugim maloljetnikom.

Krivični zakon pri tom sankcioniše punoljetno lice koje živi sa maloljetnikom uzrasta od 14 - 16 godina.

Zakon, dakle, ne sankcioniše vanbračnu zajednicu života punoljetnog lica i maloljetnika uzrasta od 16 - 18 godina što se dovodi u vezu i sa odredbama Porodičnog



zakona koje ovim licima, pod uslovima utvrđenim Zakonom, omogućava zaključenje bračne zajednice.

Pri tome sankcije koje Zakon predviđa zaista ne odgovaraju težini učinjenog, s obzirom da je članom 204 utvrđena novčana kazna ili kazna zatvorom do dvije godine, a ako je djelo učinjeno iz koristoljublja učinilac će se kazniti zatvorom do tri godine.

Program zdravstvene politike i strategije za zdravlje u Republici Srpskoj do 2010. godine¹⁹

Programom je kao osnovni, najvažniji i trajni cilj zdravstvene politike utvrđena obaveza stalnog unapređivanja zdravlja, te unapređivanje uslova koji utiču na zdravlje.

Posebni ciljevi, koji se između ostalog odnose i na unapređenje zdravlja mладих, utvrđuju:

- da će djeca i adolescenti biti obuhvaćeni Programom unapređenja zdravlja u porodici, školi i savjetovalištima,
- da će se stvoriti uslovi za adekvatno obrazovanje,
- da će u okviru Programa unapređenja zdravlja posebno mjesto imati zdravi odnosi među polovima i mjere za izbjegavanje trudnoće kod maloljetnica.

Strategija razvoja porodice u Republici Srpskoj 2009-2014. godine²⁰

Strategija razvoja porodice u Republici Srpskoj do 2014. godine kao jedan od strateških ciljeva definisala je potrebu razvijanja mreže institucija i servisa za pomoć porodici u podizanju i vaspitanju djece.

Pomoći djeci i mladima o pitanjima i problemima sa kojima se susreću na svom putu odrastanja svakako su porodična savjetovališta i savjetovališta za mlade, u kojima bi članovi porodice mogli dobiti potrebnu stručnu pomoći i podršku -psihološku, pravnu, pedagošku i drugu pomoć, o svim pitanjima sa kojima se porodica danas susreće i na koje teško dolazi do odgovora.

¹⁹ Program zdravstvene politike i strategije za zdravlje u Republici Srpskoj do 2010. g. "Službeni glasnik Republike Srpske", broj 56/02

²⁰ Narodna skupština Republike Srpske usvojila je Strategiju razvoja porodice u Republici Srpskoj za period 2009-2014, "Službeni glasnik Republike Srpske", broj 15/09



IV ANALIZA

Problem bračnih i vanbračnih zajednica sa maloljetnim licima je problem koji je danas prisutan a da i ne znamo stvarni broj djece u tim zajednicama, niti koja je donja dobna granica djece koja žive u takvima zajednicama.

Brak je po definiciji zakonom uređena zajednica života žene i muškarca.

Brak se zasniva na slobodnoj odluci muškarca i žene da zaključe brak, na ravnopopravnosti bračnih supružnika, međusobnom poštovanju i uzajamnom pomaganju²¹.

Problem maloljetničkih brakova može se posmatrati iz više uglova, zakonodavnog, ekonomskog, socijalnog, ali bez obzira o kojoj vrsti problema se govori jedno je sigurno - ove zajednice ostavljaju posljedice na djecu i njihov psihofizički razvoj.

Uticaj tradicije, nizak nivo obrazovanja, neinformisanost ili bilo koji drugi faktor koji doprinosi zaključivanju braka kod djece ili njihov život u vanbračnoj zajednici ne može biti opravданje ni odgovor na postupanje odraslih i njihov odnos prema ovom problemu.

