

Sestrinska skrb u zajednici kod maloljetničke trudnoće

Varžić, Nina

Undergraduate thesis / Završni rad

2015

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:236683>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-27**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 645/SS/2015

Sestrinska skrb u zajednici kod maloljetničke trudnoće

Varžić Nina 4041/601

Varaždin, studeni 2015. godine



**Sveučilište
Sjever**

Odjel za biomedicinske znanosti

Završni rad br. 645/SS/2015

Sestrinska skrb u zajednici kod maloljetničke trudnoće

Student

Varžić, Nina 4041/601

Mentor

Vesna Sertić, dipl.medicinska sestra

Varaždin, studeni 2015. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za biomedicinske znanosti		
PRISTUPNIK	Nina Varžić	MATIČNI BROJ	4041/601
DATUM	20.09.2015.	KOLEGIJ	Zdravstvena njega u zajednici
NASLOV RADA	Sestrinska skrb u zajednici kod maloljetničke trudnoće		
MENTOR	Vesna Sertić, dipl. ms	ZVANJE	predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. Ivana Živoder, predsjednik		
	2. Jurica Veronek, član		
	3. Vesna Sertić, dipl. ms - mentor		
	4. Damir Poljak- zamjenski član		
	5. _____		

Zadatak završnog rada

BROJ

OPIS

Planiranje obitelji je svjesno i slobodno odlučivanje žene i muškarca o najpovoljnijem vremenu za roditeljstvo, o rađanju željenog broja djece, te o vremenu i razmaku između porođaja. Planiranje obitelji isključuje neželjene trudnoće. Medicinska sestra/tehničar u zajednici ima važnu ulogu u promicanju reproduktivnog zdravlja, zdravstvenom odgoju i prosvječavanju u svrhu odgovornog spolnog ponašanja i prevenciji maloljetničkih trudnoća.

U radu je potrebno:

1. Upoznati sa posljedicama rizičnog spolnog ponašanja adolescenata
2. Prikazati sestrinsku skrb tijekom maloljetničke trudnoće
3. Ukazati na važnost edukacije o reproduktivskom zdravlju
4. Citirati korištenu literaturu

ZADATAK URUČEN

POTPIS MENTORA

Predgovor

Ovaj rad je napisan kao završni rad na studiju Sestrinstva na Sveučilištu Sjever.

Zahvaljujem mentorici Vesni Sertić, dipl.med.techn. na podršci, uputama i stručnim savjetima pri izradi završnog rada.

Zahvaljujem dipl.med techn. Jurici Veroneku i dipl.med.techn. Ivani Živoder koji su odvojili svoje vrijeme kako bi bili članovi komisije pri obrani mog završnog rada.

Zahvaljujem Ginekološkoj ambulanti Doma zdravlja Valpovo, ginekološkoj ambulanti Doma zdravlja Belišće, pedijatrijskoj ambulanti Doma zdravlja Belišće, te Patronažnoj službi Doma zdravlja Belišće, posebice Ljiljani Vurdelji, bacc.med.techn na stručnim savjetima i informacijama.

Zahvaljujem mojoj glavnoj sestri Ljubici Kirner, bacc.med.tech. na velikoj podršci, razumijevanju tijekom školovanja i što je uvijek čvrsto stajala uz mene.

Ovim putem želim se zahvaliti cijeloj svojoj obitelji na moralnoj podršci tijekom školovanja, a posebice mojim roditeljima i bratu.

Sažetak

Reproduktivno zdravlje je stanje potpunog psihičkog, fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja u svemu što se odnosi na reproduktivni sistem, a ne samo odsutstvo bolesti i nesposobnosti.

Planiranje obitelji je svjesno i slobodno odlučivanje žene i muškarca o najpovoljnijem vremenu za roditeljstvo, o rađanju željenog broja djece, te o vremenu i razmaku između porođaja.

Spriječavanje zanošenja tj. kontracepcija je bitna mjera u planiranju obitelji i zaštiti reproduktivnog zdravlja. To su svi oni postupci kojima se, primjenom raznih metoda i sredstava sprječava trudnoća.

Pubertet je fiziološko razdoblje čovjekova života, vrijeme fizičkog sazrijevanja u kojem dječaci i djevojčice prolaze promjene čiji je rezultat tijelo sposobno za reprodukciju. Pubertet završava stjecanjem spolne zrelosti i sposobnosti reprodukcije.

Adolescencija je za razliku od puberteta vrijeme kognitivnih, intelektualnih, socijalnih i emocionalnih promjena. Ovo je vrijeme formiranja mentalnog života, razvijanje osobnosti, kristalizacija stavova, razvijanja apstraktnog mišljenja.

Posljednjih godina zabilježava se ranija spolna zrelost i sekundarne spolne osobine, te zbog toga današnje mlade djevojke već poprimaju dimenzije odraslih žena prije nego prijašnjih godina.

Maloljetničke trudnoće najčešće su neplanirane i neželjene, te kao takve zahtijevaju poseban tretman. Kao prvo, veliku važnost ima psihička priprema adolescentne trudnice, a pošto su maloljetničke trudnoće i visokorizične potreban je i visok stupanj kontrole kako bi se takva trudnoća održala.

Maloljetne trudnice se dijele na tri skupine, a to su : infantilne, mlađe maloljetne trudnice i starije maloljetne trudnice.

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) godišnje se porodi oko šesnaest milijuna djevojaka u dobi od 15 do 19 godina, te oko dva milijuna djevojaka mlađih od 15 godina.

Tijekom posljednje tri godine u Hrvatskoj je rodilo 5237 djevojaka u dobi od 14 do 19 godina.

Ključne riječi: maloljetnička trudnoća, pubertet, adolescencija, planiranje, reprodukcija

Popis korištenih kratica

WHO – World Health Organization

HIV – virus humane imunodeficijencije

HPV – humani papiloma virus

AIDS – sindrom stečene imunodeficijencije (SIDA)

TG – tjedan gestacije

RM – rodna masa

OG – opseg glave

AS – apgar score

KBC – klinički bolnički centar

MFK – maksilofacijalna kirurgija

RR – krvni tlak

TT – tjelesna težina

UZV – ultrazvuk

EPH – edem-proteinurija-hipertenzija

Sadržaj

1. Uvod.....	1
1.1. Reproktivno zdravlje	2
1.2. Planiranje obitelji	2
1.3. Sprječavanje zanošenja - kontracepcija.....	3
1.4. Spolno prenosive bolesti	5
1.5. Anatomija zdjelice.....	7
1.5.1. Razlike u anatomiji zdjelice djevojčice i odrasle žene.....	7
2. Maloljetnička trudnoća	Error! Bookmark not defined.
2.1. Pubertet i adolescencija	9
2.2. Adolescentna seksualnost.....	10
2.3. Trudnoća i porođaj u adolescenciji	11
2.4. Prekidi trudnoće u adolescenciji	12
2.5. Pravni i institucijski okvir	14
2.6. Pojavnost i karakteristike maloljetničke trudnoće u svijetu.....	15
2.7. Pojavnost i karakteristike maloljetničke trudnoće na području Republike Hrvatske..	16
3. Prikaz slučaja	17
3.1. Sestrinske dijagnoze	18
3.2. Planovi zdravstvene njege	19
4. Rasprava.....	23
5. Zaključak.....	25
6. Literatura.....	26

1. Uvod

Kako radim u ginekološkoj ambulanti Doma zdravlja Valpovo, za završni rad sam, uz pomoć mentorice odlučila obraditi problem maloljetničke trudnoće. Kako na našem terenu ima dvije ginekološke ambulante, tijekom godišnjih odmora mijenjamo jedni druge, zainteresirala me jedna maloljetna trudnica iz susjedne ambulante koja je do svoje 16.godine imala dva spontana pobačaja i jednu trudnoću koja je završila preranim porodom, carskim rezom, a sada je ta djevojčica bila ponovno trudna. Djevojka je do svoje 18.godine imala šest trudnoća.

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (WHO), godišnje se porodi oko šesnaest milijuna djevojaka u dobi od 15 do 19 godina, te oko dva milijuna djevojaka mlađih od 15 godina. U slabije razvijenim zemljama vodeći uzrok smrtnosti među djevojkama od 15 do 19 godina upravo su komplikacije maloljetničkih trudnoća ili poroda.

Pišući ovaj rad htjela sam ukazati na opsežnost zadatka i veliku odgovornost, koji pred medicinsku sestru stavljaju potrebu za stalnom edukacijom i stručnim napredovanjem, a sve u svrhu postizanja maksimalne kvalitete zdravstvene njege pacijentica u stanju maloljetne trudnoće.

