

Spolno zdravlje (Reproductive Health)

Marija Džepina, Tonka Čavlek

Zavod za javno zdravstvo grada Zagreba
Služba za školsku i sveučilišnu medicinu

Ključne riječi: spolni odgoj, adolescenti, reproduktivno zdravlje

Kako promicati odgovorno spolno ponašanje adolescenata?

Zdravstveni odgoj ili spolni odgoj, predmet ili program ?

Uvod

Spolni odgoj ili odgoj za odgovorno spolno ponašanje traje cijeloga života, ali je u dječjim i mladenačkim godinama osobito važan radi osmišljanja i humane integracije spolnosti (1). Spolni odgoj je temelj za kasnije odgovorno roditeljstvo na razini zrele, integrirane osobe. U Hrvatskoj se ponovno nakon tridesetak godina s pravom intenzivnije raspravlja o spolnom odgoju. Ponovno se postavljaju pitanja kada započeti, koje sadržaje obuhvatiti, tko, kako i gdje ga provoditi, kako ga nazvati, te provoditi li ga u novom predmetu ili donijeti program sa svim potrebnim odrednicama koje bi osiguravale njegovu kontinuiranu provedbu. U navedenom razdoblju provodio se zdravstveni i spolni odgoj u većem ili manjem obimu, donošeni su propisi, upute i programi, pisane su knjige i rađena istraživanja uz sudjelovanje različitih struka. Brojni dosadašnji naponi ostavili su mnoga saznanja i rezultate.

1972. godine Prosvjetni savjet SR Hrvatske usvojio je Opći nastavni plan i program za osnovne škole u koji je uključena "građa odgojnog područja pod nazivom spolni odgoj". Spolni odgoj nije uveden kao poseban predmet "nego je njegova građa na prirodan i logičan način uvrštena u nekoliko predmeta: biologiju, prirodu i društvo i sat razredne zajednice". Košiček u knjizi " Seksualni odgoj" navodi da u programima za osnovne škole iz 1960. godine, posebice u književnosti, postoje teme koje obrađuju odnose u obitelji (2). Konsenzusom naobrazbe i zdravstva odlučeno je pojedine sadržaje iz područja spolnosti uključiti u odgovarajuće predmete. U knjizi "Spolni odgoj", priručniku za nastavnike iz 1973. godine (čiji su autori psihijatar, školski liječnik, prof. biologije, pedagog i sociolog) sadržane su nastavne cjeline za pojedine uzraste učenika tijekom školovanja (3).

Već tada su prve savjete adolescenti mogli potražiti u savjetovalištim za psihohigijenu koja su osnivana u domovima zdravlja. Sedamdesetih godina dvadesetog stoljeća intenzivnije počinju istraživanja o spolnom ponašanju srednjoškolaca u Hrvatskoj (4,5). Rezultati su korišteni u zdravstvenoj zaštiti učenika u zdravstvenom odgoju, u koji se uvode sadržaji i postupci sa svrhom razvijanja odgovornosti prema zdravlju i spolnosti, te očuvanja plodnosti uz razvijanje moralnih i etičkih načela i tolerancije.

Potrebu za višestrukovnim pristupom spolnom odgoju pokazuju tečajevi i simpoziji održani u Institutu za zaštitu majki i djece (sada Klinici za dječje bolesti Zagreb) "Spolni odgoj kao prioritetni zadatak u zdravstvenoj zaštiti mladih" 1987. i "Unapređenje planiranja obitelji u RH" 1992. godine tijekom kojega su analizirani i sadržaji u nastavi prirodoslovlja u osnovnim i srednjim školama. Sadržaji su uglavnom usmjereni stjecanju osnovnih biologijskih spoznaja te su stoga samo temelj za razvijanje poželjnih stavova o ljudskoj prokreaciji. Autori su zaključili da, unatoč dotadašnjim naporima, "profesori i učenici nemaju dovoljno novih spoznaja iz područja biologije čovjeka i medicine" i naglašavaju nužnu suradnju sa zdravstvom (6-8).

