

Reproduktivno zdravlje i planiranje obitelji u svezi s demografskim promjenama u Republici Hrvatskoj

Ćerluka, Tomislava

Master's thesis / Diplomski rad

2015

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split, School of Medicine / Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:171:896548>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-22**



Repository / Repozitorij:

[MEFST Repository](#)



SVEUČILIŠTE U SPLITU
MEDICINSKI FAKULTET

Tomislava Čerluka

**REPRODUKTIVNO ZDRAVLJE I PLANIRANJE OBITEJI U SVEZI S
DEMOGRAFSKIM PROMJENAMA U REPUBLICI HRVATSKOJ**

Diplomski rad

Akadska godina:

2014. / 2015.

Mentor:

Dr. sc. Iris Jerončić Tomić

Split, srpanj 2015.

Sadržaj:

1. Uvod	1
1.1. Reproktivno zdravlje	2
1.2. Prekonceptijska i prenatalna izloženost okolišnim kemikalijama	3
1.3. Reproktivno zdravlje adolescenata	4
1.4. Spolno prenosive infekcije	5
1.5. Prekidi neželjene trudnoće i posljedice	5
2. Demografske promjene u Republici Hrvatskoj	7
3. Planiranje obitelji.....	10
3.1. Kontracepcija.....	11
3.1.1 Prirodne metode kontracepcije.....	12
3.1.2 Mehanička i kemijska kontracepcija.....	12
3.1.3 Hormonska kontracepcija	13
3.1.4 Intrauterina kontracepcija	13
3.1.5 Hitna kontracepcija.....	14
3.1.6 Trajne metode kontracepcije	14
4. Ciljevi istraživanja i hipoteze.....	15
5. Materijal i metode.....	17
6. Rezultati.....	20
7. Rasprava	31
7.1. Tranzicijske promjene u obitelji	34
7.2. Djelatnost zdravstvene zaštite žena.....	35
7.3. Promocija zdravlja	37
8. Zaključci	40
9. Popis citirane literature	42

10. Sažetak	46
11. Summary.....	49
12. Životopis.....	53

Ovaj diplomski rad napravljen je na Medicinskom fakultetu u Splitu 2015. godine. U radu smo objavili 11 slika i 5 tablica.

KRATICE:

AIDS – sindrom stečene imunodeficijencije (acquired immunodeficiency syndrome)

CAS – Skala Kontracepcijskog Stava (Contraceptive Attitude Scale)

EU – Europska unija

HIV - Virus humane imunodeficijencije (human immunodeficiency virus)

HPV – humani papilomavirus

HZJZ – Hrvatski zavod za javno zdravstvo

HZZO – Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

IUD – intrauterini uložak (intrauterine device)

PHC – primary health care

PZZ – primarna zdravstvena zaštita

RH – Republika Hrvatska

SPI - spolno prenosive infekcije

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

1. Uvod

Kad se govori o zdravlju populacije jedne države ne možemo to činiti bez poznavanja demografske dinamike populacije i njenih specifičnih karakteristika, zatim zdravstveno-statističkih pokazatelja, javnozdravstvene razine, socijalno-ekonomske razine populacije i kultura te populacije. Planirati zdravlje, posebice reprodukcijsko, i sačuvati ga za prokreaciju u budućnosti, zatim kreirati tu budućnost novim i zdravim ljudskim potencijalom, zahtijeva intervenciju društva, stalno informiranje i edukaciju obrazovnog sustava te garantirane zdravstvene mjere kroz primarnu, sekundarnu i tercijarnu razinu (1). Struktura stanovništva, prema Popisu 2011. godine, pokazuje da je hrvatsko stanovništvo u trendu progresivnog starenja jer je udio starijih od 65 godina dosegao 17,7%, a mlađih od 14 godina je smanjen na 15,2% (2). Imajući u vidu takvo demografsko stanje i predvidiva kretanja, u ovom diplomskom radu želimo pokazati kolika je važnost planiranja obitelji i reproduktivnog zdravlja u Republici Hrvatskoj te koliko je značajan problem pobačaja.

1.1. Reproductivno zdravlje

Prema definiciji prihvaćenoj u Kairu 1994. godine na Međunarodnoj konferenciji o populaciji i razvoju: „Reprodukcijsko zdravlje je stanje potpunog fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsutnost bolesti, u svemu što se odnosi na sustav reprodukcije i njegovo funkcioniranje u procesima reprodukcije“ (3). Reproductivno zdravlje uključuje slobodno i svjesno odlučivanje o najpovoljnijem vremenu za roditeljstvo, za rađanje željenog broja djece te razmaku između poroda. Isto tako uključuje dostupnost informacija i sredstava za kontracepciju te pravo na najviše standarde zaštite seksualnog i reproduktivnog zdravlja (4). Zaštita reproduktivnog zdravlja sastoji se od edukacije o spolnosti i reprodukciji, savjetovanja o planiranju obitelji, zdravstvene zaštite reprodukcije, prevencije, dijagnostike i liječenja različitih bolesti i poremećaja te prekida trudnoća. Na reprodukcijsko zdravlje utječu socioekonomski uvjeti u kojima živimo, genetika, prirodno okruženje te osobno ponašanje. Na genetsko nasljeđe se, za sada, ne može utjecati, ali zato se može utjecati na očuvanje prirodnog okoliša i na edukaciju društva o reproduktivnom zdravlju. Jedino tako omogućiti će se napredak društva u smislu postizanja društvenih i individualnih ciljeva, a generacijama koje dolaze ostaviti će se u nasljedstvo svijet u kojem se može zdravo živjeti.

1.2. Prekonceptijska i prenatalna izloženost okolišnim kemikalijama

Prekonceptijska i prenatalna izloženost okolišnim kemikalijama su od posebnog značaja jer oni mogu imati dubok i trajan utjecaj na zdravlje kroz život. Prevencija izloženosti kemikalijama kroz razvoj djeteta biti će korisna za one zdravstvene stručnjake koji se bave reproduktivnim zdravljem (5). Dokumentirano je da prenatalna izloženost određenim kemikalijama povećava rizik od raka u djetinjstvu, a postnatalna izloženost nekim pesticidima može uzrokovati poremećaje u svim razvojnim stadijima reproduktivne funkcije u odraslih žena uključujući pubertet, menstruaciju, ovulaciju, plodnost, fekundabilnost i menopauzu (6). Poznati primjeri teških razvojnih malformacija zbog izloženosti teratogenima su djeca rođena s malformacijama ekstremiteta zbog majčinske uporabe talidomida za nesanicu ili jutarnje mučnine i djeca s teškim neurološkim problemima vezanim uz majčinu konzumaciju ribe iz Minamata Bay (Japan) koja sadržava živu.