Zdravstveni odgoj, razgovor o tjelesnim promjenama, seksualnim odnosima, o kontracepciji i u ovo suvremeno vrijeme su tabu teme na našim prostorima. Pretjerano zaštitnički nastrojeni roditelji pokušavaju izbjeći ovakve teme, misleći da su njihova djeca nespremna za takve razgovore, no upravo suprotno. U suvremeno se doba može reći da je sve ubrzano, pa čak i rast i razvoj djece. Današnja djeca poprimaju tjelesne osobine odraslih osoba dosta brže u odnosu na ranija vremena. Adolescenti sve ranije postaju reproduktivno zreli, i vrlo često se dešava da budu izloženi krivim informacijama, da se na upite za svoja normalna, radoznala, mladenačka pitanja javljaju krivim i nestručnim osobama ili vršnjacima, gdje zasigurno neće dobiti točne informacije. Kao posljedica loše informiranosti i nedovoljne edukacije dolazi do pojave maloljetničke trudnoće i spolno-prenosivih bolesti u adolescenata. Maloljetne trudnoće su ponajviše neplanirane i visokorizične, te za mladi i nedovoljno razvijeni organizam predstavljaju potencijalnu opasnost.

1.1. Reproduktivno zdravlje

Reproduktivno zdravlje je sposobnost ljudi za reprodukciju, roditeljstvo i zdravo potomstvo.

Reproduktivno zdravlje je stanje potpunog psihičkog, fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja u svemu što se odnosi na reproduktivni sistem, a ne samo odsutstvo bolesti i nesposobnosti.(1997., WHO)[1]

Reproduktivno zdravlje uz odsutnost bolesti uključuje:[1]

- Sposobnost ljudi za reprodukciju, roditeljstvo i zdravo potomstvo
- Odgovoran, zadovoljavajući i zdrav spolni život
- Slobodno odlučivanje pojedinca želi li imati djece, kada i koliko
- Informiranost i dostupnost sigurnosnih učinkovitih kontracepcijskih sredstava
- Slobodu od spolnog nasilja i prisile
- Korištenje i dostupnost odgovarajućih zdravstvenih službi

Pravo na reproduktivno zdravlje je dio općih ljudskih prava. Reprodukcijsko zdravlje donosi velike prednosti pojedincima, obiteljima i zajednici u cjelini. Zdravlje reprodukcijskog sustava nužan je preduvjet rađanja zdravog potomstva. Mjere zdravstvene zaštite u odnosu na reprodukcijsko zdravlje uključuju prevenciju, dijagnostiku, liječenje i zdravstveni odgoj.

Glavne odrednice zaštite reproduktivnog zdravlja se odnose na:[1]

- Edukaciju o spolnosti i reprodukciji
- Savjetovanje o planiranju obitelji i primjeni kontracepcije
- Zdravstvenu zaštitu tijekom trudnoće, porođaja i nakon porođaja
- Prevenciju i liječenje neplodnosti
- Dijagnostiku i liječenje bolesti reproduktivnog sustava, hormonskih poremećaja i malignih bolesti
- Dijagnostiku i liječenje spolno prenosivih bolesti
- Prekid trudnoće uz prevenciju i tretman posljedica
- Prevenciju spolnog zlostavljanja i skrb o žrtvama

1.2. Planiranje obitelji

Planiranje obitelji je svjesno i slobodno odlučivanje žene i muškarca o najpovoljnijem vremenu za roditeljstvo, o rađanju željenog broja djece, te o vremenu i razmaku između porođaja. Planiranje obitelji jedno je od osnovnih ljudskih prava i sloboda. Cilj planiranja obitelji

je rađanje željene i zdrave djece, te odgovorno i svjesno roditeljstvo. Planiranje obitelji isključuje neželjene trudnoće i porođaje. [1]

Planiranje obitelji ima veliko značenje u unapređenju i održavanju zdravlja, žene i djeteta:

- Planiranje obitelji omogućuje da se svaka trudnoća i porođaj odvijaju u optimalno vrijeme s obzirom na zdravstveno stanje žene. Na taj način se sprječava prerana i prekasna trudnoća, a time se pak izbjegavaju zdravstveni rizici za majku i plod.
- Planiranje obitelji omogućava majci da odredi razmak između trudnoća. Preporučuje se da razmak između dvaju uzastopnih trudnoća i porođaja bude najmanje dvije godine. Smatra se visokorizičnom trudnoća koja je uslijedila razmakom manjim od jedne godine.
- Planiranje obitelji omogućava paru da spriječe trudnoću ako imaju veći broj djece ili ne žele više imati djece. Roditelje treba upozoriti da peta i svaka daljnja trudnoća povećavaju zdravstvene rizike za plod i majku.[1]

Postoje mnogi problemi i nedoumice glede planiranja obitelji i primjene kontracepcijskih metoda i sredstava.[1]

Spolno ponašanje pojedinca, stavovi o planiranju obitelji i kontracepciji i praktična primjena pojedinih postupaka planiranja i kontracepcije, određeni su: odgojem, sredinom, razinom obrazovanja, religijskim uvjerenjima i brojnim drugim čimbenicima.[1]

Na razini zajednice odnos prema planiranju obitelji i natalitetnoj politici uglavnom je pod utjecajem društvenih, političkih i ekonomskih prilika, te demografske situacije. Naravno da treba poštivati svačije pravo na izbor vlastitog načina života, ali isto tako treba istaknuti da niti jedna zajednica, niti narod ne mogu prihvatiti planiranje svog odumiranja odnosno kritičnog pada nataliteta.[1]

1.3. Sprječavanje zanošenja - kontracepcija

Sprječavanje zanošenja tj. kontracepcija je bitna mjera u planiranju obitelji i zaštiti reproduktivnog zdravlja. To su svi oni postupci kojima se, primjenom raznih metoda i sredstava sprječava trudnoća.[1]

Razlozi za kontracepciju mogu biti:[1]

- Osobne želje, stavovi i vrijednosti
- Zdravstveni razlozi (nasljedne bolesti, HIV infekcija)
- Socijalni i ekonomski razlozi (loš ekonomski status, neriješena egzistencija, zaposlenost žene, loša skrb o djeci...)

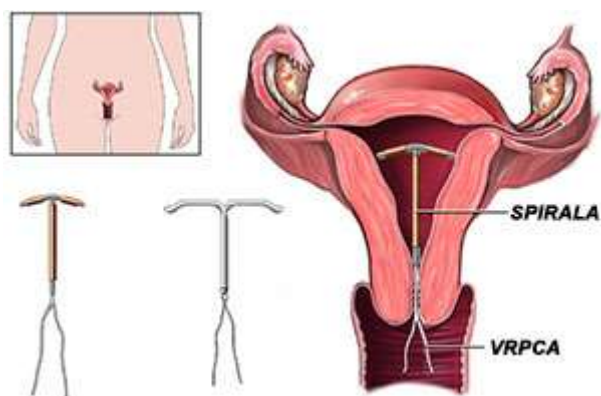
Postoje različite prihvatljive i djelotvorne metode i sredstva kontracepcije. Koju će metodu ili sredstvo odabrati par za najprihvatljiviji način sprječavanja trudnoće zavisi od brojnih čimbenika među kojima bitnu ulogu ima dobra informiranost. Ako je par dobro upoznat sa prednostima i nedostacima pojedinih metoda, oni mogu odabrati metodu koja najviše odgovara njihovom načinu života. Pri odabiru se također razmatraju drugi elementi, kao što su: cijena, dob, prihvatljivost, dostupnost, trajnost, potrebe, smanjenje zaštite i sl.

Prema načinu djelovanja, kontracepcijske metode i sredstva mogu biti:[1]

- Mehanička sredstva
- Kemijska sredstva
- Hormonalne metode
- Maternični ulošci
- Kirurške metode
- Prirodne metode
- Prekinuti odnos
- Postkoitalna zaštita

SREDSTVO	ZAŠTITA OD TRUDNOĆE	ZAŠTITA OD SPOLNO PRENOSIVIH INFEKCIJA	STOPA NEUSPJEHA
Prezervativ	Vrlo dobra zaštita	Vrlo dobra zaštita	2-12 %
Femidom-ženski prezervativ	Vrlo dobra zaštita	Vrlo dobra zaštita	2-12 %
Dijafragma	Dobra zaštita	Djelomična zaštita	6-18 %
Spermicidi	Loša zaštita	Djelomice štiti ako sadrži nonoxynol-9	6-21 %
Hormonalna terapija-pilule	Visoka djelotvornost	Ne štiti	0.1-10 %
Maternični uložak	Visoka zaštita	Ne štiti	0.5-1 %
Prenikuti snošaj	Niska djelotvornost	Ne štiti	1-18 %
Sterilizacija	Iznimna djelotvornost	Ne štiti	0.1-0.4 %
Prirodne metode	Niska djelotvornost	Ne štiti	9-20 %
Hormonske injekcije	Iznimna djelotvornost	Ne štiti	0.1-1 %
Hormonski implantati	Iznimna djelotvornost	Ne štiti	0.1-1 %

Tablica 1.3.1. /Kontracepcijska sredstva i metode te njihov stupanj učinkovitosti u zaštiti od trudnoće i krvlju prenosivih infekata/



Slika 1.3.1. Maternični uložak, Izvor: <http://poliklinika-ginecej.hr/wp-content/uploads/2015/04/adenomioza2.jpg>