Praktičnu skrb o reproduktivnom zdravlju mladih i zdravstveno prosvjećivanje pružale su službe za školsku i sveučilišnu medicinu, Odjel za planiranje obitelji (sada Služba za reproduktivno zdravlje u Klaićevoj), odjeli za dječju ginekologiju u dvije kliničke bolnice, te ginekolozi u primarnoj zaštiti. Od održavanja Univerzijade u Zagrebu 1987. godine i pojave AIDS-a, školski liječnici su posebno doeducirani za provođenje prevencije spolno prenosivih bolesti u ŠNZ " Andrija Štampar" i Institutu za zaštitu majki i djece (Klaićeva).

Svi dosadašnji kongresi Hrvatskog društva za školsku i sveučilišnu medicinu, a također i Europske

unije za školsku i sveučilišnu medicinu (EUSUHUM), obuhvaćali su zaštitu reproduktivnog zdravlja.

2003. godine izrađen je Nacionalni program djelovanja za mlade koji obuhvaća sva područja značajna za očuvanje i promicanje zdravlja adolescenata, a uključuje sve odgovorne institucije i stručnjake. Nedostaju mu provedbeni dokumenti s točnim sadržajem i procjenom broja postupaka, potrebnog vremena, stručnjaka i financijskih sredstava za njegovu trajnu provedbu. Nedavno je prihvaćen Prijedlog nacionalnog plana aktivnosti za prava i interese djece od 2006. – 2012. koji uključuje i sveobuhvatnu skrb i za predškolsku dob.

Zašto se raspravlja o spolnom odgoju, spolnom ponašanju i fertilitetu adolescenata u Hrvatskoj i svijetu?

Na raspravu upućuju demografski i zdravstveno statistički pokazatelji. Prema zadnjem popisu stanovništva 2001. godine u Hrvatskoj je zbog postupnih promjena u dobnoj strukturi stanovništva prisutno ubrzano starenje stanovništva i proces depopulacije. Proces smanjenja stanovništva prisutan je u svim dobnim skupinama značajnim za reprodukciju stanovništva, odnosno za demografski razvoj (Tablica 1).

Nepovoljna demografska kretanja, ukupna depopulacija i starenje stanovništva prisutni su u Hrvatskoj više od četiri desetljeća. U tom razdoblju je stopa ukupnog fertiliteta u Hrvatskoj iznosila ispod 2,15, granične vrijednosti za jednostavno obnavljanje stanovništva, i 2003. godine je iznosila 1,31. Porast stanovništva iza Drugog svjetskog rata Hrvatska nije znala i uspjela zadržati, te je cijelo to razdoblje bila emigrantsko područje (9).

Učenici su dio baze reprodukcije, koju čine djeca od 0-14 godina. Udio ove populacijske skupine u cjelokupnom stanovništvu u posljednjih se pet desetljeća smanjuje, od 27 % ukupnog stanovništva 1953. godine do 17,1 % 2001. godine, a prema procjeni demografa smanjenje se nastavlja. Time su umanjene fertitilne mogućnosti obnavljanja stanovništva. U fertitilnu dob ulazi sve manje mladog stanovništva. To su generacije rođene u razdoblju opadajućeg nataliteta (9). Spolno ponašanje u adolescentnoj dobi utječe na plodnost i fertilitet u zreloj dobi.

Prema rezultatima dosadašnjih istraživanja, najčešća prosječna životna dob stupanja u spolne odnose u Hrvatskoj je 17 godina za adolescentice, a godinu ranije, odnosno 16 godina, za adolescente (10,11). Prosječna životna dob majke kod rođenja prvog djeteta pomiče se u stariju dob. U 2003. godini su najučestaliji porodi u dobi majke 25-29 godina (12). Prema tome, do rođenja prvog djeteta mladim parovima od prvih spolnih iskustava proteče razdoblje od oko osam godina, stoga da bi do tada sačuvali plodnost, moraju dobro poznavati kontracepciju da bi se, u tom najplodnijem fertitilnom razdoblju, učinkovito štitili od neželjenog začeća i spolno prenosivih bolesti. Rizično spolno ponašanje dijela ove populacijske skupine, namjerni pobačaji i spolno prenosive bolesti imaju za posljedicu neplodnost i tako još više umanjuju postojeći, zbog opadajućeg nataliteta, nepovoljan fertitilni potencijal stanovništva.