Ta djeca stupanjem u brak suočavaju se sa onim životnim teškoćama koje nisu u stanju nositi, njihov život se naglo mijenja i od njih se očekuje da preuzmu odgovornost za svoje odluke. Ali ove odluke nisu samo njihove, zakonodavac je upravo, imajući u vidu njihovu zrelost i mogućnost donošenja tako važnih životnih odluka, obavezao druge subjekte da procijene i odluče da li je to što oni hoće zaista njihov najbolji interes i da li su oni tjelesno i duševno sposobni za vršenje prava i dužnosti koje proizilaze iz braka.

Na žalost, danas imamo situacije da roditelj ne samo da dopusti takvu zajednicu, već dijete na to i navodi.

Ono što dodatno zabrinjava u tim situacijama je neadekvatna reakcija institucija kojima su slučajevi prijavljeni.

Država se obavezuje djetetu obezbijediti takvu zaštitu i brigu koja je neophodna za njegovu dobrobit. To je zahtjev i Konvencije i svih domaćih propisa, ali to je prije svega potreba djeteta - zaštita i briga za njegov pravilan razvoj.

Dobrobit djeteta od 14 ili 15 godina ne može biti brak bez obzira što neki to pokušavaju pravdati činjenicom da je njoj tamo dobro i da se dobro udala, ili činjenicom da je majka to prihvatile i o tome obavijestila školu i da škola nema obavezu ništa dalje preduzimati.

To je, s jedne strane, potpuno nerazumijevanje obaveze da se djetetu obezbijedi takva zaštita koja je neophodna za njegovu dobrobit, a da ne govorimo o posljedicama po razvoj djeteta i pravima koja su djeci garantovana, a sa druge strane je to

²¹ Porodični zakon, član 4.



odsustvo odgovornosti za razvoj djeteta i njegove potrebe i najčešće, prebacivanje odgovornosti na nekog drugog.

Stručnjaci upozoravaju da ovakve zajednice mogu imati nesagledive posljedice ne samo za djecu koja stupaju u brak, već i za društvo u cjelini.

Njihovi brakovi nisu samo njihov problem, društvo bi se moralo suočiti sa razlozima i motivima djevojčice od 13 ili 14 godina koja se odluči na taj korak, ali i učiniti odgovornijim sve one koji u tome i ne vide problem.

Institucija je, u namjeri da dođe do podataka koji govore o opravdanosti zasnovanja bračnih zajednica maloljetnika, što je prema Porodičnom zakonu uslov za davanje dozvole za njihovo zaključivanje, zatražila podatke svih osnovnih sudova u Republici Srpskoj o broju zaključenih brakova sa maloljetnim licem u periodu od 2006. do 2009. godine, te mišljenje centra za socijalni rad koji se u svakom konkretnom slučaju traži.

Prema dobijenim podacima u Republici Srpskoj je od 2006. do 1.11.2009. godine zaključeno 268 brakova sa maloljetnim licem.

To su samo prijavljeni i registrovani slučajevi za koje je sud dao dozvolu, to su dakle zaključeni brakovi sa maloljetnim licem.

Ako neko i pomisli da to nije veliki broj, stav Institucije je da je svaki broj veliki, jer oni su samo djeca koja nisu u stanju ostvariti ciljeve bračne zajednice, to su djeca kojima još uvijek treba roditeljska briga i u vremenu kada i sami postaju roditelji. Pitanje je dodatno koliko te zajednice opstaju, ali je sigurno da ostavljaju posljedice bez obzira na vrijeme njenog trajanja.

Tabela 1. Prema dobijenim podacima u 2006. i 2007. godini bilo je mnogo više zaključenih brakova nego u 2008. i 2009.god. i istovremeno nema opština u kojima je taj broj u porastu.

osnovni sud	2006.	2007.	2008.	2009.	ukupno
Teslić	9	8	2	3	22
Novi Grad	2	3	2		7
Banja Luka	5	4	2		11
Doboj	5	12	11	5	33
Modriča	9	7	10	4	20
Bijeljina	10	19	9	8	46
Prijedor					8



osnovni sud	2006.	2007.	2008.	2009.	ukupno
Trebinje	2	3	5	2	12
Gradiška					12
Zvornik	6	3	1	3	13
Vlasenica					2
Prnjavor					17
Srebrenica					7
Mrkonjić Grad					10
Sokolac	2	2	3	4	11
Kotor Varoš					14
Derventa	4	2		3	9
Foča	4	4	1		9
Višegrad	1	1	2	1	5
UKUPNO:					268

Tabela2. Statistički podaci o broju poroda maloljetnica i dalje upozoravaju.