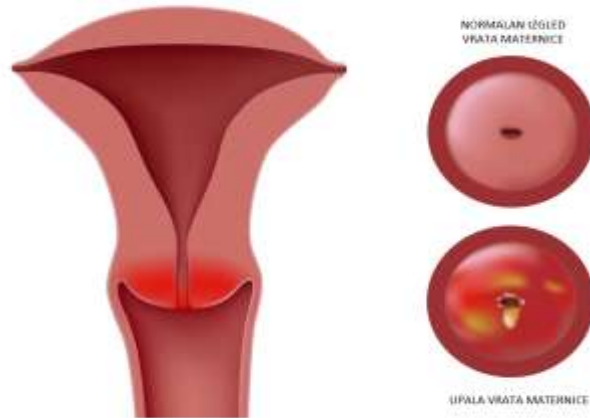
Slika 1.3.2. Hormonska kontracepcija-pilule, Izvor: http://www.rxvietnamstore.com/product_images/k/909/Lindynette4__05543_std.jpg

1.4. Spolno prenosive bolesti

Spolno prenosive bolesti se prenose spolnim kontaktom (vaginalnim, oralnim, analnim) sa zaražene na zdravu osobu. Mladi su u posebnom riziku jer prerano stupaju u spolni život, često mijenjaju partnere i lako stupaju u seksualne odnose, te pritom ne koriste zaštitu. Nemaju potpune informacije o seksualnoj povijesti partnera, niti dovoljno znanja o spolno prenosivim bolestima. Budući da se spolno prenosive bolesti obično razvijaju pritajeno, s dugim fazama bez simptoma, nosioci bolesti najčešće nesvjesno prenose infekciju na druge osobe.[2, 4] U spolno prenosive bolesti spadaju:

- Klamidija
- Gonoreja
- HIV infekcija
- Sindrom stečene imunodeficijencije - AIDS

- HPV infekcija
- Druga stanja koja ne moraju biti direktno povezana sa promiskuitetom.



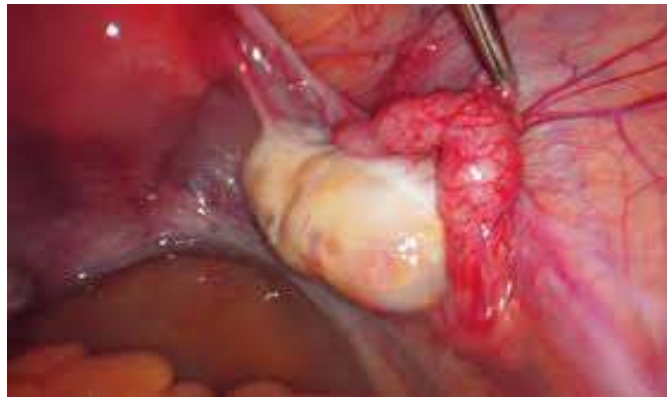
Slika 1.4.1. Izgled i iscjedak iz grla maternice uzrokovan Chlamydiom trachomatis, Izvor: http://nethealthbook.com/wp-content/uploads/2014/10/shutterstock_127210820.jpg



Slika 1.4.2. Grlo maternice zahvaćeno HPV virusom, Izvor: http://www.millaklinika.rs/images/hpv_v.png



Slika 1.4.3. Šiljasti kondilom, Izvor: <http://www.healthwatchcenter.com/wp-content/uploads/2007/09/hpv.jpg>



Slika 1.4.4. Zdjelična upalna bolest uzrokovana *Neisseriom gonorrhoeom*, Izvor: <http://www.tvoy-venero log.ru/wp-content/uploads/2012/03/gonoreja-zhenshina.jpg>

Kondomi/prezervativi za žene i muškarce

Koje su njihove glavne prednosti?

- Potrebni su samo za vrijeme snošaja
- Mogu zaštititi oba partnera od spolno prenosivih bolesti, uključujući HIV
- Nemaju nuspojava (premda neke osobe mogu biti alergične na lateks)
- Lako su dostupni i raznovrsni s obzirom na marku, glatkoću/hrapavost i veličinu

Koji su njihovi glavni nedostaci?

- Katkada njihova primjena dovede do prekida snošaja
- Mogu se raspasti ili skliznuti
- Nakon ejakulacije valja s njima pažljivo postupati
- Ne ubrajaju se u najsigurnije metode za sprječavanje neplanirane trudnoće

Slika 1.4.5. Glavne prednosti i nedostaci prezervativa, Izvor: <http://image.slidesharecdn.com/14kontracepcija-120410074159-phpapp02/95/14-kontracepcija-5-728.jpg?cb=1334044862>

1.5. Anatomija zdjelice

Zdjelica, pelvis, je koštani obruč kojeg tvore križna kost, os sacrum, trtična kost, os coccygis, te lijeva i desna zdjelična kost, os coxae. Postoje velika i mala zdjelica, pelvis major et pelvis minor. Granica im je zdjelična pruga, linea terminalis. Graničnu prugu naprijed i medijalno pa lateralnije i straga čine pecten ossis pubis, linea arcuata, pars sacralis lineae terminalis, u razini prvog sakralnog kralješka, i uz to sve, prugu čini i promontorij.[5]

1.5.1. Razlike u anatomiji zdjelice djevojčice i odrasle žene

Vrlo je jasna činjenica kako anatomija i fiziologija ženskog tijela u razdoblju od prve menstruacije do potpunog razvoja žene nisu idealne te da je žensko tijelo u razvoju. To

potvrđuje i pretpostavku da to nije idealno vrijeme trudnoće i porođaja. Valja naglasiti koje se anatomske-fiziološke promjene odvijaju u tijelu u tom periodu.[5]

Dijete raste u maternici i rađa se kroz zdjelicu. Zdjelica odrasle žene je točno onakvog oblika koji odgovara prolasku djeteta kroz porođajni kanal. Ako se zdjelica odrasle žene pogleda odozgora prema dolje, na njenom se dnu uočava ovalna forma koja izgleda poput glave djeteta. Za razliku od toga, širina zdjelice djevojčice ili djevojke u razvoju, nije idealna za prolazak djeteta kroz nju. To može uzrokovati nastanak porođajnih komplikacija za majku i dijete. Bez obzira što su ligamenti i hrskavični spojevi u zdjelici kod odrasle žene nešto čvršći no kod djevojčica, dovoljna količina hormona relaksina koji se u završnim fazama trudnoće otpušta u krv, omogućuje finu fleksibilnost zdjeličnog obruča kroz kojeg dijete izlazi porođajnim kanalom. U korelaciji s tim, valja naglasiti kako tijelo nezrele osobe proizvodi puno manju koncentraciju ovog hormona pa prema tome, tijelo odrasle osobe pod djelovanjem ovog hormona ima izuzetno bolju prognozu za majku i dijete. Osim toga, sfinkteri koji se nalaze u pelvičnom području su puno razvijeniji kod odrasle žene i jasnije „slušaju“ tijelo, odrađivajući pritom svoje funkcije fiziološki.[5, 6]



Slika 1.5.1. Četrdeseti tjedan trudnoće, Izvor: <http://www.trudnoca.hr/wp-content/uploads/2012/11/40.jpg>

2. Maloljetnička trudnoća

2.1. Pubertet i adolescencija

Pubertet je fiziološko razdoblje čovjekova života, vrijeme fizičkog sazrijevanja u kojem dječaci i djevojčice prolaze promjene čiji je rezultat tijelo sposobno za reprodukciju. Pubertet završava stjecanjem spolne zrelosti i sposobnosti reprodukcije.

Promjene u razini hormona stimuliraju fizičke i emocionalne promjene. Pod utjecajem hipofize se aktiviraju hormon rasta i spolni hormon, u djevojčica estrogen i progesteron, a u dječaka testosteron te signaliziraju tijelu da je spremno za sazrijevanje.

U pubertetu se događaju mnogobrojne promjene, a ističe se ubrzanje somatskog rasta i razvoja, dozrijevanje spolnih žlijezda i razvoj sekundarnih spolnih osobina.

Većina navedenih promjena nastaje pod utjecajem hormona. Početak puberteta je vremenski vrlo različit, ali se spušta prema mlađim dobnim skupinama. Donja granica pojave puberteta je u djevojčica sa 10 godina, a za dječake 12 godina. Nagli rast djevojčica započinje oko 11. godine, a u dječaka između 13. i 15. godine života. Spolne promjene koje se očituju kod djevojčica su rast i širenje zdjelice, razvijanje dojki, rast maternice, rodnice, stidnih usana te stidnih dlaka. Spolne promjene u dječaka pak uključuju rast mošnjaci i testisa, rast penisa, rast stidnih dlaka te rast sjemene vrećice i prostate, a rast dlaka na licu i u aksilarnoj jami počinje oko dvije godine nakon stidnih dlaka. Kod djevojaka se pojavljuje prva menstruacija. Kod dječaka dolazi do pojave prvih erekcija i ejakulacija te pojave polucija, te time postaju sposobni za spolnu reprodukciju.[7]

Adolescencija je za razliku od puberteta vrijeme kognitivnih, intelektualnih, socijalnih i emocionalnih promjena. Ovo je vrijeme formiranja mentalnog života, razvijanje osobnosti, kristalizacija stavova, razvijanja apstraktnog mišljenja. Adolescenti u potrazi za svojim „odraslim ja“ odbijaju autoritete, iskušavaju granice, psihički se adaptiraju na sve tjelesne promjene koje su u tijeku. Adolescent treba napustiti sigurno gnijezdo djetinjstva te poletjeti u svijet odraslih.