Na spolno ponašanje adolescenata utječu razvojni, psihološki, demografski, socijalni, gospodarski i obrazovni čimbenici. Iako su pokazatelji spolnog ponašanja adolescenata u nas i svijetu različiti, a odnose se na početak spolnog života, primjenu učinkovitih sredstava zaštite od začeća, specifični fertilitet i broj namjernih pobačaja, zajedničko je svim spolno aktivnim adolescentima da teže od starije populacije prihvaćaju programe zaštite reproduktivnog zdravlja. Tome doprinosi tijekom psihosocijalnog razvoja mladih, emocionalna i socijalna nezrelost, sklonost rizičnom spolnom ponašanju i neprimjerena prosudba dalekosežnih posljedica rizičnog ponašanja, nepoznavanja fertiliteta i/ili nedosljednost u korištenju metoda zaštite od neželjenog začeća.

Ranije spolno sazrijevanje, kasnije postizanje socijalne zrelosti i ekonomske samostalnosti zbog produženog trajanja izobrazbe, odgađanje stvaranja obitelji, promjena društvenih stavova prema spolnosti adolescenata te njihova neupitna spolna aktivnost, razlog su pojavi adolescentnih trudnoća, pobačaja i patoloških stanja reproduktivnog sustava.

Neki pokazatelji spolnog ponašanja i reproduktivnog zdravlja adolescenata

Spolno ponašanje srednjoškolaca

Postojanje određenog kontinuiteta u zaštiti spolnog i reproduktivnog zdravlja mladih potvrđuju pokazatelji spolnog ponašanja učenika i studenata i fertiliteta adolescentica koji se u Hrvatskoj prate zadnjih tridesetak godina.

U istraživanju 1972. godine koje je obuhvatilo 2317 učenika srednjih stručnih škola i gimnazija na cijelom području Hrvatske, spolno iskustvo je imalo 55,8 % mladića i 17,7 % djevojaka (3). Isti autori istraživali su i poznavanje kontracepcije nastavnika i učenika osnovnih i srednjih škola u

Hrvatskoj i stavove roditelja o spolnom odgoju djece. Zapažena je povezanost između obrazovanja roditelja i vještine komuniciranja o spolnosti (3).

Rezultati istraživanja 1990. godine, provedenog na reprezentativnom uzorku 5324 srednjoškolaca u šest gradova u Hrvatskoj, pokazali su da je spolno iskustvo imalo 48,9% mladića i 22,1% djevojaka. U promatranim područjima postoji razlika u spolnom ponašanju djevojaka, najviše ih je sa spolnim iskustvom bilo u Zagrebu. Mladići su navodili na razini statističke značajnosti veću spolnu aktivnost od djevojaka i nije bilo razlike prema područjima ispitivanja (10,11).

Rezultati nekoliko istraživanja do 2004. godine (Zagreb, Rijeka, Split, Bjelovar, Zadar, Krapina) potvrđuju da spolna aktivnost adolescenata raste s dobi (slika 1) ali nema statistički značajnog pomaka spolnog iskustva u raniju dob, te ukazuju na nove probleme u spolnom ponašanju adolescenata (12,13). To su spolni odnosi pod utjecajem alkohola i droga, najčešće bez zaštite i značajan su problem ne samo u prevenciji slučajnih mladenačkih trudnoća, nego i sprječavanja širenja spolno prenosivih bolesti.

Prema rezultatima istraživanja o zdravstvenom stanju, navikama i ponašanju učenika koje je provela Svjetska zdravstvena organizacija 2001./02. godine u 30 zemalja Europe, prema spolnom iskustvu učenice (9,7%) i učenici (23,2%) u dobi od 15. godina iz Hrvatske su na pretposljednem mjestu. Najmanje spolnog iskustva imaju njihovi vršnjaci iz Poljske.

Dječaci i djevojčice sa spolnim iskustvom razlikuju se od svojih vršnjaka bez spolnog iskustva na razini statističke značajnosti ($p=0,026$) i po tome što više puše, više se opijaju, više eksperimentiraju s marihuanom, sudjeluju u tučnjavama i slabijeg su školskog uspjeha. Značajno je da je njihova procjena osobnog zadovoljstva niža (13).

Spolno ponašanje studenata

Obilježja spolnog ponašanja studenata praćena su zadnjih dvadesetak godina. Ak. god. 1983./1984. među studenticama prve godine studija 43 % je iskazalo spolno iskustvo. Dvanest godina poslije, ak. godine 1995/96., spolno iskustvo na prvoj godini studija imalo je 45% studentica i 70% studenata. Prosječna dob stupanja u spolne odnose za studentice je bila 17, 5 godina te godinu dana ranije za studente, odnosno 16 godina (14).