Godina rođenja porodilje	GODINA PORODA			
	2006	2007	2008	2009
1988	80			
1989	38	108		
1990	13	60	126	
1991	3	17	44	104
1992	2	6	17	47
1993			4	17
1994				8
1995				1
	136	191	191	177



Analizom dobijenih podataka, Ombudsman za djecu je pokušao dobiti odgovore na sljedeća pitanja:

1. Šta su opravdani razlozi za zaključenje braka maloljetnika?

Prema dobijenim podacima najčešće situacije koje se u postupku konstatuju i koje opravdavaju davanje dozvole za zaključenje braka maloljetnika su već zasnovane vanbračne zajednice, trudnoća ili zajednički život u inostranstvu.

Karakteristični primjeri za navedene situacije su:

a) već zasnovane vanbračne zajednice

1. A.X. ima 16 godina i 13 dana,
živi u vanbračnoj zajednici mjesec dana u kući njegovih roditelja,
on ima 23 godine, završio osnovnu školu i radi građevinske poslove,
2. A.X. ima 16 godina i 20 dana,
7 mjeseci žive u vanbračnoj zajednici u kući njegovih roditelja,
završila osnovnu školu i ne radi

b) trudnoća

1. B.X. ima 16 godina i 15 dana,
završila osnovnu školu,
napustila 1. razred srednje škole zbog zasnivanja vanbračne zajednice
u 8. mjesecu trudnoće
2. B.X. ima 16 godina i 5 mjeseci
završila osnovnu školu,
srednju školu napustila,
6 mjeseci žive zajedno i u 3. je mjesecu trudnoće

c) zajednički život u inostranstvu - njegovi roditelji žive u inostranstvu

C.X. ima 17 godina i 10 mjeseci
napustila 4 razred srednje škole,
budući suprug živi i radi u inostranstvu,
ne navodi se ni trudnoća, ni materijalna situacija ni bilo koji drugi razlog
koji bi opravdao zaključenje braka samo dva mjeseca prije punoljetstva i
napuštanje završnog razreda srednje škole

Ono što zabrinjava je činjenica da su već zasnovane vanbračne zajednice razlog za traženje dozvole za zaključivanje braka.Takve zajednice dovode do trudnoće vrlo često i prije navršene 16 godine života, a onda se čeka njen 16. rođendan da bi se ispunio zakonom utvrđeni uslov da se sudu podnese zahtjev.



Sprečavanje vanbračnih zajednica, odnosno njihovo onemogućavanje i postupanje u skladu sa važećim zakonskim odredbama koji regulišu ovu oblast, sigurno bi doprinio smanjenju broja zaključenih brakova sa maloljetnim licima.

2. Koliko postupak traje?

Postupak se vodi vrlo brzo.

O podnesenom zahtjevu za davanje dozvole za zaključenje braka u pravilu nema spora jer su i maloljetnici, roditelji, centar za socijalni rad - svi saglasni da se brak zaključi, što sud svojim rješenjem konstatiše.

Vrlo često zahtjev se podnosi upravo u trenutku kad maloljetnik napuni 16 godina života. Prisutne su i situacije da se svi odriču prava na žalbu kako bi se sam postupak dodatno ubrzao.

3. Da li centar za socijalni rad dajući mišljenje u postupku utvrđuje najbolji interes za dijete?

Prema Porodičnom zakonu, prije donošenja odluke po podnesenom prijedlogu za dozvolu za zaključenje braka, sud uvijek pribavlja mišljenje organa starateljstva. Organ starateljstva po istom Zakonu dužan je da preduzme sve potrebne mјere radi zaštite ličnih i imovinskih prava i interesa djeteta.