Profesionalna izloženost organskim otapalima tijekom trudnoće povezana je s povećanim rizikom od teških malformacija, a malformacije su češće u žena koje su pokazivale simptome povezane s izloženošću organskim otapalima (7). Izloženost fetusa cigaretnom dimu dovodi do smanjenja rasta pluća, povećane stope infekcija respiratornog trakta, upale srednjeg uha i astme u djetinjstvu, a ozbiljnost tih problema povećava se s količinom cigaretnog dima. Sindrom iznenadne smrti djeteta, problemi u ponašanju, mentalna zaostalost i povećane stope pušenja kod adolescenata također su povezane s izloženosti cigaretnom dimu pogotovo u razdoblju fetusa i prvim godinama života (8).

Endokrini ometači su kemikalije koje oponašaju ili ometaju djelovanje prirodno izlučenih hormona, a ovaj poremećaj često se događa na ekstremno niskim dozama izloženosti (9). Mnogi od tih tvari imaju estrogeni učinak i mogu utjecati na reproduktivne i razvojne ishode. Mogući učinci uključuju poremećaje jajnika, maternice, dojke te promjene na početku puberteta (10). Endokrini ometači prisutni su u pesticidima, plastici, industrijskim kemikalijama i gorivu.

Postoje i drugi čimbenici rizika osim okolišnih koji mogu utjecati na zdravlje djeteta prije i nakon rođenja, kao što su prehrana u trudnoći, majčino zdravlje, vrijeme i kvaliteta prenatalne skrbi. Određena stanja mogu utjecati na to kako se dijete razvija i mogu dovesti do zdravstvenih problema nakon rođenja, a to su nedostataka vitamina (folna kiselina), nekontrolirane kronične bolesti (visok krvni tlak ili dijabetes) i neliječena infekcija (bakterijske vaginoze, trihomonijaza) (11).

Na reproduktivni sustav žene štetno djeluju čimbenici koji mogu biti kemijski, fizički ili neki drugi uvjeti na radnom mjestu. Čimbenici koji mogu smanjiti plodnost u žena su lijekovi za liječenje raka, uključujući antitumorske lijekove, olovo, ionizirajuća zračenja, uključujući x-zrake i gama zrake, dušikov oksid (N₂O), a čimbenici koji mogu poremetiti menstrualni ciklus i / ili proizvodnju hormona su razni pesticidi, ugljikov disulfid (CS₂), poliklorirani bifenili (PCB), organska otapala, mlazno gorivo te rad u smjenama (12).

S obzirom na to mora se naglasiti važnost prevencije i brige o izloženosti okolišnim kemikalijama svim ženama koje namjeravaju ostati trudne ili to već jesu.

1.3. Reproductivno zdravlje adolescenata

U zaštiti reproduktivnog zdravlja adolescenti imaju posebno mjesto s obzirom na to da zdravstveni problemi adolescentne dobi vezani za reproduktivno zdravlje ovise o spolnom ponašanju u toj dobi, a svojim dugoročnim posljedicama utječu na reproduktivno zdravlje i plodnost te zdravstvene probleme u budućnosti (13).

Adolescencija je razdoblje psihičkog, fizičkog, socijalnog i emocionalnog sazrijevanja, a obuhvaća period života od 10 do 19 godine. U tom razdoblju razvija se spolna zrelost, a to rezultira početkom spolne aktivnosti. Adolescenti su fizički i spolno zreli, ali zbog emocionalne nestabilnosti skloniji su rizičnim spolnim ponašanjima kao što su rano stupanje u spolne odnose, mijenjanje partnera te spolnim odnosima bez korištenja zaštite. Sve je niža prosječna dob stupanja u prvi spolni kontakt, što je istovremeno povezano s većim brojem spolnih partnera tijekom aktivnog spolnog života, a time i povećanim rizikom od dobivanja spolno prenosivih bolesti. Procjenjuje se da svake godine od spolno prenosivih bolesti oboli više od 400 milijuna odraslih ljudi. Od toga se broja oko 60% spolno prenosivih bolesti i infekcija pojavljuje u osoba mlađih od 25 godina (14).

Istraživanje „The Health Behavior in School – Aged Children“ provedeno 2005./2006. ukazuje na to da je u Hrvatskoj 28,6% dječaka te 16,8% djevojčica u dobi od 15 godina imalo spolno iskustvo pa je u usporedbi sa rezultatima istraživanja iz 2001./2002. posrijedi porast od 73% među djevojčicama te 23,2% među dječacima. Najčešće sredstvo zaštite je bio kondom (70%). Istraživanje iz 2008. godine pokazalo je da je iskustvo spolnog odnosa imalo 29,6% šesnaestogodišnjaka, 26,6% djevojaka i 33,4% mladića, a što se tiče uporabe sredstava zaštite od neželjene trudnoće 69,2% mladih rabi kondom, hormonalna kontracepcijska sredstva

10,5%, a gotovo 20% spolno aktivnih adolescenata ne koristi nikakvu metodu zaštite. U istom istraživanju na pitanje o hormonalnim oralnim kontraceptivima ponuđeni su sljedeći odgovori: da su potpuno bezopasni, da ih treba uzimati pod nadzorom liječnika, da su više štetni nego korisni, da su opasni i ne znam. Točnih je odgovora bilo 48,2%, a 56,5% učenika je odgovorilo s „ne znam“ (14).

1.4. Spolno prenosive infekcije

Spolno prenosive infekcije jedan su od najvažnijih javnozdravstvenih izazova današnjice. Značenje spolno prenosivih infekcija (SPI) višeznačno je i one su golemo opterećenje za morbiditet i mortalitet i u zemljama s ograničenim ekonomskim resursima i u razvijenim zemljama Europe. Dugoročne posljedice SPI, kao što su neplodnost, kronična zdjelična bol i izvanmaternična trudnoća, veliki su problem reproduktivne medicine. Sve se veći napor ulaže u proučavanje putova i dinamike prijenosa SPI, dijelom zbog epidemije HIV-a, ali i prepoznatog značenja ostalih SPI i povećanog nastojanja prevencije i kontrole (15).

Dinamika prijenosa i širenje infekcije ovisit će ne samo o načinima seksualnog ponašanja pripadnika pojedinih grupa, broju i dinamici izmjene seksualnih partnera i uporabi kontracepcije već i o značajkama uzročnika, kao virulenciji i trajanju infektivnosti (16). Svake godine više od 440 milijuna odraslih oboli od spolno prenosivih bolesti, a oko 60% infekcija pojavljuje se u osoba mlađih od 25 godina (15). Klamidijska je infekcija prema izvještavanju najproširenija spolno prenosiva infekcija u Europi.

1.5. Prekidi neželjene trudnoće i posljedice

Veliki problem današnjice su neželjene trudnoće i posljedični pobačaji.