Rezultati sistematskih liječničkih pregleda studenata prve godine studija ak. god. 2003./2004. na trinaest fakulteta Zagrebačkog sveučilišta iz izvješća Službe za školsku medicinu, ukazuju da je spolno aktivno 61,2% studentica i 74,0% studenata, što ukazuje na znatan porast broja studentica sa spolnim iskustvom, a tek neznatan u studenata. Nažalost, samo je 51 % spolno aktivnih studentica prve godine studija pod nadzorom ginekologa.

Učestalost patoloških citoloških nalaza pri ginekološkom pregledu i spolno prenosivih bolesti

Značajan pokazatelj reproduktivnog zdravlja, kao i mogućnost procjene plodnosti u budućnosti su patoloških nalazi Papa testa pri ginekološkom pregledu te učestalost klamidijskih infekcija, danas najraširenije spolno prenosive bolesti među adolescentima i drugih spolno prenosivih infekcija.

Među adolescenticama u dobi od 15 do 19 godina koje su posjećivale ambulantu za dječju i adolescentnu ginekologiju pri Klinici za dječje bolesti Zagreb 2000. godine, 21,7% je imalo patološki Papa-test izravno povezan s brojem spolnih partnera (15).

Učestalost spolno prenosivih bolesti mladih je u porastu. Klamidijsku infekciju nalazimo u 5-19% adolescentica sa spolnim iskustvom, 10- 20 % u studentica, a HPV infekciju u 5-9% adolescentica i studentica.

Istraživanja o učestalosti klamidijske infekcije počinju polovinom devedesetih godina prošlog stoljeća. U Zagrebu među maturanticama u dva srednjoškolska centra učestalost klamidijskih infekcija je bila 18 %, a u Sisku među adolescenticama 16,94 % (16,17). U razdoblju od 1997.- 2001. godine praćena je u tadašnjem Domu zdravlja studenata učestalost klamidijskih infekcija među studenticama prve godine studija Zagrebačkog sveučilišta iznosila je 10 - 20%. U istraživanju provedenom ak. godine 2000./01. među studenticama 4. godine studija, 15% je bilo zaraženo klamidijom trahomatis, 11% je u Papa-testu imalo nalaz predstupnjeva raka vrata maternice, a 8% je imalo nasilni prekid trudnoće (18-20). Poznato je da neprepoznate i neliječene klamidijske infekcije mogu za posljedice imati neplodnost, spontane pobačaje i izvanmaterične trudnoće, a neki tipovi klamidije mogu izazvati rak vrata maternice (21). Nasilni prekid trudnoće prije rođenja djeteta također je jedan od rizičnih čimbenika nastanka raka dojke (22).

Adolescentne trudnoće

U Hrvatskoj je u posljednjih dvadeset godina u tijeku opadanje fertiliteta, ali i broja namjernih prekida trudnoća adolescentica (Slika 2).

Fertilitet adolescentica je dugi niz godina, sve do 1982. godine, bio stabilan i iznosio je oko 40,0 poroda na 1000 djevojaka u dobi od 15 do 19. godina. Specifični fertilitet u starijim dobnim skupinama je počeo opadati daleko ranije. Od 1982. godine opada i fertilitet adolescentica, 1998. godine je manji za 55% i iznosi 16,9. 2001. godine je iznosio 15,4, 2002. godine 14,9, a 2004. godine 12,3 poroda na 1000 adolescentica. Takav je trend i u većini europskih zemalja, osim u Velikoj Britaniji u kojoj je specifični fertilitet adolescentica najviši.

Stopa namjernih prekida trudnoće u adolescentica u Hrvatskoj je također u opadanju. 1980. godine iznosila 16,9 prekida trudnoća na 1000. djevojaka u dobi od 15 do 19 godina. Deset godina kasnije iznosila je 10,6, a zadnjih godina prijavljuje se Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo godišnje oko 3,0 pobačaja (2004. god. 2,74) na 1000 adolescentica (23). Budući da se u Hrvatskoj, temeljem zakona iz 1978. godine, namjerni prekidi trudnoće mogu obavljati samo u ovlaštenim zdravstvenim ustanovama, službeni podatci potječu isključivo iz njih. Podaci o broju namjernih pobačaja iz privatnih ginekoloških ordinacija su nedostupni.