Centar za socijalni rad u svom mišljenju uglavnom konstatiše namjeru maloljetnika da zaključi brak, izjavu roditelja na tu okolnost, te mišljenje ljekara. Na osnovu istog predlaže суду da odobri zaključivanje braka.

Centar za socijalni rad dajući mišljenje za zaključenje braka maloljetnika najčešće navodi da je stručni tim centra saglasan sa podnesenim prijedlogom.

Centar pri tome ne navodi sastav stručnog tima, kako bi se vidjelo koji su to profili stručnjaka učestvovali u postupku pred centrom u davanju mišljenja.

Kod nekih centara mišljenje daje pravnik, a kod nekih centara direktor ustanove.

Postoje i situacije da centar ima tipski obrazac u kojem se navodi:

Povodom zahtjeva maloljetnog ____ iz ____ kojim traži mišljenje za zaključenje braka sa ____ iz ____ organ starateljstva donio je sljedeći zaključak:

NEMA smetnji da se maloljetnom ____ iz ____ odobri zaključenje braka sa ____ iz ____.

Pri donošenju ovakvog zaključka imalo se u vidu sljedeće:

- maloljetnik ____ želi zasnovati bračnu zajednicu uz saglasnost roditelja,
- socijalno - ekonomski status porodice budućih supružnika je dobar,



- sveukupna psihološka zrelost maloljetnika u skladu je sa njegovom kalendar-skom dobi.

Mišljenje centra uglavnom se svodi na konstatacije da maloljetnik to želi, da je to njegova slobodna volja, da nije pod pritiskom, da su i roditelji saglasni sa tim, pri čemu izostaje stručna ocjena centra o interesu djeteta, o tome da li je to najbolji interes za to dijete, da li je njegov zahtjev opravdan, da li je sposoban odgovoriti zahtjevima i sl.

Ocjena centra da je psihološka zrelost maloljetnika u skladu sa njegovom kaledarskom dobi teško se može prihvatiti kao opravdanje za davanje pozitivnog mišljenja centra.

Ocjena da su stvoreni svi socio - ekonomski uslovi za uspješan brak ne proizilazi iz nalaza, odnosno iz istog se ne vidi koji su to uslovi stvorenici koji opravdavaju brak maloljetnika, posebno uspješan brak.

4. Da li je i u jednom slučaju pokrenut postupak odgovornosti?

Nema informacija o tome da li je i protiv jednog roditelja pokrenut postupak odgovornosti u skladu sa važećim zakonima, mada su takvi postupci pokrenuti protiv lica koja žive u vanbračnoj zajednici sa maloljetnim licem.

5. Koliko godina ima punoljetno lice koje zaključuje brak sa maloljetnikom?

Brak najčešće zaključuju djevojčice i one imaju najčešće 16 godina i samo par dana ili još neki mjesec više.

Brak najčešće zaključuju sa licima koja su 2,3 do 5 godina stariji od njih, ali ima i onih situacija da je razlika u godinama i 10 godina.

6. Kakav je stav roditelja u postupku?

Roditelji su redom saglasni sa zaključivanjem braka.

Najčešće ističu da je njihova kćer sposobna za brak, da je to njen volja i da oni to prihvataju, izražavajući i svoju spremnost da im pomažu.

7. Da li maloljetnik ide u školu ili je istu napustio?

Dajući saglasnost za zaključenje braka, u postupku se najčešće konstatiuje:

- da je maloljetnica napustila školovanje, najčešće srednju školu;
- da je završila samo osnovnu školu, srednju školu nije ni upisala;
- škola se uopšte ne navodi i samo u nekoliko slučajeva se navodi:
- da će školovanje nastaviti u braku.