U Republici Hrvatskoj, prekid trudnoće reguliran je Zakonom o zdravstvenim mjerama za ostvarivanje prava na slobodno odlučivanje o rađanju djece (NN 614/78). U Republici Hrvatskoj žena može legalno izvršiti prekid trudnoće bez dozvole komisije, ukoliko se radi o trudnoći koja traje do deset tjedana. Prema istom Zakonu te na temelju rješenja

Ministarstva zdravstva iz 1996. godine, prekid trudnoće se može obaviti u samo za to ovlaštenim stacionarnim zdravstvenim ustanovama (17).

Tijekom 2013. godine bilo je prijavljeno 10.965 prekida trudnoće, što predstavlja blagi porast u odnosu na prethodne godine. Legalno induciranih prekida trudnoće bilo je 3.816 ili 34,8%. Zabilježeno je 2.170 spontanih prekida trudnoće (19,8%). Ostali prekidi trudnoće iznosili su 45,4% (4.979). Broj mladih djevojaka do 19 godina koje su obavile pobačaj na zahtjev u 2013. godini bio je 253 (6,6%). Ranijih godina bio je do 7%, a u 2012. 8,3%. Od svih žena koje su imale prekid trudnoće najviše je onih u dobi 30 - 39 godine. Među ženama koje traže prekid trudnoće najviše je onih koje već imaju djecu, a njih je bilo 2.163 ili 56,7% i u dobi su 30 - 39 godina, tako se i ove godine potvrđuje činjenica da se prekid trudnoće i dalje koristi kao sredstvo kontracepcije (18).

2. Demografske promjene u Republici Hrvatskoj

Prema Popisu stanovništva 2011. godine u Hrvatskoj je prebivalo 4,284.889 stanovnika. Državni zavod za statistiku je u Popisu 2011. godine, u skladu s međunarodnim statističkim standardima, za definiranje ukupnog stanovništva, primijenio koncept uobičajenog mjesta stanovanja. Prema tom konceptu „ukupnim stanovništvom naselja, odnosno zemlje, smatraju se sve osobe koje u tom naselju odnosno zemlji imaju svoje uobičajeno mjesto stanovanja u kojem neprekidno žive barem 12 mjeseci ili su, u trenutku Popisa, došle u svoje uobičajeno mjesto stanovanja s namjerom da u njemu ostanu barem godinu dana“. Struktura stanovništva, prema Popisu 2011. godine, pokazuje da je hrvatsko stanovništvo u trendu progresivnog starenja, jer je udio starijih od 65 godina dosegao 17,7%, a mlađih od 14 godina je smanjen na 15,2% (2).

Prema Državnom zavodu za statistiku, očekivano trajanje života pri rođenju u Hrvatskoj u 2012. godini je za oba spola zajedno iznosilo 77,0 godina, odnosno za žene 80,1 godinu, a za muškarce 73,9 godina. U posljednjih 50 godina (1960. - 2010.) u Hrvatskoj se očekivano trajanje života pri rođenju za muškarce povećalo za oko 9,2 godina, odnosno 1,8 godina po desetljeću, očekivano trajanje života pri rođenju za žene povećalo za oko 10,9 godina, odnosno 2,2 godine po desetljeću. Očigledno je da očekivano trajanje života pri rođenju u Hrvatskoj i zemljama EU-a raste. U posljednjem desetljeću očekivano trajanje života pri rođenju za žene se povećalo za oko 1,8 godina, tj. povećavalo se za nešto više od dva mjeseca svake godine. Istovremeno, očekivano trajanje života pri rođenju za muškarce se povećalo za oko 2,6 godina, tj. povećavalo se za nešto više od tri mjeseca svake godine. Očekivano trajanje života pri rođenju za muškarce u zadnjem desetljeću u Hrvatskoj raslo je brže od 50-godišnjeg prosjeka, a ujedno se razlika između muškaraca i žena postupno smanjuje. Ono što zabrinjava je povećanje prosječne starosti stanovništva koje je za žene u 2011. godini iznosilo 43,4 , a za muškarce 39,9 godina (2).

Dugogodišnje smanjivanje nataliteta, fertiliteta i prirodnog prirasta ubrzano je ratnim zbivanjima te od 1991. godine Hrvatska ulazi u depopulacijsku fazu prirodnog kretanja. Natalitetna stopa u 2012. godini je 9,8/1 000 (u 2011. godini 9,4), mortalitetna 12,1/1 000 (u 2011. godini 11,8), stopa općeg fertiliteta 43,4 (u 2011. godini 40,4). U 2012. godini zabilježena je negativna stopa prirodnog kretanja od -2,3. Pozitivno prirodno kretanje je u Gradu Zagrebu, Splitsko - dalmatinskoj i Međimurskoj županiji. Sve ostale županije bilježe prirodni pad, a prema državnom prosjeku, na 100 umrlih je 80,8 živorođenih (u 2011. godini 80,7). Prema podacima Državnog zavoda za statistiku perinatalno je umrlo 209 djece ili 5,0/1.000 ukupno rođenih (u 2011. godini 243 ili 5,9/1.000 ukupno rođenih). Među

perinatalno umrlima bilo je 130 mrtvorodjenih (stopa mrtvorodjenja 3,1) i 79 umrle novorođenčadi u dobi do sedam dana (stopa rane neonatalne smrtnosti 1,9) (2).

Zbog progresivnog starenja društva te smanjena nataliteta potrebno je na individualnoj, lokalnoj i globalnoj razini podići svijest o tim procesima u društvu. Upravo tu do izražaja dolazi uloga društva u planiranju obitelji. S medicinskog gledišta, to obuhvaća primjenu metoda za regulaciju plodnosti te sve mjere za prevenciju i liječenje smetnji u ostvarivanju rođenja zdravog djeteta.

3. Planiranje obitelji

Planiranjem obitelji muškarac i žena odgovorno i svjesno odlučuju o rođenju prvog djeteta, pravilnim razmacima između porođaja i ukupnome broju djece. S medicinskog aspekta, u planiranje obitelji ubrajamo:

1. Metode za sprečavanje začeća – kontracepcija,
2. Metode za ispitivanje i liječenje smanjene plodnosti.

Najgori način planiranja obitelji je umjetni prekid trudnoće, a njega ubrajamo u ovu kategoriju jer se i preko njega ostvaruju neki ciljevi planiranja obitelji bez obzira što je on kao takav neprihvatljiv.

3.1. Kontracepcija

Kontracepcija obuhvaća sva sredstva i metode kojima se u određenom trenutku, a prije implantacije blastociste, zaustavljaju prirodni procesi reprodukcije.

Kontracepcijske metode dijelimo na:

1. prirodne metode kontracepcije,
2. mehanička i kemijska kontracepcija,
3. hormonska kontracepcija,
4. intrauterina kontracepcija,
5. hitna kontracepcija,
6. trajne metode kontracepcije.