Opadanje broja adolescentnih trudnoća, bilo da završe porodom ili namjernim pobačajem, pozitivna je promjena iako daleko od željene (24). Možemo je tumačiti učinkovitošću zdravstvenog i spolnog odgoja koji je u ovom razdoblju bio provodan, iako ne stalno i sustavno, boljem poznavanju i primjeni kontracepcije te činjenici da nije došlo do statistički značajnog pomaka početka spolnog života u raniju dob, što potvrđuju i rezultati svih navedenih istraživanja o spolnom ponašanju (4-6, 10-13, 25).

Rasprava

Navedeni pokazatelji spolnog ponašanja adolescenata, bez obzira na pozitivne promjene u kretanju adolescentnih trudnoća, upozoravaju da odgoj i obrazovanje te zdravstvena zaštita reproduktivnog i spolnog zdravlja s naglaskom na očuvanju psihofizičkog zdravlja, odgovornosti i toleranciji, nisu dostatni. Činjenica je da su znanje i vještine cjelokupne mlade populacije nedostatne, kompetentnost za rješavanje problema primjerenih dobi nedovoljna, što ima za posljedicu nisko samopoštovanje. Budući da često izostaju komunikacija i podrška u obitelji, poglavito o spolnosti, spolnim slobodama i iskustvu samih roditelja (npr. o pobačaju pitanjem "to sam mogao biti i ja"), vjerojatnije je i rizično ponašanje te može uslijediti: - rano stupanje u spolne odnose i promiskuitet, neplanirane rane trudnoće i pobačaji, - bolesti reproduktivnog sustava s mogućim ranim i kasnim posljedicama (poput neplodnosti, spontanih pobačaja, izvanmaterničnih trudnoća, oštećenja i bolesti ploda, raka dojke..), - nezadovoljstvo spolnim i životom uopće, - povećani rizik za sva rizična ponašanja, - utjecaj na opće zdravstveno stanje mladih, - nasilje, zlostavljanje, netolerancija, nepoštivanje osnovnih ljudskih prava i utjecaj svih posljedica na demografsko stanje zemlje.

Tko je sve obavezan i odgovoran za odgoj ?

• Obitelj je prvi odgojni čimbenik, posebice u ranim godinama života. U daljnjem razvoju su dio odgojne funkcije preuzeli vrtići, škole, zdravstveni djelatnici, školska medicina, crkva, mediji (preko kojih snažan utjecaj vrši društvo), grupa vršnjaka (koji je ponekad filter ostalim odgojnim čimbenicima), pojedinci, zajednica i država.

S obzirom na tradiciju, te kulturološke i demografske karakteristike obitelji, roditelji se u današnjim prilikama načelnog materijalizma, potrošačkog mentaliteta i relativiziranja etičkih vrijednosti teško suočavaju s odgojem. Osobito u urbanim sredinama obitelj ne pruža trajne vrijednosti, a upravo mladi su najbolji seizmograf svih tih društvenih i vrijednosnih promjena.

• Vrtići obuhvaćaju manji broj djece, a također nema sustavnih i kontinuiranih programa koji bi primjereno dobi integrirali navedene sadržaje.

• Osnovne škole (redovne, s potpunom i djelomičnom integracijom, te specijalne) obuhvaćaju gotovo svu populaciju što im daje mogućnost obuhvata populacije, provode obrazovanje i odgoj iz navedenog područja kroz redovnu nastavu iz prirode, biologije, psihologije, etike, vjeronauka i tjelesne i zdravstvene kulture. U ponuđenim školskim redovnim programima mnoge činjenice i definicije su netočne (npr. osnovne definicije menstrualnog ciklusa i polucije) i zahtijevaju pažljivu recenziju. Neke vrlo bitne činjenice i vještine su izostavljene. Obitelj i škola, odgoj i obrazovanje trebaju omogućiti mladima da izgrade ispravne stavove te da slobodno i odgovorno donose odluke o vlastitom ponašanju koje vodi očuvanju i unaprjeđenju psihofizičkog zdravlja stanovništva (koje uključuje spolno i reproduktivno zdravlje). Takav odgoj će ujedno doprinosti postupnom smanjenju

rizičnih ponašanja i neželjenih posljedica, poboljšanju općeg zdravlja i, u konačnici, poboljšanju demografskih pokazatelja i kvalitete ukupnog življenja.