To je vrijeme samoodgoja, vrijeme kada je adolescent usredotočen na samoga sebe, tjelesne, spolne i psihičke promjene koje mu se dešavaju. U razdoblju puberteta i adolescencije, osim bioloških osobina za svakog mladog čovjeka, jako je važno da u tom razdoblju stekne psihosocijalne kvalitete kao što su: neovisnost od roditelja, izgradnja vlastitih moralnih kvaliteta i pravila, sposobnost suočavanja s problemima odraslih, te sposobnost donošenja pravih odluka. Adolescent je izložen velikom utjecaju medija, prijatelja, obitelji, suprotnog spola i naravno pod

utjecajem hormona koji „divljaju“ tijelom. Jednako tako iskušavaju granice, konflikti sa roditeljima su veći, odbijaju pravila i ograničenja, nerijetko se izlažu rizičnim ponašanjima, te radi popularnosti u društvu dolazi do prve uporabe duhana, alkohola, droga i stupanja u prerane i nezaštićene seksualne odnose. Upravo radi toga je vrlo važno da svaki adolescent nauči vladati svojim tijelom, svojim umom i da zna postaviti granice u odnosima s okolinom.[8]

2.2. Adolescentna seksualnost

Adolescentna seksualnost je vrijeme formiranja spolne uloge i stavova o seksualnosti, te je važan dio formiranja identiteta.

Ovo je razdoblje kada adolescent u svojoj prirodnoj potrebi pokušava izaći iz čahure djetinjstva i osloboditi se svake nezrelosti i ovisnosti o drugima, te izgraditi svoju odraslu osobnost uz koju ide i odrasla seksualnost.

Ljudska bića se kontinuirano mijenjaju u biološkom smislu.

Ranija pojava puberteta i spolne zrelosti, suvremeni svijet, vrijeme kada živimo u boljim higijenskim i zdravstvenim uvjetima razlog su tome da adolescenti prije razviju svoju seksualnost nego intelektualnu zrelost. [9]

Prije sto godina problem maloljetničkih trudnoća se nije pojavljivao u sadašnjim brojkama ne samo zbog većih moralnih vrijednosti ili strožih pravila i zakona već i zbog kasnije pojave menarhe, oko 17. godine, a samim time i kasnijom spolnom zrelosti. [8]

U pubertetu čovjek postane spolno zreo te sposoban za fizičke spolne aktivnosti, no psihički dio njegove seksualnosti nije potpuno razvijen te adolescent nije sposoban u potpunosti prihvatiti svoju društvenu i socioekonomsku odgovornost. Takvi mladi ljudi koji su u psihofizičkom razvoju nisu sposobni stupiti u brak, stvoriti obitelj, odgajati djecu jer takvom velikom zadatku emocionalno, društveno, ekonomski nisu dorasli iako su biološki sposobni za reprodukciju. [9]

Kao glavni problem adolescentne seksualnosti javlja se konflikt koji im nameće društvo odraslih.

Adolescenti svojim izgledom poprimaju izgled odraslih, nose osobine spolne zrelosti te se osjećaju dovoljno zrelima, no okolina je ta koja ih i dalje smatra djecom, posebice roditelji, te se tako i ponašaju prema njima.

Rizična spolna ponašanja predstavljaju razmjerno uobičajeno obilježje adolescentne seksualnosti. Razlozi se kriju u nizu psiholoških osobnosti adolescencije, od kojih su, među najizraženijima, privid neranjivosti, slabo razvijene komunikacijske vještine i manjak informiranosti o postojećim rizicima i načinima zaštite. Pojam seksualnih rizika u mladima je širok, a obuhvaća rano stupanje u spolne odnose, sklonost promiskuitetu, izostanak uporabe

prezervativa te rizik spolnog zlostavljanja. Adolescenti koji konzumiraju alkohol i narkotike, smanjeno je opažanje rizika i samokontrole, te imaju češći problem adolescentne spolnosti.

Medicinska struka vrlo jasno ističe važnosti postizanja spolne zrelosti prije stupanja u spolne odnose, a ona nastupa 5 godina nakon prve menstruacije, menarhe. Spolni odnos prije tog vremena je predisponirajući čimbenik za brojne spolno prenosive bolesti. Osim toga, u 60-80% spolno aktivnih adolescenata, uobičajno se nalazi cervikalna ektopija. Stanice u unutarnjem kanalu vrata rodnice, kod cervikalne ektopije se nalaze na površini vrata maternice. Takav je epitel osjetljiviji i podložniji promjenama.[4]

Adolescentima se govori o etičkim načelima i društvenim normama te spolnoj suzdržanosti, duhovnosti dok se u stvarnosti putem medija, okoline i društva sa seksualnošću susreću na svakom koraku, u svakom obliku, te u ovom suvremenom svijetu moglo bi se reći i sa spolnom raspuštenosti.

Ponekad se mladi, zbunjenini i needucirani adolescenti znaju opredjeliti za „liniju manjeg otpora“ tj. ne odabiru društveno koristan i etički prihvatljiv način života, već se prepuštaju nagonima, zaobilaze zakone i prihvaćene standarde i norme te se upuštaju u razna rizična ponašanja. Kao posljedica nezaštićenih i ranih upuštanja u seksualne odnose, rezultat je pojava maloljetničke trudnoće.[9]

2.3. Trudnoća i porođaj u adolescenciji

Plodnost, sposobnost stvaranja i donošenja novog života na svijet je svakako jedan čudesan dar za svaku ženu i muškarca.

Kako bi čovjek uspješno pobrinuo za novi život, novorođeno dijete, nije dovoljno samo biološki sazrijeti, potrebna je i psihička i emocionalna zrelost, te socijalna i ekonomska sigurnost, a mladi adolescenti takve odlike prije svoje punoljetnosti najčešće ne stignu razviti.

Posljednjih godina zabilježava se ranija spolna zrelost i sekundarne spolne osobine, te zbog toga današnje mlade djevojke već poprimaju dimenzije odraslih žena prije nego prijašnjih godina. [10]

Prema zakonu o socijalnoj skrbi djetetom se smatra osoba do navršene osamnaeste godine, a mlađa punoljetna osoba je osoba koja je navršila osamnaest, a nije navršila dvadeset i jednu godinu života. [11]

Medicinski gledano u reprodukcijском razvoju djevojke možemo razlikovati ginekološku od kronološke dobi. Ginekološka dob je vrijeme od pojave prve menarhe, a kronološka dob je broj godina koje djevojka ima. Od prve menarhe do potpune zrelosti ili “ginekološke punoljetnosti” potrebno je proći oko 5 godina. To vrijeme potpune morfološke i

funkcionalne zrelosti naziva se nubilitet. Smatra se da su najbolje godine za rađanje od 20. do 29. godine.

Maloljetničke trudnoće najčešće su neplanirane i neželjene, te kao takve zahtijevaju poseban tretman. Kao prvo veliku važnost ima psihička priprema adolescentne trudnice, a pošto su maloljetničke trudnoće i visokorizične potreban je i visok stupanj kontrole kako bi se takva trudnoća održala.

Maloljetne trudnice se dijele na tri skupine, a to su : infantilne, mlađe maloljetne trudnice i starije maloljetne trudnice.

Infantilne trudnice su djevojke koje su začele do navršene 14. godine života. Ovakve djevojke iako su spolno zrele prema vitalnostatističkim podacima spadaju u djecu. [10] Mlađe maloljetne trudnice su djevojke od početka 15. do navršene 16. a prema nekim autorima do navršene 17. godine.

Starije maloljetne trudnice koje čine najveću skupinu maloljetnih trudnica su djevojke od 17. do 18. a prema nekim autorima i do navršene 19. godine života.

Edemi, proteinuria, hipertenzija, prijevremeni porođaji te prijeteći pobačaji znatno su češća pojava u mlađih maloljetnih trudnica nego u odraslih.

Položaj i stav djeteta u porodu u mlađih i u starijih maloljetnih trudnica jednak je kao i u odraslih roditelja. Težina novorođenčadi starijih maloljetnih trudnica ne razlikuje se od novorođenčadi odraslih žena, a novorođenčad mlađih maloljetnica imaju za oko 120 grama manju težinu. Novorođenčad starijih maloljetnica pri rođenju su jednako vitalna kao kod odraslih roditelja, dok novorođenčad mlađih maloljetnica češće su lakše asfiktivna.

Neonatalne komplikacije i kongenitalne anomalije djece maloljetnica ne razlikuju se od učestalosti u ostale djece. Perinatalna smrt u maloljetnica ne razlikuje se od perinatalne smrtnosti u odraslih žena.