Iz nekoliko razloga ljudi odabiru koristiti kontracepciju:

1. Sve kontracepcijske metode pružaju kontrolu trudnoće i sprečavaju neželjene trudnoće.
2. Kondomi pružaju zaštitu od spolno prenosivih infekcija.
3. Hormonska kontracepcija, osim kontraceptivnih učinaka, ima i druge zdravstvene učinke kao što su regulacija menstrualnog ciklusa, snižavanje opasnosti od nastanka raka endometrija i jajnika, smanjena učestalost sideropenične anemije i drugo (19).

Kontracepcija je metoda kojom se mogu smanjiti troškovi u zdravstvu i poboljšati zdravlje u žena.

Čimbenici na koje treba misliti pri odabiru kontracepcijske metode su:

1. učinkovitost zaštite,
2. trajanje zaštite,
3. količina vremena za povratak plodnosti,
4. učinak na krvarenje iz maternice,
5. cijena kontracepcijskih metoda,
6. dostupnost kontracepcijskih metoda,
7. nuspojave kontracepcijskih metoda,
8. zaštita od spolno prenosivih infekcija,
9. nekontraceptivne dobrobiti.

Važno je naglasiti da nijedna kontracepcijska metoda nije savršena (19).

3.1.1 Prirodne metode kontracepcije

Prirodne metode kontracepcije su one metode za čiju je primjenu potrebno samo odgovarajuće spolno ponašanje temeljeno na osnovnom poznavanju prirodnih procesa reprodukcije. Ovdje ubrajamo prekinuti odnos, metode sigurnih dana kao što su kalendarska, temperaturna i Bilingsova metoda (20).

3.1.2 Mehanička i kemijska kontracepcija

Mehanička kontracepcija sprečava ulazak spermija u cervikalni kanal. Mehanička sredstva su kondom, dijafragma, cervikalne kape i kondom za žene koji se naziva femidom (20).

Kemijska kontracepcija kombinacija je inertne osnovne tvari i aktivne tvari koja svojim spermatostatičnim i spermicidnim djelovanjem ometa sposobnost spermija za oplodnju. Ove dvije metode treba koristiti zajedno zbog povećanja učinkovitosti (20).

3.1.3 Hormonska kontracepcija

Hormonska kontracepcija naziv je za preparate sastavljene od sintetskih proizvedenih hormona jajnika u svrhu sprečavanja začeća. Dijelimo ih na oralnu kontracepciju i hormonsku kontracepciju s dugotrajnim djelovanjem.

Djelovanje hormonske kontracepcije je opće jer djeluju na cijeli organizam. Oralna hormonska kontracepcija štiti od izvanmaternične trudnoće, upalne bolesti zdjelice, benigne bolesti dojke, raka jajnika, raka sluznice maternice, raka debelog crijeva i osteoporoze. Nastanak tromboze i raka vrata maternice rizici su korištenja ove metode (20).

3.1.4 Intrauterina kontracepcija

Intrauterina kontracepcija (IUD) je oblik sprječavanja neželjene trudnoće putem čvrstog tijela koje se stavlja unutar maternice. Vrlo je efikasna metoda kontracepcije, a trajnost intrauterinog uložka iznosi od 3-5 godina.

Intrauterini ulošci dijele se na dvije skupine:

1. nemedicirani (inertni, sastavljeni samo od polietilena),
2. medicirani (sastavljeni od polietilena sa dodatkom metala ili progestagena).

Medicirani uloške dijelimo na one s bakrom i na one sa progestagenima.

Intrauterini uložak predlaže se ženama:

1. koje su barem jednom rodile,
2. imaju neredovite, obilne i produžene menstruacije (koristi se intrauterini uložak s dodatkom progestagena),
3. u stabilnim vezama sa stalnim spolnim partnerom,
4. urednog ginekološkog nalaza,
5. kod kojih je oralna hormonska kontracepcija kontraindicirana (sistemske bolesti, kronične infekcije, dijabetes, proširene vene, žene pušači nakon 35. godine života),
6. starijima od 40 godina zbog rizika od neželjenih učinaka pri uzimanju kontracepcijskih pilula.

Tijekom godina najprimjenjiviji oblik IUD-a bio je uložak oblika slova T sa dodatkom bakra. Prema istraživanjima učinkovitost uložka sa dodatkom bakra je 12 godina, iako mnogi autori, bez stvarnih dokaza, tvrde da žene nakon 25 godine mogu koristiti uložak s dodatkom bakra do menopauze (21).

Uložak s dodatkom progestagena može se umetnuti u roku od 7 dana od početka menstruacije ili u bilo koje vrijeme tijekom menstrualnog ciklusa, ali treba biti pažljiv kako bi bili sigurni da žena nije u ranim tjednima trudnoće. Kao i kod uložka s dodatkom bakra, najčešće komplikacije su spontana ekspanzija uložka, perforacija maternice, upale zdjelice te trudnoća (22).

3.1.5 Hitna kontracepcija

Hitna kontracepcija (poznata kao postkoitalna kontracepcija / pilula za dan poslije) odnosi se na uporabu lijekova ili uređaja kao mjera kako bi se spriječila trudnoća. Žene koje su imale nedavno nezaštićeni spolni odnos, uključujući i one koji su imali neuspjeh druge kontracepcijske metode, potencijalni su kandidati za ovu vrstu kontracepcije (23).

Hitnu kontracepciju dijelimo na hitne kontraceptivne pilule i uložak s dodatkom bakra. Postoje tri vrste hitnih kontracepcijskih pilula: kombinirana hitna kontracepcija koja sadrži estrogen i progestin, hitna kontracepcija koja sadrži samo progestin i hitna kontracepcija koja sadrži antiprogestin (mifepriston ili ulipristal acetat). Kombinirana hitna kontracepcija koja sadrži estrogen i progestin te hitna kontracepcija koja sadrži samo progestin daje se tako da se prva doza uzima unutar 72 sata od odnosa, a druga doza 12 sati iza (24).

3.1.6 Trajne metode kontracepcije

Sterilizacija je metoda kontracepcije kojom se nekoj osobi trajno oduzima sposobnost oplodnje. Sterilizacija žene izvodi se prekidom toka jajovoda, a sterilizacija muškarca prekidom toka sjemenovoda (20).

4. Ciljevi istraživanja i hipoteze

U ovom istraživanju željeli smo prikazati trenutno stanje u Republici Hrvatskoj u svezi s reproduktivnim zdravljem i planiranjem obitelji te naglasiti važnost javnozdravstvenog problema demografskog starenja i reproduktivnog zdravlja u našoj sredini.

Cilj nam je bio povezati postojeće objavljene rezultate za Republiku Hrvatsku u odnosu na stavove studenata Sveučilišta u Splitu. Posebnu pažnju usmjerili smo prema različitim stavovima po spolu i razlikama u stavu u svezi sa znanjem o predmetu istraživanja.

Hipoteze

1. Studentice su pozitivno orijentiranog stava prema kontracepciji u odnosu na studente.
2. Zdravstvena pismenost utječe na formiranje stava o kontracepciji.