Okrugli sto održan u Banjaluci 5.10.2010.godine

U namjeri da dođe do stavova stručnjaka prije svega zdavstvenih radnika, ali i drugih institucija koje se u svom radu susreću sa ovo problematikom, Ombudsman za djecu je organizovao stručnu raspravu kojoj su prisustvovali predstavnici Kliničkog centra Banja Luka - ginekolog, psiholog, psihijatar i socijalni radnik, predstavnici Centra za socijalni rad Banja Luka, Gradiška, Prnjavor, Laktaši, Mrkonjić Grad, Čelić, Srbac, Prijedor i Kotor Varoš, predstavnici Javnog fonda zdravstvenog osiguranja, predsjednica Savjeta za djecu Republike Srpske, predstavnici Javnog fonda za dječiju zaštitu, predstavnici Helsinškog parlamenta građana, OSCE, Doma "Rada Vranješević", Ministarstva prosvjete i kulture RS, Ministarstva zdravlja i socijalne zaštite RS, Tehničke škole Banja Luka, Džender centra.

Teme koje su bile uvod u diskusiju:

- Psihološki aspekti djece koja stupaju u bračne i vanbračne zajednice,
doc. dr Nada Letić
- Rane trudnoće, posljedice po zdravlje i psihofizički razvoj,
dr sc. med. Mira Spremo
- Maloljetničke trudnoće,
primarius dr Vladimir Perendija
- Maloljetne porodilje – iskustva u praksi zaštite,
mr Jovanka Vuković
- Problemi i rizici bračnih i vanbračnih zajednica maloljetnika,
mr Nada Grahovac

Prisutni su redom pozdravili inicijativu Ombudsmana za djecu da se o ovom pitanju govori naglašavajući kako problem zahtijeva multidisciplinaran pristup i kako se o problemu i posebno o posljedicama mora otvoreno govoriti kako bi se tražila kvalitetnija rješenja u zaštiti djece po ovom pitanju.

Tema je otvorila čitav niz pitanja, zato je predloženo da razgovori budu nastavljeni, kako bi se svaki od iznesenih problema sagledao iz ugla stručnjaka različitih profila, a sve sa ciljem traženja najboljih rješenja za zaštitu djece i njihovog zdravlja.

Stavovi stručnjaka između ostalog potvrđuju:

- djeca stupaju u brak u vrijeme dok njihov razvoj još uvijek nije završen zato je neophodno aktivnosti usmjeriti u edukativnom pravcu i to u najranijem uzrastu djece,



- svi subjekti zaštite moraju prepoznati važnost ovog problema i porodica, i škola, i zdravstveni sektor i mediji jer rađanje djece, u vremenu dok su još djeca, može biti i ekstremno traumatično i sa vrlo ozbiljnim posljedicama na zdravlje maloljetnice,
- čutanje porodice i škole o temama koje djecu interesuju i koje su sastavni dio njihovog odrastanja dovodi do toga da djeca o pitanjima i problemima o odnosima u vezama informacije dobijaju najčešće od svojih vršnjaka, raznih časopisa ili interneta,
- aktivnosti se moraju usmjeriti u preventivne programe i mjere, jer nedovoljno znanje o prevenciji dovodi do posljedica ne samo po to dijete, već za društvo u cjelini,
- strategija razvoja porodice definisala je uspostavljanje mreže ustanova za podršku porodici, a to su prije svega porodična savjetovališta i savjetovališta za mlade koji bi morali biti adresa na kojoj će i djeca i njihovi roditelji dobiti potrebnu stručnu pomoć u cilju, prije svega, preventivnog djelovanja, ali i onda kad su posljedice već nastupile,
- preventivno djelovanje treba da obezbijede i ciljevi utvrđeni Programom zdravstvene politike i strategije za zdravlje u Republici Srpskoj, koji između ostalog obavezuje na unapređenje zdravlja mladih i zdravog odnosa među polovima,
- neinformisanost ili pogrešna informisanost, nedostatak podrške u porodici i školi djecu dovodi u vrlo teške situacije koje ostavljaju dugotrajne posljedice po njihovo zdravlje,
- sistem dječije zaštite u praksi se, primjenom Zakona o dječijoj zaštiti, suočava sa situacijama kada je vrlo teško odrediti ko je korisnik prava, ko je nosilac prava, a ko ima obavezu za obezbjedenje istog. Takve situacije su i kad dijete koje prima dječiji dodatak postaje i roditelj.
- praćenje maloljetničkih trudnoća i strateško rješavanje ovog problema otežano je zbog činjenice da je realan broj maloljetničkih trudnoća nepoznat jer je nepoznat realan broj namjernih prekida trudnoće kod maloljetnica,
- nedostatak podrške majci koja rađanjem djeteta u vrijeme dok je i sama dijete bude odbačena i ostaje bez podrške i zaštite i porodice i sredine u kojoj živi,
- nedovoljna povezanost i saradnja svih subjekata zaštite prije svega u preventivnom djelovanju.