Trudnoća i porod u skupini infantilnih trudnica ipak su nepoželjni, skupina mlađih maloljetnih trudnica ima veću učestalost patoloških stanja nego u odraslih roditelja, dok se trudnoća i porod starijih maloljetnica ne razlikuju značajnije od trudnoće i poroda odraslih žena. [10]

2.4. Prekidi trudnoće u adolescenciji

Abortus ili pobačaj je spontani ili izazvani prekid trudnoće uz izbacivanje jajašca prije plodove sposobnosti za život. Da bi taj proces zadovoljio definiciju pobačaja mora se dogoditi prije navršenog 22. tjedna trudnoće, pod uvjetom da težina bude manja od 500 grama. Prema

nastanku pobačaji se dijele na spontane i izazvane (artificijalne). Izazvani pobačaj može biti dopušten (legalan) ili nedopušten (ilegalan). [12]

Pobačaj sa sobom nosi niz rizika i komplikacija. Kao rane komplikacije tijekom zahvata moguće su: ozljede cerviksa, perforacija uterusa, obilna krvarenja, zatim neposredno nakon zahvata: endometritis, salpingitis, peritonitis, pelveoperitonitis, sepsa, tromboembolija. Kao kasne komplikacije mogu se pojaviti menoragije, metroragije, sterilitet, adneksalni procesi, psihoseksualne smetnje.

Kao kasne posljedice mogu nastati pojave ožiljaka, stenoze cerviksa, spontanog pobačaja, ranijeg poroda, placente previje, smetnje trećeg porođajnog doba, atonija uterusa i dr.

Što se tiče psihičkih posljedica kao rane posljedice mogu se pojaviti : osjećaj krivnje, osjećaj žaljenja, poremećaj spavanja, promjene u odnosu sa partnerom, ta na razini profesionalnog života.

Kao dugoročne posljedice može doći do pojave shizofrene reakcije, akutne psihotične reakcije, afektivne psihoze, neurotske reakcije, vrlo rijetko i samoubojstva. [11]

Namjerni ili izazvani pobačaji u maloljetnih trudnica u kontinuiranom su porastu. Uzroci su mnogobrojni, neki od njih su strah, needuciranost, nespремnost na majčinstvo, loši obiteljski i ekonomski uvjeti, loš odnos s partnerom.

Djevojke koje nemaju potporu obitelji ili partnera osjećaju se uplašenim, nesigurnima, nespремnima na majčinstvo i takav velik korak u životu, te zbog toga nerijetko se odlučuju na prekid trudnoće misleći da je to jedino rješenje i izlaz.

Obiteljski odnosi uvelike utječu na to da li će maloljetna djevojka učiniti pobačaj.

Obitelj puna ljubavi i podrške te razumijevanja za svoje dijete sigurno će maloljetnoj trudnici pružiti potrebnu sigurnost i uvjete za donošenje novog života na svijet, dok obiteljski konflikti, nesređeni uvjeti, razvedeni, prezaposleni i za dijete nezainteresirani roditelji svakako će utjecati na to da mlada, nesigurna, uplašena trudna adolescentica učini pobačaj. [12]

Jednako tako velika i vrlo ozbiljna opasnost za adolescentne trudnice su ilegalni prekidi trudnoće. Pri takvim zahvatima može biti upotreba nesterilnih instrumenata, zahvate obavlja nestručno osoblje u nehigijenskoj okolini, a sve to rezultira vrlo opasnim komplikacijama, u kasnijoj dobi i sterilitetom, a ponekad i sa smrtnim ishodom. Uplašene djevojke, emocionalne nestabilne, pod nagovorom drugih ili u strahu od odbacivanja i nerazumijevanja obitelji, partnera ili okoline u nadi da će takvo što sakriti od drugih ili zataškati odlučuju se za takvu opasnu i nesigurnu opciju. [13]

2.5. Pravni i institucijski okvir

Ustav Republike Hrvatske štiti materinstvo, djecu i mladež te stvara socijalne, kulturne i odgojne uvjete za život građana. Pravne norme koje se primjenjuju na maloljetne roditelje pronalazimo u većem broju pravnih propisa i dokumenata koji su na snazi u Republici Hrvatskoj, no trenutno nema niti jedan propis koji bi obuhvatio cijelu problematiku maloljetničke trudnoće. Zakon o zaštiti osobnih podataka štiti privatnost, a budući da su maloljetničke trudnoće delikatna i osjetljiva situacija, ovaj zakon jamči sigurnost od neovlaštenog korištenja i davanja osobnih podataka maloljetnih osoba.

Svrha zaštite podataka je zaštita privatnog života i temeljnih ljudskih prava. Zakonom o odgoju i obrazovanju u osnovnoj i srednjoj školi propisuju se prava učenika. Kada je riječ o maloljetnim trudnicama djevojke najčešće nastave dolaziti u školu pohoditi redovnu nastavu dokle god su to u mogućnosti.

Suradnja sa školom i profesorima vrlo je bitna kako bi se maloljetnim trudnicama omogućio uredan nastavak školovanja.

Zakon predviđa dužnosti školskih djelatnika u školskim ustanovama što znači da oni moraju stvarati uvjete za zdrav mentalni i fizički život svakog učenika, brinuti se o sigurnosti učenika, sprječavati neprihvatljive oblike ponašanja, diskriminaciju, brinuti se o zdravstvenom stanju učenika, te o tome obavještavati liječnike primarne zdravstvene zaštite i roditelje. Ukoliko polaganju ispita ili nekoj drugoj školskoj aktivnosti maloljetna trudnica ne može pristupiti zbog svog stanja ona se može privremeno osloboditi tih aktivnosti.

Odluku o oslobađanju učenika donosi Nastavničko vijeće na prijedlog liječnika primarne zdravstvene zaštite.

Maloljetne trudnice tijekom školske godine najčešće su oslobođene pohađanja nastave tjelesne i zdravstvene kulture te se taj predmet ne ocjenjuje, ne upisuje u javnu ispravu nego se označava kao oslobođenje. [14]

Zakonom o strukovnom obrazovanju određeno je da osobe koje ne završavaju obrazovanje zbog prijevremenog roditeljstva, iznimnih socijalnih ili obiteljskih situacija te zbog bolesti može produljiti status redovnog polaznika najviše za dvije godine, o čemu na temelju dokumentacije odlučuje ravnatelj na prijedlog stručnog tijela. [15]

Zakon o zdravstvenim mjerama za ostvarivanje prava na slobodno odlučivanje o rađanju djece (1978.) je zakon koji priznaje pravo čovjeka da slobodno odlučuje o rađanju djece. Zahtjev podnosi trudna djevojka. Uz zahtjev za prekid trudnoće koji podnosi djevojka mlađa od 16 godina potreban je i pristanak roditelja ili staratelja. [16] Prekid trudnoće se zakonski definira kao medicinski zahvat, te kao takav mora biti izvršen u skladu sa odredbama Zakona o

zdravstvenim mjerama za ostvarivanje prava na slobodno odlučivanje o rađanju djece. Kazneni zakon koristi se u slučajevima kada su maloljetne trudnice žrtve kaznenog djela protupravnog prekida trudnoće i kaznenog djela protiv slobode i spolnog ćudoređa. Članak 115. Kaznenog zakona sankcionira prekid trudnoće protivno propisima o prekidu trudnoće neovisno o tome da li je trudna žena dala pristanak na to ili ne. [17] Zakon o socijalnoj skrbi se u velikom opsegu primjenjuje u maloljetnih trudnica. On definira pojmove obitelji i udomiteljstva.

Zakon propisuje prava na stalnu pomoć, prehranu, ćuvanje, odgoj. brigu o zdravlju i zaposlenju. Skrb izvan vlastite obitelji osigurava se trudnici 3 mjeseca prije poroda ili roditelju s djetetom do 6 mjeseci, a iznimno ako je to u interesu djeteta do godine dana. [18]

Prema zakonu o skrbništvu djevojke koje su majke u dobi niŹoj od 16 godina nisu u mogućnosti dobiti skrbništvo te se tada dodjeljuje privremeni skrbnik. Maloljetne majke starije od 16 godina podnose zahtjev za stjecanje poslovne sposobnosti, što im omogućuje dobivanje skrbništva nad djetetom. [19]