5. Materijal i metode

Prilikom izrade ovog rada korišteni su podatci objavljeni u Zdravstveno - statističkom ljetopisu HZJZ objavljenom 2014. godine. Temeljem objavljenih podataka izrađene su tablice i grafikoni kako bi prikazali jasnu sliku trenutnih zbivanja u Republici Hrvatskoj povezanih sa zadanim predmetom istraživanja.

U drugom dijelu istraživanja stavova studenata o kontracepciji koristili smo Upitnik kontracepcijskog stava autorice Kelly J. Black sa Sveučilišta u Washingtonu, objavljenom u knjizi *Sexuality – Related Measures*, autori: Terri D. Fisher, Clive M. Davis, William L. Yarber i Sandre L. Davis objavljenom po treći put 2011. godine, Routledge, New York, SAD.

Skala Kontracepcijskog Stava (CAS – Contraceptive Attitude Scale)

Skala Kontracepcijskog Stava (CAS) je mjera stavova o korištenju kontracepcije u cjelini, za razliku od stavova prema određenoj vrsti kontracepcijskog sredstva (Brown, 1984), ili prema predbračnoj primjeni kontracepcije (Parcele, 1975). Potencijalno može pomoći u razlikovanju stava prema korištenju posebnog postupka kontracepcije (npr. kondoma) u odnosu na stav prema bilo kojoj kontracepciji.

CAS sastoji od 17 pozitivno sročene stavke gdje ispitanici pokazuju svoje slaganje ili neslaganje.

Sudionici odgovaraju na svaku stavku koja pokazuje njihov stupanj slaganja sa svakom tvrdnjom. Mogući odgovori u rasponu od 1 (uopće se ne slažem) do 5 (u potpunosti se slažem). Za odgovaranje na tvrdnje potrebno je oko 10 minuta.

Sve izjave se zbrajaju pomoću skale od 5 točaka. Za pozitivno sročene izjave, ne slažem se dobiva 1 bod, a slažem se u potpunosti dobiva rezultat od 5. Negativno sročene izjave se obrnuto boduju, tako da ne slažem se dobiva ocjenu 5, a slažem se u potpunosti dobiva rezultat 1. Ukupna ocjena je zbroj odgovora na svaku stavku. Niže ocjene ukazuju više negativnih stavova prema kontracepciji. Maksimalan broj bodova i najpozitivniji stav je 160 bodova, a minimalan 32.

Ocjena iz CAS-a značajno korelira s ocjenama iz Skale za testiranje predbračnog kontracepcijskog stava (Parcela, 1975), $r = 0,72$. Također je u korelaciji s objavljenom učestalošću korištenja kontracepcije među seksualno aktivnim muškim i ženskim studentima, $r = 0,60$.

Ispitanici

Ispitanici testirani u ovom istraživanju su studenti Sveučilišta u Splitu, Medicinskog i Pomorskog fakulteta. Od općih podataka važan nam je bio spol studenata, godina studija i fakultet zbog edukacijskog programa tijekom studiranja.

Ukupno je u istraživanju sudjelovalo 274 studenata, od toga 116 studentica. S Pomorskog fakulteta sudjelovalo je 102 studenta, a s Medicinskog 172. Studente Medicinskog fakulteta posebno smo anketirali s obzirom na godinu studija vezanu uz početak i kraj edukacijskog programa.

Statistički postupci

U statističkoj obradi podataka koristili smo T - test za usporedbu nezavisnih varijabli. Nakon analize brojčanih vrijednosti CAS željeli smo utvrditi razlike u pojedinim skupinama.

Prilikom obrade podataka koristili smo statistički paket Medical filter version 15.

Rezultati su interpretirani na razini značajnosti $P < 0,0001$.

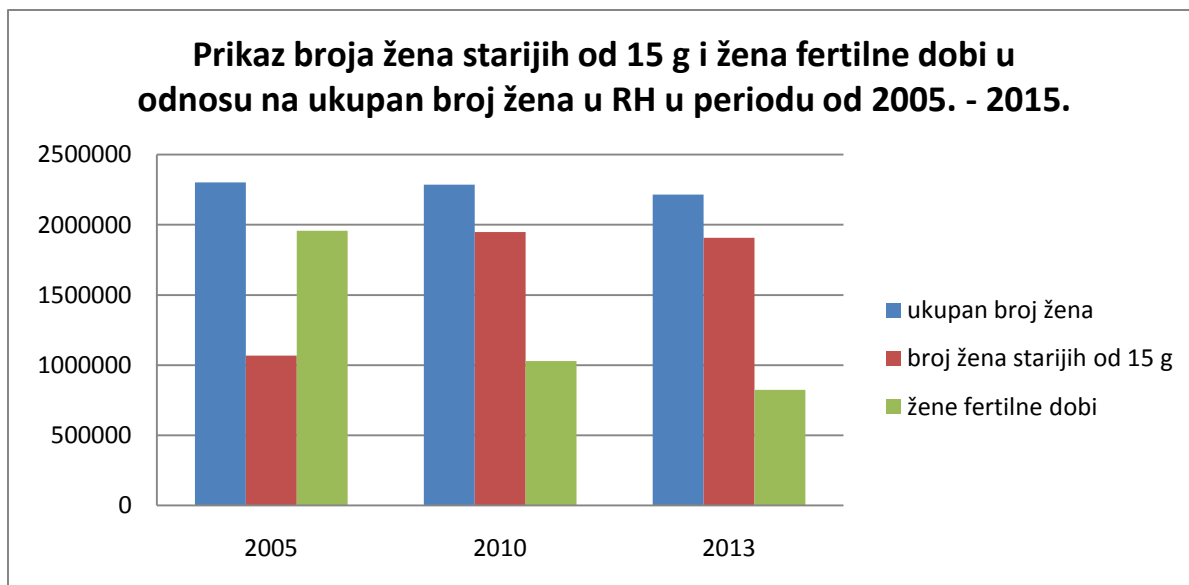
6. Rezultati

Kako bi prikazali jasnu sliku trenutnih zbivanja u Republici Hrvatskoj povezanih sa zadanim predmetom istraživanja koristili smo podatke objavljene u Zdravstveno - statističkom ljetopisu HZJZ objavljenom 2014. godine. Temeljem podataka izradili smo grafičke prikaze brojčanih podataka.