Imajući u vidu da:

Rani brakovi djece, a rani su svi prije njihovog punoljetstva, dovode do povrede osnovnih prava djece, prije svega prava na nesmetan psihofizički razvoj, njihovog prava na zaštitu zdravlja i prava na obrazovanje.

Rađajući djecu dok su i sami još djeca, oni se u startu suočavaju sa onim životnim situacijama za koje nisu pripremljeni, a vrlo često djeca iz tih brakova odrastaju u uslovima koji ne osiguravaju njihov pravilan rast i razvoj.

Zato je neophodno:

- učenje djece o njihovom zdravlju mora biti dio obrazovnog sistema i to od najranijeg uzrasta djece, prilagođeno njihovom uzrastu i njihovim potrebama,
- razvijati postojeće obrazovne programe i vršnjačke edukacije o seksualnom i reproduktivnom zdravlju, dobar primjer je rad studenata Medicinskog fakulteta koji vrše edukaciju u školama,
- obezbijediti da se u svim situacijama kada postoje saznanja da dijete živi u vanbračnoj zajednici, preduzmu sve potrebne mjere radi zaštite djeteta i o tome odmah obavijesti nadležni centar za socijalni rad, a škola u tome ima posebnu obavezu i odgovornost,
- centar za socijalni rad je obavezan preduzeti sve potrebne mjere u skladu sa zakonom, kada ima saznanja da dijete živi u vanbračnoj zajednici.

Kao organ starateljstva koji štiti interes djeteta, centar za socijalni rad u postupku davanja mišljenja, mora u svakom konkretnom slučaju utvrditi šta je najbolji interes za to dijete.

To zahtijeva da centar, imajući u vidu mišljenje djeteta i stav roditelja, svoje mišljenje zasniva na stručnoj ocjeni svog stručnog tima koje mora biti obrazloženo. Mišljenje centra nikako ne mogu biti samo već poznate konstatacije o tome kakav je stav maloljetnika i roditelja. Pored mišljenja učesnika u postupku, mišljenje centra mora jasno da kaže i kakav je nalaz i ocjena stručnog tima koji mišljenje treba i da potpiše.

- obezbijediti da nalaz i mišljenje zdravstvene ustanove o tome da je maloljetno lice duševno i tjelesno sposobno za vršenje prava i dužnosti koje proizilaze iz braka daje zdravstvena ustanova nadležna za nalaze ove vrste,
- radi privremenog zbrinjavanja maloljetne trudnice i majke sa djetetom u situacijama kada su odnosi u porodici do te mjere poremećeni da nije prihvaćena u



sredini u kojoj živi, neophodno je u odgovarajućoj ustanovi stvoriti uslove za privremeni smještaj ovih maloljetnica,

- obezbijediti uspostavljanje mreže ustanova i servisa za podršku porodici u skladu sa Strategijom razvoja porodice,
- obezbijediti nadzor nad primjenom Zakona o uslovima i postupku za prekid trudnoće, s obzirom da broj maloljetničkih trudnoća nije poznat upravo iz razloga nepoznavanja broja namjernih prekida trudnoće kod maloljetnice, te obezbijediti adekvatnu evidenciju maloljetničkih trudnoća.