2.6. Pojavnost i karakteristike maloljetnićke trudnoće u svijetu

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) godišnje se porodi oko Źesnaest milijuna djevojaka u dobi od 15 do 19 godina, te oko dva milijuna djevojaka mlađih od 15 godina. U slabije razvijenim zemljama vodeći uzrok smrtnosti među djevojkama od 15 do 19 godine upravo su komplikacije maloljetnićkih trudnoća ili poroda. Godine 2008. prema podacima WHO-a u zemljama u razvoju tri milijuna djevojaka između 15-19 godine je učinilo nesigurni pobaćaj. Ovakvu vrstu pobaćaja WHO definira kao proceduru koju izvodi osoba bez potrebnih vještina ili u okolini koja ne podlijeŹe minimalnim medicinskim standardima, ili oboje. Velika pojavnost maloljetnićke trudnoće prisutna je kod siromašnog, manje obrazovanog, ruralnog stanovništva. Iako su trudnoće i porodi adolescenata u dobi od 10 -14 godina izuzetno rijetki, u nekim zemljama Subsaharske Afrike učestalost poroda prije 15 godina kreće se u rasponu od 0, 3% do 12 % do 2008. godine. Faktori koji doprinose pojavi maloljetnićke trudnoće su mnogobrojni, a uvjetuju ih obićaji, kultura, društvo i naćin Źivota na određenom podrućju. U mnogim drŹavama, najćešće u zemljama u razvoju djevojke su pod pritiskom ranog udavanja i rađanja djece te su suoćene sa ogranićenim mogućnostima naobrazbe i zapošljavanja. Velik broj adolescentica ne zna kako izbjeći trudnoću ili nisu u mogućnosti pribaviti kontraceptive, no u mnogim zemljama je normalno da maloljetne djevojke ostaju trudne i stupaju u brak. Prema izvješću medija “ The Huffington Post “ djevojjice u Jemenu udaju se prije svoje 15-te godine. U veljaći 2009. godine donesen je zakon da je minimalna dob za udaju 17 godina no zakon je povućen nakon ocjene vladajućih da je on neislamski. Lijećnici u Jemenu istiću kako djevojjice

koje stupaju u dogovorene brakove često dolaze na preglede sa ozbiljnim povredama spolnih organa koje su posljedica preranog stupanja u spolne odnose. Roditelji svojoj djeci dogovaraju brakove sa starijim muškarcima u strahu od političke i financijske nesigurnosti, te je takvih brakova sve više. [20]

2.7. Pojavnost i karakteristike maloljetničke trudnoće na području Republike Hrvatske

Tijekom posljednje tri godine u Hrvatskoj je rodilo 5237 djevojaka u dobi od 14 do 19 godina. [14]

Prosječna dob stupanja u spolne odnose u Hrvatskoj je 16 godina za dječake i 17 godina za djevojčice. Rani spolni odnos u dobi od 15 godina kod dječaka su pojavljuje u postotku od 26 %, a u djevojčica u 20%, a od ukupnog broja njih 20 % je navelo da nije koristilo kontracepciju, dio je naveo korištenje nepouzdanih metoda poput računanja plodnih dana (2% dječaci, 11% djevojčice), prekinuti snošaj (5% dječaka i 19% djevojčica).

U 2013. je gotovo 1300 djevojaka u dobi do 19 godina rodilo, a od tog broja 700 djevojaka bilo je maloljetnih (3, 2 % od ukupnog broja poroda tj. 10.6 poroda na 1000 adolescentica u dobi od 15-19 godina).

Što se tiče prekida trudnoća zabilježeno je 250 legalnih pobačaja mladih djevojaka u dobi do 19 godina (6, 6 % od ukupnog broja pobačaja) tokom 2013. godine. [21]

Rano stupanje u seksualne odnose, uz druge oblike rizičnog ponašanja kao što su seksualni odnos pod utjecajem alkohola, ili drugih opojnih sredstava pridonosi seksualnom odnosu s više partnera, ali i opasnost od uvođenja u svijet prostitucije i kriminala.[22]

3. Prikaz slučaja

Sestrinska anamneza

Prva posjeta patronažne sestre 09. 01. 2014.

Patronažna sestra na terenu saznaje da je S. I. trudna. Odlazi u kućni posjet i majka joj kaže da je S. I. u Našicama kod trenutnog partnera. Patronažna sestra obavještava A. B. nadležnu socijalnu radnicu u Centru za socijalnu skrb u Valpovu.

U intervjuu sa pacijenticom u njezinoj roditeljskoj kući doznajem:

Pacijentica S.I. rođena 04.05.1997.godine, neudana, nije završila Osnovnu školu, nezaposlena. Trenutačno je kod roditelja i živi u Belišću.

Prvu menstruaciju dobila je sa 11 godina. Imala je dva spontana pobačaja, prvi u 13. godini života, drugi u 14. godini života.

Prvi porod bio je 09.07.2013. Trudnoću nije redovito kontrolirala. Zbog problematičnog ponašanja unazad nekoliko godina, u nekoliko navrata je bila smještavana u maloljetničke domove, odakle je bježala kući ili u nepoznatom pravcu. Na porod je otišla iz Dječjeg doma Klasje Osijek gdje je rodila muško dijete u 30+3 TG. Rodila je carskim rezom zbog stava zatkom, otjecanja plodne vode i dobi trudnice.

Dijete je rođeno RM 1320g, OG 28 cm, AS 8/10, te je zadržano na Pedijatriji KBC-a Osijek, gdje je liječeno sve do otpusta kada ga preuzima djelatnica Dječjeg doma Klasje, jer je majka djeteta pobjegla s jednim štićenikom doma, navodno u Našice. Dijete je vrlo brzo udomljeno u dobi od dva i pol mjeseca.

Tri mjeseca nakon prvog poroda ponovno je trudna. Zadnja menstruacija bila je 21.10.2013., a termin poroda je 28.07.2014. Prva liječnička kontrola 11.12.2013. Sada je trudna 18+3 tjedana, TT 55 kg, TV 155 cm.

Puši od 12-te godine, puši i u trudnoći oko 20 cigareta dnevno. Pušači su i majka i otac, ali ne puše u stanu. Pijenje alkoholnih pića negira.

Ne pije nikakve lijekove. Ne koristi kontracepcijska sredstva. Otac prvog djeteta je u zatvoru. Kaže da je bila s njim u vezi i poslije poroda, da je koristio kondom prilikom spolnih odnosa, ali da je kondom puknuo. Kako je on navršio 18 godina starosti, tako je otišao u zatvor na odsluženje dvogodišnje kazne zbog krađe. Nakon njegovog odlaska u zatvor imala je partnera

koji ju je tukao pa ga je ostavila. Ona je sada u vezi s drugim partnerom koji je maloljetan. Sada ne koristi zaštitu pri spolnim odnosima. Kaže da joj je partner vjeran.

Kod ginekologa je bila 11.12.2013. kada joj je utvrđena trudnoća. Pregledana je i u siječnju 2014. Kada je dobila batina od tadašnjeg partnera te ležala na MFK KBC Osijek pod dijagnozom Contusio reg. zygomatici lat.dex., Graviditas 12 tjedana. Obećava da će otići na kontrolu i da će redovito kontrolirati trudnoću.

Pacijentica kaže da se loše osjeća, jede sve, ali ima konstantnu mučninu i povraća nekoliko puta tijekom dana.

Problema s defekacijom nema. Mokri češće, ali negira bolove i peckanje pri mokrenju.

Sve aktivnosti obavlja samostalno.

Pacijentica nije vjernik, ne vjeruje u Boga.

Obiteljska anamneza: Otac i baka boluju od Diabetesa mellitusa tip II.

Ekonomsko stanje: u roditeljskom domaćinstvu žive otac, majka i šestero djece. Žive od socijalne pomoći, dječjeg doplatka i roditeljske naknade koju prima majka. U stanu imaju kupaonu i tekuću vodu. Žive u 50-ak metara kvadratnih, dnevna soba koju je danju dnevna, noću je spavaća.

Pacijentica trenutno živi kod roditelja. Nema nikakva primanja. Povremeno se svađaju i potuku. Otac pije i često završi u zatvoru, bilo zbog nasilja, bilo zbog prometnih prekršaja.

3.1. Sestrinske dijagnoze

- Ugroženost djeteta u/s nezdravstvenim ponašanjem majke u trudnoći što se očituje pušenjem, fizičkim nasiljem i nedolaskom na kontrolne preglede.
- Povraćanje u/s unutarnjim i vanjskim čimbenicima uvjetovanih trudnoćom što se očituje izjavom pacijentice „loše se osjećam, jedem sve, ali mi je skroz muka i tjera me povraćati“
- Visok rizik za EPH gestoze u/s jakim edemima ruku i nogu te višim tlakom u odnosu na dosadašnji.
- Nelagoda u/s žgaravicom što se očituje izjavom pacijentice „osjećam se loše jer me peče i žari u donjem dijelu prsa.“

3.2. Planovi zdravstvene njege

- 1. Ugroženost djeteta u/s nezdravstvenim ponašanjem majke u trudnoći što se očituje pušenjem, fizičkim nasiljem i nedolaskom na kontrolne preglede.**

Cilj: smanjiti razinu ugroženosti zdravlja i majke i djeteta

Sestrinske intervencije:

1. Sa S. i njezinim roditeljima patronažna sestra razgovarala o štetnosti fizičkog nasilja za fizički i psihički razvoj ploda.
2. S. je educirana o štetnosti pušenja, a ako baš mora pušiti neka barem smanji broj popušanih cigareta.
3. Educirana je o potrebi redovitog kontroliranja trudnoće obzirom na njenu dob, prijašnje trudnoće te svim rizicima kojima je izložena ona i dijete.
4. Educirana o rizicima kojima izlaže sebe i dijete pri promjenama partnera i nezaštićenim spolnim odnosima.