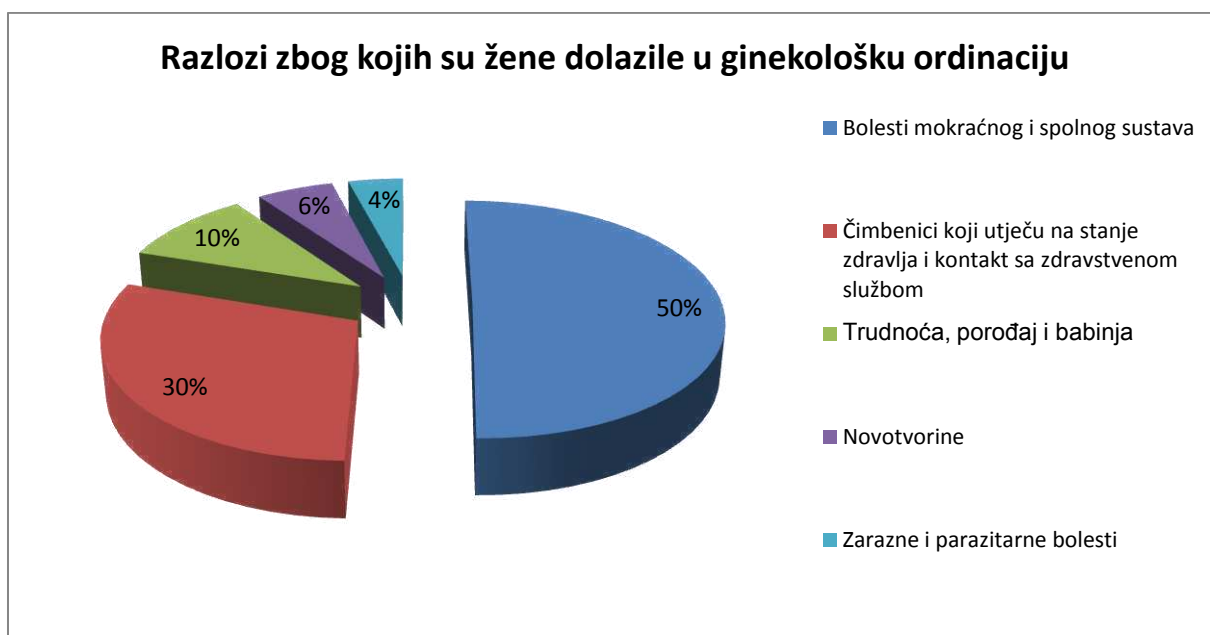
Slika 1. Udio žena koje su koristile ginekološke usluge primarne zdravstvene zaštite u odnosu na ukupan broj prijavljenih žena u ginekološkoj primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Na slici broj 1. prikazan je udio žena koje su koristile ginekološke usluge PZZ u odnosu na ukupan broj prijavljenih žena u ginekološkoj PZZ. Vidljivo je da tek manji broj žena svake godine posjeti ginekologa PZZ, što ukazuje na ne korištenje mogućnosti preventivnih pregleda. Preporuku za učiniti preventivni PAPA test je jednom u 3 godine za dob od 49 godina.



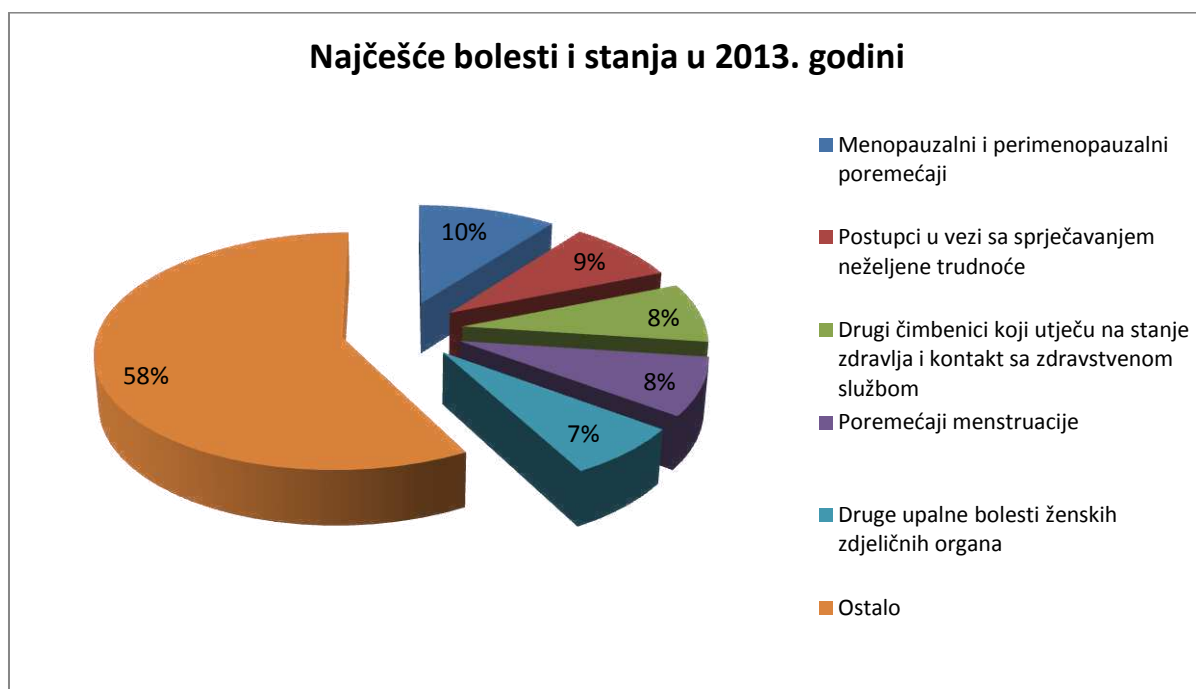
Slika 2. Prikaz broja žena starijih od 15 godina i žena fertile dobi u odnosu na ukupan broj žena u Republici Hrvatskoj u periodu od 2005. – 2015. godine

Na slici 2. u grafičkom prikazu vidljiv je porast broja žena iznad 15 godina u RH za razliku od vidljivog smanjenja broja žena fertile dobi uz približno jednak ukupan broj žena u Republici Hrvatskoj. Ovakvi podatci navode nas na zaključak o starenju ženske populacije i sve manjoj mogućnosti obnavljanja demografske slike povećanjem nataliteta.