- Crkva u okviru temeljnih koordinata kršćanskog humanizma, u što valja ubrojiti dostojanstvo čovjeka kao osobe, duhovno, tjelesno i psihičko jedinstvo osobe te značaj osobne savjesti, kroz program vjeronauka u osnovnim i srednjim školama, u okviru župne kateheze te na zaručničkim tečajevima podučava i doprinosi osobnom odgojnom procesu i razvoju u skladu s naukom vjere i s pravom na osobni izbor svake osobe, a što se ne mora podudarati sa stavom onih koji imaju drugačiji svjetonazor a također imaju pravo na osobni izbor.

- Mediji prema brojnim istraživanjima imaju najveći utjecaj, a nitko ne vodi sustavnu brigu o kvaliteti i točnosti tih informacija. Utjecaj medija slijedi utjecaj vršnjaka, koji međusobno prenose često netočne informacije.

- Školska medicina kao struka sudjeluje u provođenju zdravstvenog odgoja i promicanju zdravlja u školama i na fakultetima. To je dio rada liječnika školske medicine propisan u Planu i programu mjera zdravstvene zaštite iz osnovnog zdravstvenog osiguranja u Specifičnim i preventivnim mjerama zdravstvene zaštite za djecu i mladež školske dobi i redovite studente koji treba usuglasiti sa zdravstvenim odgojem ugrađenim u različite školske predmete i na taj način ga standardizirati.

Povremeno se provode pojedinačna predavanja unutar škola ili u okviru vrlo uspješnih projekata koji ne obuhvaćaju cjelokupnu populaciju. Liječnici školske medicine su kroz svoju specijalizaciju i poslijediplomski studij posebno educirani za provođenje zdravstvenog odgoja a kao struka školska medicina ima dugu tradiciju rada sa školskom djecom i mladeži, surađujući sa stručnim timovima škola i roditeljima. Uz posjedovanje dodatne licence i stručnu superviziju, specijalisti školske medicine mogu sudjelovati u modulima trajnog stručnog usavršavanja nastavnika. Međutim, iz različitih razloga, primjerice nedostatne doedukacije, nedostatka metodoloških i didaktičkih pomagala, vremena, opterećenja sadržajima u školama, velikih normativa i široke mreže škola koju pokrivaju školski liječnici ali i brojnih drugih prepreka, ne postižu se željeni ciljevi. Srednje pak škole ne pohađa sva populacija adolescenata i nisu svi obuhvaćeni, edukacija je nedostatna, a razumijevanja za otvaranje savjetovališnih centara sa timskim višestrukovnim pristupom baš i nije bilo. Sve je ostalo na par specijaliziranih institucija i na timovima školske medicine vrlo opterećenih visokim normativima i širokom mrežom.

Zato možemo potvrditi da iako se radilo na rješavanju problema, na što ukazuju i neki pokazatelji, to nije bilo dostatno. Zadatak i dužnost je Države, odnosno Ministarstava, stvoriti okruženje i uvjete za rješavanje problema i postizanje postavljenih ciljeva.

Koliko su postojeći redovni programi zadovoljavajući za populaciju, primjenljivi, obećavaju li djelotvornost? Koje su mogućnosti i teškoće provedbe (organizacije, institucija, ljudi, opreme, financije i dr.) Treba li prvo od postojećih dokumenata iz ovoga područja izraditi Nacionalnu strategiju s prioritetima i holističkim pristupom koji zahtijeva timski višestrukovni pristup i interaktivne metode u provođenju programa mjera?

Prijedlozi za raspravu:

1. Evaluirati postojeće programe, prvenstveno u području izobrazbe i zdravstva, prihvatiti i dopuniti one programe koji su već dokazali učinkovitost npr. smanjenje mladenačkih trudnoća, a nadopuniti sadržajima koji bi doprinijeli rješavanju prioritetnih problema a sada je to, sa zdravstvenog stajališta, sprečavanje širenja spolno prenosivih bolesti. Program/i treba obuhvaćati sve sadržaje koji bi bili prihvatljivi i obvezni za svu populaciju učenika i studenata. Programe udruga i drugih predlagača treba, nakon potrebnih stručnih recenzija, prepustiti izboru roditelja.

