

## ТРУДНОЋА ТОКОМ АДОЛЕСЦЕНЦИЈЕ

Трудноћа током адолесценције је универзалан и у већини земаља света непотпуно решен проблем. Учесталост адолесцентне трудноће се, ипак, веома разликује међу земаљама, што се првенствено објашњава неједнаким уделом младих који су сексуално активни и обимом ангажованости друштва у припреми младих за полни живот. Земље с високом учесталошћу адолесцентних трудноћа одликује интензиван пораст учесталости сексуалне активности адолесцената са непостојањем осмишљене друштвене акције која би допринела каналисању сексуалности младих и превенцији последица. Процењена стопа трудноћа код адолесценткиња у Србији (50/1.000 девојака 15-19 година у једној календарској години) је једна од највиших у Европи. Опадање стопе адолесцентних трудноћа, запажено у великом броју земаља Европе, постигнуто је правовременом едукацијом младих и промоцијом савремене контрацепције, али и мотивисањем младих да, избегавајући преурањено рађање, остваре боље образовање и економски напредак.

Трудноћа настала током адолесценције има високу цену, како са индивидуалног, тако и са ширег друштвеног аспекта. Здравствене и психосоцијалне последице су бројне и озбиљне, без обзира да ли ће исход трудноће бити њен намерни прекид или рађање детета.

### **Намерни прекид трудноће код адолесценткиња**

Савремено друштво има либералнији однос према намерном прекиду трудноће као виду контроле рађања. Стога је снижавање стопе малолетничких трудноћа и порођаја у великом броју земаља света било, нажалост, праћено порастом стопе артифицијалних побачаја. Тако се абортусом заврши две трећине адолесцентних трудноћа у Данској, око 60% у Француској и Норвешкој и 70% у Шведској. Изузетак је Холандија, коју поред ниских стопа малолетничких трудноћа и порођаја одликује и ниска учесталост намерног прекида трудноће код адолесценткиња, остварена првенствено применом савремене и ефикасне контрацепције. Висока стопа абортуса код адолесцената одражава, наиме, и неуспех да се млади људи образују и оспособе да користе модерну и ефикасну контрацепцију.

У Србији стопа абортуса код адолесцената износи око 20 промила (20 абортуса на 1.000 девојака адолесцентног узраста), што се може оценити као висока учесталост нежељених трудноћа код младих особа. О величини овог проблема говори податак да се, према налазима

испитивања, до краја адолесценције једна или више трудноћа догоди свакој шестој сексуално активној девојци у Београду. Индукованим абортусом, међутим, веома често регулишу плодност и жене старијих животних доба, тако да се код адолесценткиња изврши само око 3,0% од укупног броја ових интервенција. Сличан модел регулисања плодности је присутан, због ране либерализације абортуса, и у бившим социјалистичким земљама.

Намерни прекид трудноће вишеструко угрожава психофизичко здравље адолесценткиња. Због незавршеног биолошког развоја код адолесценткиња су, у односу на особе старијег животног доба, чешће компликације, као што су повреде унутрашњих полних органа, крвављења, анемије и инфекције. Настала запаљења полних органа могу да поприме хронични ток и да резултују хроничним боловима у малој карлици, немогућношћу зачећа или потешкоћама у остваривању оптималног тока и исхода наредних трудноћа. Дугорочни негативни утицај намерног прекида трудноће на репродуктивно здравље жена у Србији потврђују резултати студије, према којима абортус значајно повећава ризик за настанак спонтаних побачаја и превремених порођаја у наредним трудноћама. Стерилитет представља посебно озбиљу компликацију намерног прекида трудноће. Учесталост секундарног стерилитета после намерног прекида трудноће код жена које претходно нису рађале, према резултатима испитивања спроведеним у Србији, износи до 14,4%.

Намерни прекид трудноће често представља и емоционално трауматично искуство. Резултати истраживања, која су спроведена у Украјини и Русији, показују да се око 70% жена након абортуса осећа депресивно. Када је реч о адолесценткињама, услед њихове психосоцијалне незрелости, овакав догађај може да резултује депресијама, суицидалним идејама и да доведе до развоја антисоцијалне структуре личности. Истраживања у Србији показују да приближно за сваку десету адолесценткињу индуковани абортус представља тежак емоционални стрес и непосредни узрок депресије.

### **Трудноћа и рађање током адолесценције**

Мада је преко 90% трудноћа насталих током адолесценције непланирано, велики број се наставља и резултује рађањем детета. У Србији се на тај начин завршава половина малолетничких трудноћа. Рађање у периоду адолесценције представља посебан здравствени и психосоцијални проблем. С обзиром на то да трудноћа представља посебну врсту физиолошког оптерећења организма, због телесне незрелости девојака које рађају пре 18. године живота

повећана је учесталост спонтаних побачаја, превремених порођаја и патолошких стања у трудноћи.

Код адолесценткиња се трудноћа често обелодањује касно, односно у одмаклом стадијуму. То је условљено бројним разлозима. Код веома младих девојака узрок најчешће треба тражити у њиховој незрелости и незнању, што им отежава да у првим месецима постану свесне трудноће. Има адолесценткиња које не желе да наставе трудноћу, али немају храбрости да затраже помоћ, јер се боје осуде околине. Првенствено, да ће због трудноће доживети казну или одбацивање родитеља, стигматизацију у својој вршњачкој групи или ће морати да прекине школовање. Одлажући доношење одлуке, те девојке се први пут јављају лекару у узнапредовалој трудноћи када нема више могућности да се изврши намерни побачај. Према важећим законским решењима Републике Србије, трудноћа се може прекинути на захтев трудне женске особе старости 16 и више година само до навршених десет недеља гестације. Ако је девојка млађа од 16 година, за извршење артифицијалног абортуса потребна је сагласност родитеља или старатеља.

Веома је важно да труднице адолесцентног узраста редовно одлазе код лекара од почетка трудноће, јер су у повишеном ризику за настанак поремећаја у развоју плода или патолошког тока трудноће. Због незавршеног телесног развоја, порођај је често отежан, а новорођенчад су ниске порођајне тежине и недонесена. Зато је важно да адолесценткиња већ на почетку трудноће буде упозната са принципима правилне исхране и хигијене током трудноће, потребом да избегава дуван, алкохол и психоактивне супстанце, да редовно одлази на контроле и придржава се упутстава лекара и да се припреми да постане мајка.

Ризици по здравље новорођенчета мајки адолесцентног узраста се пролонгирају и током периода материнства. Чак и старијој адолесценткињи, која је физички способна да се на одговарајући начин брине о свом детету, могу да недостају емоционална стабилност, зрелост и искуство које су предуслов материнства. Зато се деца малолетних мајки знатно чешће хоспитализују због ургентних стања, цревних инфекција и незгода током првих пет година живота. Резултати више истраживања указују да деца из трудноћа адолесценткиња чешће имају успорени психомоторни развој, спорије се социјализују и склони су малолетничкој делинквенцији, а испољавају тенденцију да и сами прерано постану родитељи.

Млади који постану родитељи током адолесценције обично прекидају школовање и смањене су им шансе да се остваре на неким другим животним пољима. Уколико се између младих у таквој ситуацији оствари заједништво, често се завршава раскидом и разводом.

Др сци.мед. Катарина Седлецки