Slika 3. Razlozi zbog kojih su žene svih dobnih skupina dolazile u ginekološke ordinacije PZZ

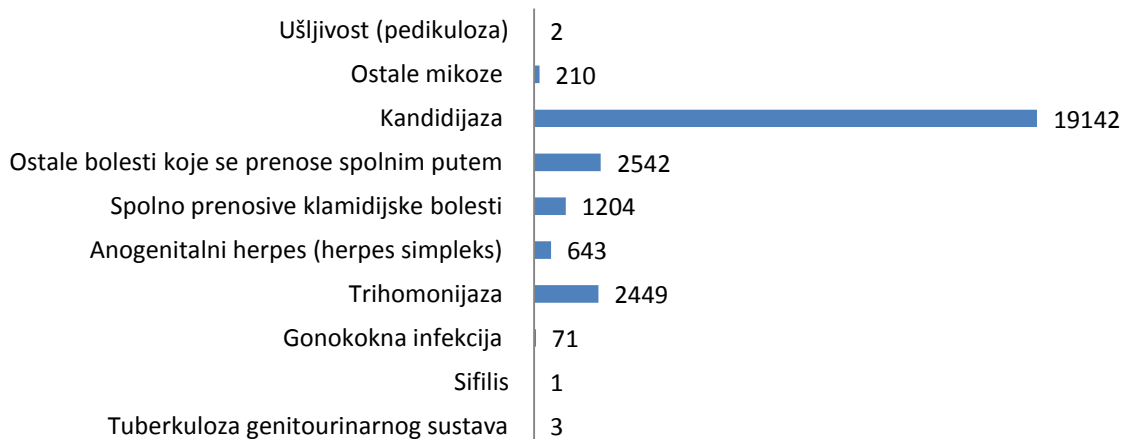
Na slici 3. prikazani su razlozi zbog kojih su žene dolazile u ginekološku ordinaciju. Pola intervencija odnosilo se na bolesti mokraćnog i spolnog sustava, gotovo trećina na čimbenike koji utječu na stanje zdravlja i kontakt sa zdravstvenom službom i najmanji broj intervencija poduzet je u cilju liječenja novotvorina te zaraznih bolesti. Intervencije kontrole trudnoće, porođaja i babinja iznosile su deseti dio od ukupno učinjenih.



Slika 4. Najčešće bolesti i stanja zbog kojih su poduzete zdravstvene intervencije u ginekološkoj PZZ 2013. godine

Na slici 4. prikazan je relativno velik udio bolesti i stanja u ginekološkoj zaštiti koji mogu utjecati na natalitet, menopauzalni i perimenopauzalni poremećaji, poremećaji menstruacije i postupci u vezi sa sprječavanjem neželjene trudnoće.

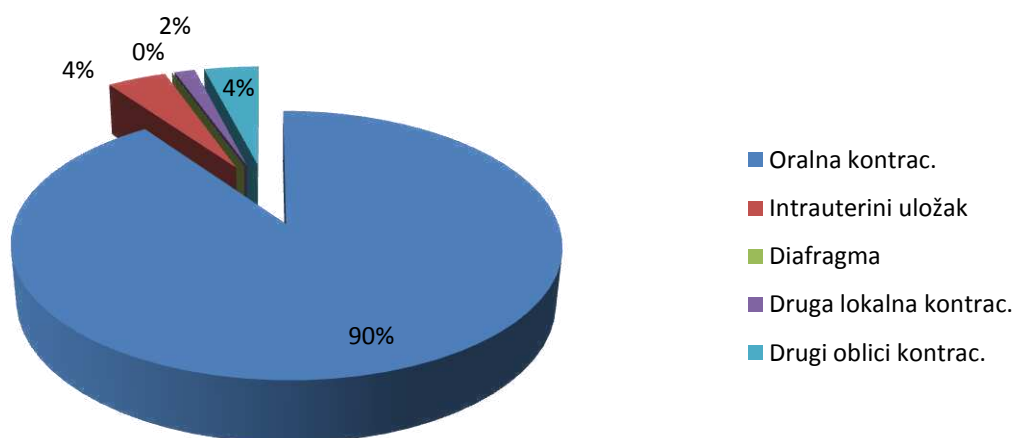
Utvrđene spolno prenosive bolesti u djelatnosti zdravstvene zaštite žena u Hrvatskoj u 2013. godini (ordinacije s ugovorom HZZO)



Slika 5. Utvrđene spolno prenosive bolesti u djelatnosti zdravstvene zaštite žena u Hrvatskoj u 2013. godini (ordinacije s ugovorom HZZO)

Na slici 5. prikazan je broj utvrđenih spolno prenosivih bolesti u djelatnosti zdravstvene zaštite žena u Hrvatskoj u 2013. godini (ordinacije s ugovorom HZZO) s vidljivo velikim udjelom klamidijskih bolesti i bolesti koje se prenose spolnim putem koje utječu na reproduktivno zdravlje žena.

Udio pojedinih savjeta vezanih uz kontracepciju u ginekološkoj PZZ u RH u 2013. godini



Slika 6.

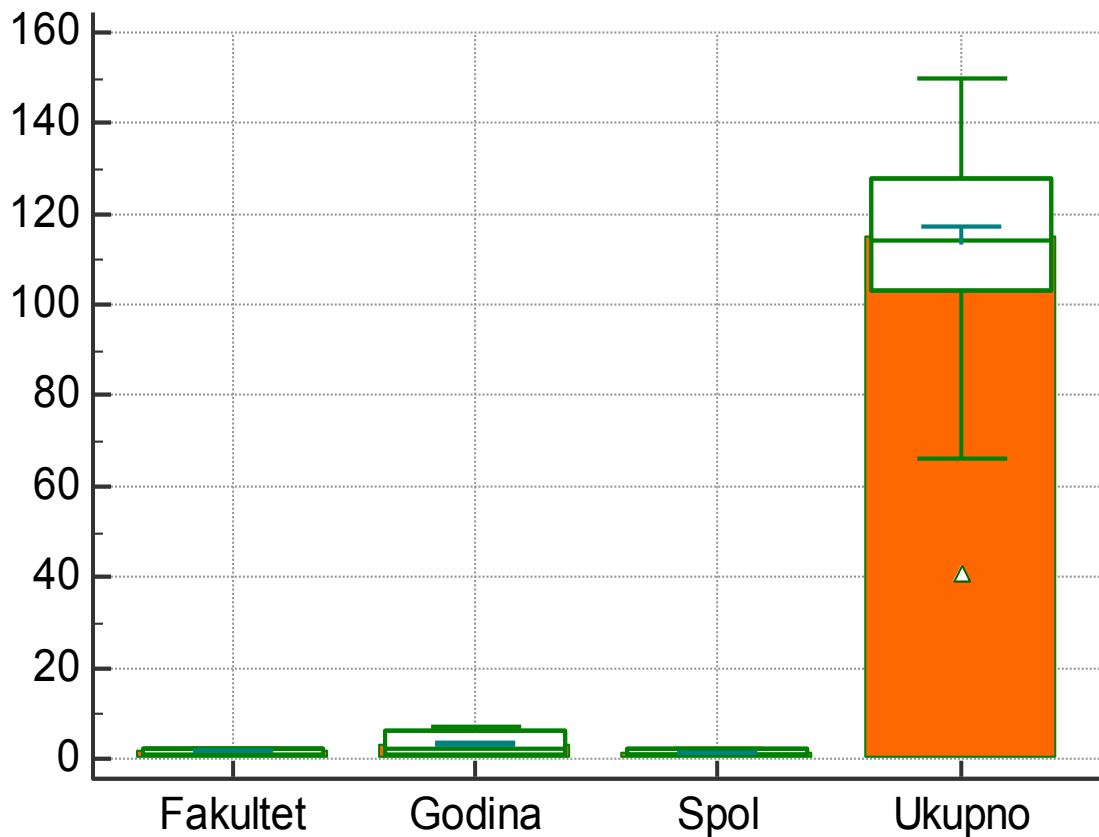
Na slici 6. prikazan je udio pojedinih savjeta vezanih uz kontracepciju u ginekološkoj PZZ u RH u 2013. godini. Vidljivo je da se gotovo svi zatraženi savjeti odnose na primjenu oralnih kontraceptiva, 4% na primjenu intrauterinog uložka, 2% na lokalne kontraceptive, 4% na neke druge oblike kontracepcije, a da diafragma kao sredstvo zaštite od neželjene trudnoće je gotovo neprepoznata u ženskoj populaciji Republike Hrvatske.