2. Postojeći Nacionalni program djelovanja za mlade dopuniti potrebnim provedbenim dokumentima, provoditi ga i evaluirati. Program otvara mogućnost osnivanja savjetovališta a višestrukovnom suradnjom

3. U rad uključiti relevantne stručnjake i institucije.

Radi se o vrlo odgovornom području koje obuhvaća sve aspekte života i stoga zadire u rad niza ministarstava, posebice zdravstva. Hrvatska ima vrlo dugu tradiciju u razvoju javnog zdravstva.

4. Budući da je učenje o spolnom i reproduktivnom zdravlju nemoguće izdvojiti iz učenja o brizi i odgovornosti za ukupno psihofizičko zdravlje, čini se najprimjerenije sadašnjem stanju zdravlja i zdravstvenoj kulturi stanovništva uvođenje novog predmeta «Zdravstveni odgoj». Uvođenje takvog predmeta bilo bi tek segment ali začetak potrebne kontinuirane općedruštvene intervencije usmjerene k očuvanju zdravlja. U tom smislu bi bilo potrebno izabrati i propisati sadržaje, neophodno

nastavno vrijeme i stručnjake za provedbu (naobrazba, licenca,...).

Zaštita reproduktivnog zdravlja adolescenata je jedna od prioritarnih zadaća zdravstvene zaštite mladeži. Uspješno se može provoditi višestrukovnom suradnjom stručnjaka: školskih liječnika, ginekologa, psihologa, a po potrebi i drugih stručnjaka, te u suradnji sa školom u kojoj stručni timovi prvi obavljaju probir adolescenata rizičnog ponašanja. Nužno je obuhvatiti adolescente oba spola. Spolno aktivne treba što ranije nakon prvih spolnih iskustava uključiti u zdravstvenu skrb - adolescentice u ginekološku zaštitu, a za mladiće po indikaciji učiniti probir na spolno prenosive infekcije, provjeriti način zaštite od začeća i spolnih infekcija, savjetovati ih i pružiti im izravnu pomoć. To je prioritarna zadaća zdravstvene zaštite, ne samo zbog prava adolescenata na reproduktivno zdravlje, nego i zbog očuvanje plodnosti ukupnog stanovništva i mogućnosti njegova obnavljanja.

Zdravlje je temelj uspješna života, a odgovornost za zdravlje je etička činjenica, slobodan izbor, a ne teret. Zato je potrebno u okviru populacijske politike, u cilju očuvanja fertilnog potencijala stanovništva, posebno promicati, provoditi i evaluirati programe zaštite reproduktivnog zdravlja djece, mladeži i studenata.

Literatura:

1. Valković M. Planiranje obitelji i odgovorno roditeljstvo u odgojnim programima Katoličke crkve za djecu i mladež. U: Unapređenje planiranja obitelji u R Hrvatskoj. Medicinski fakultet, Institut za majku i dijete i ŠNZ "A. Štampar", Zagreb, 1992.
2. Košiček M. Seksualni odgoj. Epoha; Zagreb, 1965.
3. Košiček M, Cotić A, Novak-Reiss, Tajsl Š, Zadrović A. Spolni odgoj. Školska knjiga, Zagreb 1973.
4. Trenc P, Beluhan A. Ispitivanje stavova i aktivnosti u seksualnom životu srednjoškolske omladine u SR Hrvatskoj, Arhiv majke & djeteta, Vol.XVII studeni –prosinac 1973. br. 6.
5. Beluhan A, Benc M, Štampar D, Trenc M. Poznavanje kontracepcije u nastavnika osnovnih i srednjih škola u SR Hrvatskoj. Žena, br.6,1974;33:51-55.
6. Štampar D, Beluhan A, Džepina M. Fertilitet i ponašanje u planiranju obitelji adolescentica u SR Hrvatskoj. Arhiv ZMD 1988; 32:93-101.
7. De Zan. Sadržaji o obitelji u programima prirodoslovlja osnovnih škola. U: Unapređenje planiranja obitelji u RHrvatskoj. Medicinski fakultet, Institut za zaštitu majki i djece i ŠNZ "A. Štampar", Zagreb, 1992.
8. Špringer O. Biomedicinsko obrazovanje srednjoškolaca. Unapređenje planiranja obitelji u RHrvatskoj. Medicinski fakultet, Institut za zaštitu majki i djece i ŠNZ "A. Štampar", Zagreb, 1992.
9. Wertheimer-Baletić A. Tendencije u razvoju stanovništva Hrvatske.U: Wertheimer-Baletić A. Stanovništvo i razvoj. Zagreb; MATE;1999.str.601-604.U:Hrvatski zdravstveni ljetopis
10. Štampar D, Beluhan A. Spolnost adolescenata u Hrvatskoj. Arhiv zašt. majke i djeteta 1991;35:189-94.
11. Gruić-Koračin J, Džepina M, Beluhan A. Spolno ponašanje hrvatske mladeži i njen odnos prema kontracepciji. Gynaecol Perinatol 1993;147-150.
12. Hiršl-Hećej V, Štulhofer A. Urban Adolescents and Sexual Risk Taking. Coll. Antropol.25 (2001) 1:195-212.
13. Ross J, Godeau E, Dias S. Sexual health in young people – findings from the HBSC Study. Entre Nous, The European Magazine for Sexual and reproductive Health ,No. 58-2004. WHO Ured za Europu.
14. Džepina M, Topalović Z, Ćurić M. Spolno ponašanje I procjena reproduktivnog zdravlja zdravlja studentica. Simpozij o spolno prenosivim bolestima. Opatija;2003.
15. Šikanić-Dugić N, Kani D, Hiršl-Hećej V. Pojavnost cervikalnih intraepitelijalnih neoplazija u adolescentica. 2. Simpozij o spolno prenosivim bolestima s međunarodnim sudjelovanjem, Dubrovnik, 2000.
16. Barišić D. Chlamydia trachomatis kao uzročnik genitalnih upala u djevojaka adolescentne dobi. Medicinski fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Magistarski rad, Zagreb, 1986.
17. Tomljenović M, Vujaković N, Radiković B, Kružičević V, Kopjar B. Učestalost klamidije trahomatis u adolescentica. Jugosl ginekol perinatol 28, 1988;3-4:57-59.
18. Dvornik-Radica A, Zavorović S. Prevalencija spolno prenosivih bolesti u splitskih studentica. Kongres školske i sveučilišne medicine, Subotica,1990. Zbornik radova;72-73.
19. Srebočan B, Šoštarčić I, Kolundžić B.Cervikalne displazije i učestalost klamidije trahomatis u studentica Sveučilišta u zagrebu.Kongres školske i sveučilišne medicine, ŠUM 90; Subotica,1990. Zbornik radova: 73-75.
20. Džepina M, Jukić J, Dubravka K, Beluhan A. Sexual behavior in female students with chlamydia trachomatis infection. VII. World Congress of Pediatric and Adolescent Gynecology, May 31 - June 3. 1998., Helsinki, Finland
21. Džepina M, Topalović Z, Kani D. Prevencija spolno prenosivih bolesti sistematskim

- liječničkim pregledom. 2. Simpozij o spolno prenosivim bolestima s međunarodnim sudjelovanjem, Dubrovnik, 2000.
22. Anttila T, Saikku , Koskela P, et al. Serotypes of Chlamydia trachomatis and Risk for Development of cervical Squamous Cell Carcinoma. JAMA, January 3, 2001-Vol 285, No1:47-51.
 23. Džepina M, Katalinić D, Rodin U. Adolescent Pregnancies in Croatia from 1980 to 1999. 3rd Croatian Congress of School and University Medicine, Zagreb, 2001.
 24. Newcomb P.A, Storer E. B, Longnecker P.M, Mittendorf R, Greenberg E.R, Willet C. W. Pregnancy termination in Relation to Risk of Breast Cancer. JAMA, January 24/31,1996-Vol 275, No 4: 283-287.
 25. Kipke-Sabol LJ. Ocjena potrebe ciljanog spolnog odgoja srednjoškolske omladine. Magistarski rad. Medicinski fakultet Zagreb, 1990.

Kontakt:

Prim. dr. Marija Džepina
Zavod za javno zdravstvo grada Zagreba
Služba za školsku i sveučilišnu medicinu
Tel: 46 96 280,
e-mail: marija.dzepina@publichealth-zagreb.hr