Ombudsman za djecu

mr Nada Grahovac



ZAKLJUČCI

sa stručne rasprave održane u Banjaluci 05. oktobra 2010. godine
"Problemi i rizici djece koja zasnivaju bračne i vanbračne zajednice"

1. U najranijem uzrastu djece aktivnosti se moraju usmjeriti u edukativnom pravcu, jer oni su samo djeca čiji razvoj nije završen.
2. Vrlo je važno da svi faktori prepoznaju ozbiljnost problema, te da svi ostvare potrebnu saradnju, i porodica i škola i mediji, jer ono što može biti ekstremno traumatično u svim ovim zajednicama je to što djeca rađaju djecu.
3. Odgovorno roditeljstvo je pitanje kojim se mora baviti više institucija, veliki problem predstavlja nedovoljna saradnja roditelja i škole o svim pitanjima koja se tiču djece i u tom dijelu se moraju tražiti rješenja koja će omogućiti i obavezati na stalnu i stvarnu saradnju u interesu djece.
4. Obrazovni sistem nije prepoznao seksualno obrazovanje kao poseban predmet, o tim pitanjima djeca dobijaju znanje uz druge predmete, ali to nije dovoljno, učenje djece o njihovom zdravlju moralo bi biti dio obrazovnog sistema od najranijeg uzrasta djece.
5. Programe i sadržaje rada odjeljenskih zajednica treba prilagoditi potrebama djece i njihovom učenju o temama za koje su zainteresovani.
6. Potrebno je raditi na uspostavljanju edukativnih programa za djecu i jačanju postojećih; dobar primjer je edukacija koju u jednom broju škola obavljaju studenti medicine.
7. Neinformisanost ili pogrešna informisanost, nedostatak podrške u porodici, školi, neadekvatna primjena Zakona o prekidu trudnoće i neadekvatno vođenje evidencija o prekidima trudnoće kod maloljetnika za posljedicu ima da realan broj maloljetničkih trudnoća nije poznat kao ni realan broj namjernih prekida trudnoće kod maloljetnica.
8. Neophodna je sistemska podrška djeci iz maloljetničkih brakova, ali i samim roditeljima koji su maloljetni, jer je vrlo često u tim situacijama teško definisati po kojem osnovu ko od njih ostvaruje koje pravo.
9. Zakoni koji uređuju ovu materiju treba da prepoznaju maloljetnu majku, kako bi joj se omogućila pomoći i privremeno zbrinjavanje u situaciji kada su odnosi u porodici u toj mjeri poremećeni da nije prihvaćena u sredini u kojoj živi.
10. Bolnica ne vodi posebnu evidenciju maloljetnih porodilja, već se one evidentiraju kao i sve druge, i o tome ne obavještava centar za socijalni rad u svim situacijama.



11. Dom "Rada Vranješević" nema iskustva sa ovim problemom u ustanovi, ali su saglasni da je problem prisutan i da na njemu treba raditi i da i djeca koja su smještena u instituciji moraju od najranijeg uzrasta učiti i o ovim pitanjima.
12. Posljedice neodgovornog ponašanja roditelja ne treba da snose djeca, npr. u slučaju kada se majka neredovno prijavljuje zavodu za zapošljavanje dijete ne može ostvariti pravo na zdravstvenu zaštitu.
13. Maloljetnici bi prije nego što dobiju saglasnost za zaključenje braka morali proći određenu edukaciju o svim pitanjima bračne zajednice.
14. U skladu sa Strategijom razvoja porodice moraju se uspostaviti odgovarajuće ustanove, savjetovališta za porodicu koja bi uključila i savjetovalište za mlade.
15. Nedostatak institucija koje se bave adolescentima.
16. Pozdravljenja je inicijativa da se o ovom problemu otvoreno govori te predloženo, s obzirom da je rasprava otvorila veliki broj pitanja, da se razgovori o ovom problemu nastave ali sa konkretnim pitanjima i problemima kako bi se svakom od njih posvetila dužna pažnja.