Evaluacija:

Patronažni posjet 28.04.2014. pacijentica S.I. smanjila je broj popušanih cigareta jer joj je bilo muka i povraćala je. Kaže da nije bila izložena fizičkom nasilju od zadnje patronažne posjete. Na kontroli kod ginekologa nije bila od 03.03.2014. Obećava da će otići na kontrolu. Ima spolne odnose, ali ne koriste kondome. Kaže da joj je dobro, da nema nikakve vaginalne smetnje.

2. Povraćanje u/s unutarnjim i vanjskim čimbenicima uvjetovanih trudnoćom što se očituje izjavom pacijentice „loše se osjećam, jedem sve, ali mi je skroz muka i tjera me povraćati“

Cilj: kod pacijentice će se smanjiti učestalost epizoda mučnine i povraćanja

Sestrinske intervencije:

1. Utješiti pacijenticu da su to prolazni simptomi koji će uskoro prestati.
2. Savjetovano da jede redovito, ali manje obroke i da izbjegava glad.
3. Za prvi jutarnji obrok uzeti suhu hranu koja se teže izbacuje.

4. Kada nekuda ide, sa sobom nositi neku suhu namirnicu ili voće koje voli, kako bi zaustavila mučninu, ako do nje dođe.
5. Izbjegavati masna i jako začinjena jela, te jela koja joj neugodno mirišu.
6. Uzimati dovoljno tekućine, da spriječi dehidraciju. Piti po malo, kroz nekoliko minuta.
7. Obavezno pratiti tjelesnu težinu.

Posjet patronažne sestre 28. 04. 2014. Pacijentica se bolje osjeća, mučnina i povraćanje su prestali.

Patronažni posjet: 28. 04. 2014. Evaluacija o problemima sa S. u dosadašnjoj trudnoći. RR 105/65, TG- 27. Ne zna koliko ima kilograma jer nije bila na kontroli, a nema se gdje izvagati. Ima dobar apetit, jede sve, sezonsko voće i povrće, meso, mlijeko. Kaže da je prestala povraćati kada joj je beba oživjela. Sada se žali na žgaravicu. Nema problema sa stolicom i mokrenjem. Dobro spava.

3. Nelagoda u/s žgaravicom što se očituje izjavom pacijentice „osjećam se loše jer me peče i žari u donjem dijelu prsa.“

Cilj: kod pacijentice će se smanjiti simptomi nelagode uzrokovani žgaravicom

Sestrinske intervencije:

1. Pacijentica educirana o mjerama koje ublažavaju simptome žgaravice.
2. Jestu manje obilne i češće obroke.
3. Izbjegavati kavu, alkohol, prestati ili barem smanjiti broj popušanih cigareta.
4. Ne jesti masnu hranu, čokoladu, koncentrirane voćne sokove.
5. Pokušati smanjiti žgaravicu žvakaćom gumom, šalicom mlijeka ili čajem koje treba polako piti kroz 15-20 min.
6. Ne lijegati nakon obroka barem 2 sata.
7. Spavati u povišenom položaju.
8. Za ublažavanje simptoma žgaravice ne koristiti sodu bikarbonu.

Evaluacija:

Patronažni posjet 06. 05. 2014. Neke od predloženih mjera joj pomažu u ublažavanju simptoma žgaravice.

Patronažni posjet: 06.05. 2014. S. majka sreća patronažnu sestru i zamolila ju da ako može navratu jer S. unazad dva dana jako oteču noge. S. navodi da su joj ujutro i kapci otečeni. Sada ne primjećujem edeme lica, ali i prsti na rukama su joj otečeni, a i noge jako edematozne. Ne može ništa obući, sve ju žulja. RR je 130/80. Negira glavobolju, mučninu, povraćanje, bolove. Nije otišla kod ginekologa. Sada je u trudna oko 28, 29 tjedana. Zadnja ginekološka kontrola 03.03. 2014. RR 100/60, TT 62kg, TG 18+6, po UZV-u 20tj.

4. Visok rizik za EPH gestoze u/s jakih edema ruku i nogu te povećanje tlaka u odnosu na dosadašnje vrijednosti

Cilj: pacijentica će prepoznati znakove koji ugrožavaju zdravlje

Sestrinske intervencije:

1. Kako majka kuha za cijelu obitelj, educirana je o:
 - Potrebi smanjenja upotrebe soli u prehrani za S.
2. Pacijentica educirana o potrebi izbjegavanja gaziranih pića, mineralne vode i sode bikarbone
3. Izbjegavati dugo stajanje ili sjedenje, noge podići na povišeno
4. Češći dnevni odmori uz podizanje ekstremiteta (demonstracija)
5. Spavati u Trendelemburgovom položaju (demonstracija)
6. Nositi odjeću i čarape koje ne stežu
7. Obavezno se javiti liječniku!

Evaluacija kroz patronažni posjet:

28. 05. 2014. S.I. bila hospitalizirana u KBC Osijek. Nije se javila liječniku nego je dobila bolove u desnoj lumbalnoj loži i zvali su hitnu pomoć, te je odvezena u bolnicu. Informacija od majke jer S.I. nije kod kuće. Navodno ponovno pobjegla u Našice. Majka kaže da se sada dobro osjeća. U bolnici je bila 2 tjedna. Nalaza nema. Do poroda se više nije vraćala kući.

4. Rasprava

Ovim sam radom htjela prikazati jednu maloljetnu trudnicu koja je odraz realnosti, bez uljepšavanja, u stvarnom životu. Slučaj je zaista težak i kompliciran i bez obzira što su u skrb uključeni i zdravstveni radnici i socijalna služba, S. I. je do svoje 18. godine imala šest trudnoća, dva spontana pobačaja sa 12 i 13 godina, a rodila je četvero djece carskim rezom (jedna blizanačka trudnoća).

U ovom radu odlučila sam pisati o njezinoj drugoj trudnoći iz razloga što sam uspjela skupiti najviše podataka o trudnoći, te je mogla obraditi kroz proces zdravstvene njege. Patronažna sestra koja mi je pomagala je imala najviše podataka iz patronažnih posjeta koje je obavila jer je S. I. bila dobrim dijelom trudnoće kod roditelja u Belišću, a trudnoću je kontrolirala kod ginekologa s našeg terena.

Za vrijeme prve trudnoće je bila u Dječjem domu Klasje, a za vrijeme treće blizanačke trudnoće, bila je u Dardi i prenijela je karton kod ginekologa u Osijek, pa nismo imali podatke. Patronažna sestra poznaje S. i njezinu obitelj već dugi niz godina jer je nekada radila u ambulanti obiteljske medicine čiji su oni bili pacijenti, a to je ujedno i prednost malih sredina. Ispričala mi je koliko je znala o S. i uvjetima u kojima je živjela, omogućila mi je posjet S. da bih prikupila podatke koji su mi manjkali za planove zdravstvene njege.

Samo jedno S. dijete je s njom, troje djece je udomljeno. Od patronažnih sestara sam dobila i podatke kod koga su udomljena S. djeca jer one surađuju s udomiteljima, posjećuju djecu te im donose donacije u hrani i odjeći. Posjetila sam udomljenu djecu, pedijatra, ginekologa. To je za mene bilo nezaboravno iskustvo.

Uočila sam nedostatke mog radnog mjesta. Radim u ginekološkoj ambulanti i obradimo oko 50 pacijentica dnevno, ne uspijevam uvijek uspostaviti pravi kontakt sa pacijenticom da bi joj pomogla ukoliko ima nekakav problem koji je dio sestrinskih kompetencija, jer i druge pacijentice neprestano dolaze na vrata ili zovu na telefon.

S druge strane u patronažnoj posjeti imam privatnost, vrijeme, ali isto tako moram paziti na nastup. Moram voditi računa da mi vrata određenog doma moraju uvijek ostati otvorena. Nesuradnja uvijek postavlja veliki izazov za osoblje zdravstvene njege. Brojna istraživanja pokazuju da stari modeli njege kojima se savjetuje pacijentu da nešto napravi, ne donose rezultate. Problem je u našem pristupu, a uloga pacijenta je pasivna. Nameće se pitanje kako ga pridobiti na suradnju. Istraživanja pokazuju da su rezultati bolji kada se pacijenti više uključuju u proces zdravstvene njege i brige o vlastitom zdravlju. U novom modelu pacijentu se ne naređuje nego ga se jača kroz edukaciju. Upoznaje ga se sa podacima koje mora znati o svom stanju, te se pokušava saznati što ga najviše uznemirava i zabrinjava, što mu je najteže i što bi htio

promijeniti. Nudi mu se mogućnost izbora jer rijetko postoji savršen način tretiranja određenog problema. Treba ga poučiti da je promjena ponašanja moguća, ali je lakše ići korak po korak, tako da si postavi određene ciljeve. Pri svakom susretu s pacijentom provjeriti kako mu ide i ponuditi ako mu kako možemo pomoći. Kao profesionalci često mislimo da najviše pomažemo kada smo dali savjet, ali to zapravo nije tako. Da bi zapravo pomogli, pacijenti moraju sami naći svoja rješenja i motivaciju, te moraju preuzeti odgovornost za vlastito zdravlje, a mi im to moramo omogućiti.

U S. slučaju svi smo podbacili jer se ona priprema za 4. carski rez, a ima tek 18 i pol godina, te će joj vjerojatno nakon poroda podvezati jajnike da bi joj spasili život. Ona nikada neće upoznati prednosti rađanja i majčinstva kada bude u potpunosti odrasla osoba, ali ona ima pet mlađih sestara za koje se moramo truditi, boriti i doprijeti do njih da ne dožive njezinu sudbinu.

5. Zaključak

Cilj ovog rada, bio je ukazati na sve opasnosti i potencijalne komplikacije koje se mogu dogoditi kod maloljetničke trudnoće. Prikaz slučaja je izuzetno kompleksan iz razloga što se određeni dio maloljetničkih trudnoća dodatno zakomplicira radi nedostojanstvenog života; života u maloljetničkim domovima, lošim uvjetima stanovanja i neadekvatnog odgoja i usmjerenja od strane roditelja. Navedeni uvjeti života, kao i hormonalna neravnoteža u maloljetničko doba, često su „okidač“ u razvoju maloljetničke problematike, bilo da se radi o ponašanju ili navikama maloljetnog pojedinca.

Valja naglasiti, kako maloljetnička nepromišljenost, osim neželjenih trudnoća, može dovesti i do prenošenja spolnih infekcija, koje budu ili mogu biti dodatni problem kod ovakvih stanja.

Čovjek je razumno biće koje je spremno brinuti se o vlastitom reproduktivnom zdravlju, planirati obitelj, pravovremeno spriječiti neželjenu trudnoću i spriječiti prenošenje spolno prenosivih infekcija, tek u trenutku kada se mentalno i anatomske u potpunosti razvije te si na taj način stvori preduvjete za normalan i dostojanstven život. Čovjekova okolina je tu da ga usmjerava, pomaže, te razlikuje normalno od nenormalnog, a liječnik i medicinska sestra fiziološko od nefiziološkog te s obzirom na to, pruži adekvatnu njegu i skrb pojedinca.

6. Literatura

- [1] Mojsović Z., Sestrinstvo u zajednici, Zdravstveno veleučilište Zagreb 2007.
- [2] Jessor, R. (1996). Risk behavior in adolescence-A psychosocial framework for understanding and action. In: D.E. Rogers i E. Ginzburg (ed.) Adolescents at Risk: Medical and Social Perspectives. Boulder: Westview Press
- [3] Kuzman, M., Pejnović-Franelić, i., Pavić-Šimetin, i. (2004)-Ponašanje u vezi sa zdravljem djece školske dobi. Rezultati istraživanja 2001/2002. The Health Behaviour in School-aged Children. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, str. 8, str. 42.
- [4] Kuzman, M., Katalinić, D. (2004)-Čimbenici rizika i ovisničko ponašanje u mladih. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.
- [5] Jalšovec D., Sustavna i topografska anatomija čovjeka, Školska knjiga Zagreb 2005.
- [6] Guyton A. C., Hall J. E., Medicinska fiziologija, Dvanaesto izdanje, Medicinska naklada Zagreb 2012.
- [7] Malčić I. Stopić Z. Ilić R. Pedijatrija za medicinske škole: Zdravo i oštećeno dijete u pubertetu. VIII izdanje. Zagreb: Školska knjiga, 2005.
- [8] Kurjak A. i suradnici Ginekologija i perinatologija: Dječja i adolescentna ginekologija. II. svezak, Varaždinske Toplice: Golden Time, 1995.
- [9] Košiček M. Spol, ljubav i brak : Pubertet i adolescencija. IV. izdanje. Zagreb: Epoha, 1965.
- [10] Dražančić A. i suradnici. Porodništvo: Trudnoća u mlade i stare žene. Zagreb: Školska knjiga, 1994.
- [11] Perinić R. Pobačaj - činjenice i posljedice Obnovljeni život. vol.45 no.4. Kolovoz 1990. (str.262-274)
- [12] Habek D. Porodništvo i ginekologija, Zagreb: Medicinska naklada, 2013.
- [13] World Health Organization, Unsafe abortion, 2011. *Unsafe abortion-Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*, http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118_eng.pdf, 06.10.2015.
- [14] Bojić I. Vrbanec Orešković S. Stanić S. Dugić Šikanić N. Šimić A., Kada djeca imaju djecu, 10. lipnja 2011., *Kada djeca imaju djecu - analiza stanja i preporuke za postupanje u slučajevima maloljetničkih trudnoća i roditeljstva*, http://www.unicef.hr/upload/file/356/178106/FILENAME/Publikacija_Kada_djeca_imaju_djecu.pdf, 07.10.2015.
- [15] Zakon o strukovnom obrazovanju, (NN, broj 30/09, 24/10)
- [16] Zakon o zdravstvenim mjerama za ostvarivanje prava na slobodno odlučivanje o rađanju djece, (NN, broj 18/78, 88/09)

- [17] Kazneni zakon (NN, broj 125/11 i 144/12)
- [18] Zakon o socijalnoj skrbi (NN, broj 157/ 13)
- [19] Obiteljski zakon (NN, broj 116/031)
- [20] World Health Organization, Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes, 2011. *Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes - Among Adolescents in Developing Countries*, <http://www.who.int/immunization/hpv/target/preventing> Pejnović Franelić I. Ponašanje u vezi sa zdravljem djece školske dobi 2009/2010, ožujak 2012. *Ponašanje u vezi sa zdravljem djece školske dobi -2009/2010 Djeca i mladi u društvenom okruženju*, http://hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/HBSC_10.pdf, 08.10.2015.
- [21] Kuzman M. Pavić Šimetin I. Pejnović Franelić I. Ponašanje u vezi sa zdravljem djece školske dobi 2009/2010, ožujak 2012. *Ponašanje u vezi sa zdravljem djece školske dobi - 2009/2010 Djeca i mladi u društvenom okruženju*, http://hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/HBSC_10.pdf, 08.10.2015.
- [22] Dabo J., Malatestinić Đ., Janković S., Malović Bolf M., Kosanović V. Zaštita reproduktivnog zdravlja mladih – modeli prevencije. *Medicina Fluminensis*: Vol. 44, No. 1, 2008, str. 72-79

Popis slika i tablica

Tablica 1.3.1 Kontracepcijska sredstva i metode te njihov stupanj učinkovitosti u zaštiti od trudnoće i krvlju prenosivih infekata, Izvor: Mojsović Z., Sestrinstvo u zajednici, Zdravstveno veleučilište Zagreb 2007.

Slika 1.3.1 Maternični uložak, Izvor: <http://poliklinika-ginecej.hr/wp-content/uploads/2015/04/adenomioza2.jpg>, Preuzeto 28. listopada 2015.

Slika 1.3.2 Hormonska kontracepcija-pilule, Izvor: http://www.rxvietnamstore.com/product_images/k/909/Lindynette4__05543_std.jpg, Preuzeto 28. listopada 2015.

Slika 1.4.1 Izgled i iscjedak iz grla maternice uzrokovan Chlamydiom trachomatis, Izvor: http://nethealthbook.com/wp-content/uploads/2014/10/shutterstock_127210820.jpg, Preuzeto 28. listopada 2015.

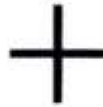
Slika 1.4.2 Grlo maternice zahvaćeno HPV virusom, Izvor: http://www.millaklinika.rs/images/hpv_v.png, Preuzeto 28. listopada 2015.

Slika 1.4.3 Šiljasti kondilom, Izvor: <http://www.healthwatchcenter.com/wp-content/uploads/2007/09/hpv.jpg>, Preuzeto 28. listopada 2015.

Slika 1.4.4. Zdjelična upalna bolest uzrokovana Neisseriom gonorrhoeom, Izvor: <http://www.tvoy-venero-log.ru/wp-content/uploads/2012/03/gonoreja-zhenshina.jpg>, Preuzeto 28. listopada 2015.

Slika 1.4.5. Glavne prednosti i nedostaci prezervativa, Izvor: <http://image.slidesharecdn.com/14kontracepcija-120410074159-phpapp02/95/14-kontracepcija-5-728.jpg?cb=1334044862>, Preuzeto 28. listopada 2015.

Slika 1.5.1. Četrdeseti tjedan trudnoće, Izvor: <http://www.trudnoca.hr/wp-content/uploads/2012/11/40.jpg>, Preuzeto 11. studenog 2015.



**IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU**

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

Ja, NINA VARŽIĆ (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom SESTRINSKA SKRB U ZAJEDNICI KOD HILUJETNIČKE TRUDNOĆE (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Nina Varžić

(vlastoručni potpis)

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

Ja, NINA VARŽIĆ (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom SESTRINSKA SKRB U ZAJEDNICI KOD HILUJETNIČKE TRUDNOĆE (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Nina Varžić

(vlastoručni potpis)