Fotografije sa održanog Okruglog stola "Problemi i rizici djece koja zasnivaju bračne i vanbračne zajednice"



Spisak učesnika okruglog stola
„Problemi i rizici djece koja zasnivaju bračne i vanbračne zajednice“

Broj	Institucije i organizacije	Ime i prezime
1.	Klinički centar Banja Luka	Primarijus dr Vladimir Perendija
2.	Klinički centar Banja Luka	Doc. dr Nada Letić, psiholog
3.	Klinički centar Banja Luka	Dr sc. Mira Spremo
4.	Savjet za djecu RS	Mr Jovanka Vuković, predsjednik Savjeta za djecu RS
5.	Klinički centar Banja Luka	Vojo Rakita, socijalni radnik u Kliničkom centru
6.	Tehnička škola Banja Luka	Tatjana Šmitran, psiholog
7.	Ministarstvo prosvjete i kulture RS	Slavica Kuprešanin, načelnik Odjeljenja za srednje obrazovanje u Ministarstvu prosvjete i kulture RS
8.	Centar za socijalni rad Banja Luka	Violeta Rožić, psiholog Sanja Maletić, službenik za informisanje
9.	Centar za socijalni rad Gradiška	Ružica Karakaš, socijalni radnik
10.	Centar za socijalni rad Čelinac	Željka Stevanović, psiholog i Jelena Danojević, socijalni radnik
11.	Centar za socijalni rad Srbac	Milan Romić, socijalni radnik
12.	Centar za socijalni rad Laktaši	Ana Delić - Papić, psiholog i Daliborka Čičić, socijalni radnik
13.	Džender centar - Centar za jednakost i ravnopravnost polova	Aleksandra Petrović
14.	Helsinški parlament građana	Tanja Slijepac Stanislava Ninković
15.	Fond zdravstvenog osiguranja RS	dr Branislav Lolić Daniela Telebak, viši stručni saradnik za primarnu ZZ

Broj	Institucije i organizacije	Ime i prezime
16.	Dom "Rada Vranješević"	Svetlana Blagojević, direktor Doma "Rada Vranješević" Vinka Belenzada, pedagog Miodrag Šatara, vaspitač
17.	OSCE	Igor Ličina Valerija Tišma
18.	Centar za socijalni rad Kotor Varoš	Aleksandra Smiljić, socijani radnik
19.	Centar za socijalni rad Prnjavor	Dragana Kovljanić, psiholog
20.	Centar za socijalni rad Mrkonjić Grad	Zoran Bjelajac, pedagog Milan Vujičić, psiholog
21.	Centar za socijalni rad Prijedor	Ljubica Miličević, pomoćnik direktora, Centra za socijalni rad Prijedor
22.	Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite RS	Pavle Paunić, viši stručni saradnik

CIP - Каталогизација у публикацији
Народна и универзитетска библиотека
Републике Српске, Бања Лука

347.622-053.6(082)

ПРОБЛЕМИ и ризиди

Problemi i rizici maloljetničkih brakova /
[urednica Andraea Stanković]. - Banja Luka :
Ombudsman za djece Republike Srpske, 2010 (Banja
Luka : Grafopapir). - 85 str. : ilustr. ; 25 cm

Tiraž 100. - Napomene i bibliografske reference uz
tekst.

ISBN 978-99955-687-1-9

1. Омбудсман за дјецу Републике Српске (Бања
Лука)

COBISS.BH-ID 1976856

ISBN 978-99955-687-1-9



Bana Milosavljevića 8
78 000 Banja Luka, Republika Srpska, BiH
Tel: (+387 51) 222 420, 221 990, Faks: (+387 51) 213 332
E-mail: info@djeca.rs.ba, www.djeca.rs.ba