Rezultati postignuti ispitivanjem stava o kontracepciji CAS upitnikom

Tablica 1. Prikaz rezultata za sve ispitanike s izdvojenom aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom

SVI ISPITANICI		
Variable	Ukupno	
Sample size	274	
Lowest value	41	
Highest value	150	
Arithmetic mean	115,1934	
95% CI for the mean	113,0988 to 117,2880	
Median	114	
95% CI for the median	112,0000 to 117,7076	
Variance	310,1712	
Standard deviation	17,6117	
Relative standard deviation	0,1529 (15,29%)	
Standard error of the mean	1,064	
Coefficient of Skewness	-0,2960 (P=0,0453)	
Coefficient of Kurtosis	0,3359 (P=0,2485)	
D'Agostino-Pearson test for Normal distribution	accept Normality (P=0,0693)	
Percentiles	95% Confidence interval	
2,5	79,7	74,0571 to 87,0000
5	88	80,2051 to 92,6595
10	94	90,5773 to 96,0000
25	103	101,0000 to 106,0000
75	128	125,0000 to 131,7931
90	139	136,0000 to 141,4227
95	143,6	141,0000 to 147,0000
97,5	147	144,1865 to 149,1943

U tablici 1. prikazani su brožčani rezultati za sve ispitanike s izdvojenom aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom. U istraživanju testirano je 274 ispitanika. Najmanji postignuti zbroj na ponuđena pitanja je 41, a najveći 150. Aritmetička sredina iznosila je 115,1934. Standardna devijacija 17,6117. Medijan za ukupne vrijednosti je 114.



Slika 7.

Na slici 7. vidljiva je raspodjela brojčanih podataka za pojedine odgovore dobivene CAS upitnikom. Najmanji ponuđeni zbroj bio je 41 kao najnegativniji stav prema kontracepciji. Najveći zbroj, a time i najpozitivniji stav bio je 150. Najveći broj odgovora grupiran je u interval između 102 i 127. Aritmetička sredina je 115,1934, a medijan, kao brojčana vrijednost oko koje je grupirana većina podataka, je 114.

Tablica 2. Prikaz aritmetičkih sredina zbroja odgovora ispitanih studenata po godinama studija

Godine studija					
Ukupno					
Godina	1	2	3	5	6
N	82	80	22	25	65
Mean	119,646	107,037	110,364	124,52	117,662
95% CI	115,678 to 123,615	103,526 to 110,549	101,592 to 119,135	117,282 to 131,758	114,136 to 121,187
SD	18,0598	15,7805	19,7835	17,5336	14,2284

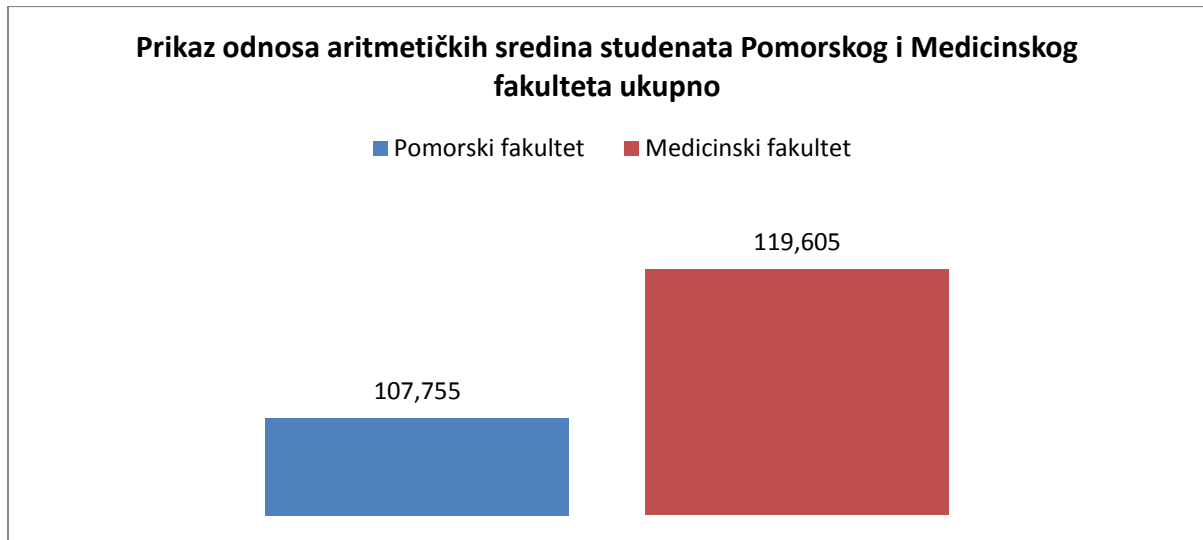
U tablici 2. prikazana je aritmetička sredina i standardna devijacija za zbroj brojevnih vrijednosti pojedinih odgovora ispitanika grupiranih po godinama studija. Nema značajnih razlika u brojevnim vrijednostima studenata 1. te 5. i 6. godine studija.

Tablica 3. Prikaz aritmetičkih sredina zbroja odgovora ispitanih studenata grupiranih prema fakultetu studiranja

Fakultetu		
Ukupno		
Fakultet	1	2
N	102	172
Mean	107,755	119,605
95% CI	104,480 to 111,030	117,093 to 122,116
SD	16,6748	16,6847
T-test (assuming equal variances)		
Difference	11,8497	
Standard Error	2,0847	
95% CI of difference	7,7456 to 15,9539	
Test statistic t	5,684	
Degrees of Freedom (DF)	272	
Two-tailed probability	P < 0,0001	

U tablici 3. prikazane su aritmetičke sredine zbroja brojevnih vrijednosti pojedinih odgovora ispitanih studenata grupiranih prema fakultetu studiranja. Primjenjenim T - testom

uočljiva je značajna razlika u stavovima studenata Pomorskog i Medicinskog fakulteta s vjerojatnošću $P < 0,0001$.



Slika 8. Prikaz odnosa aritmetičkih sredina studenata Pomorskog i Medicinskog fakulteta ukupno

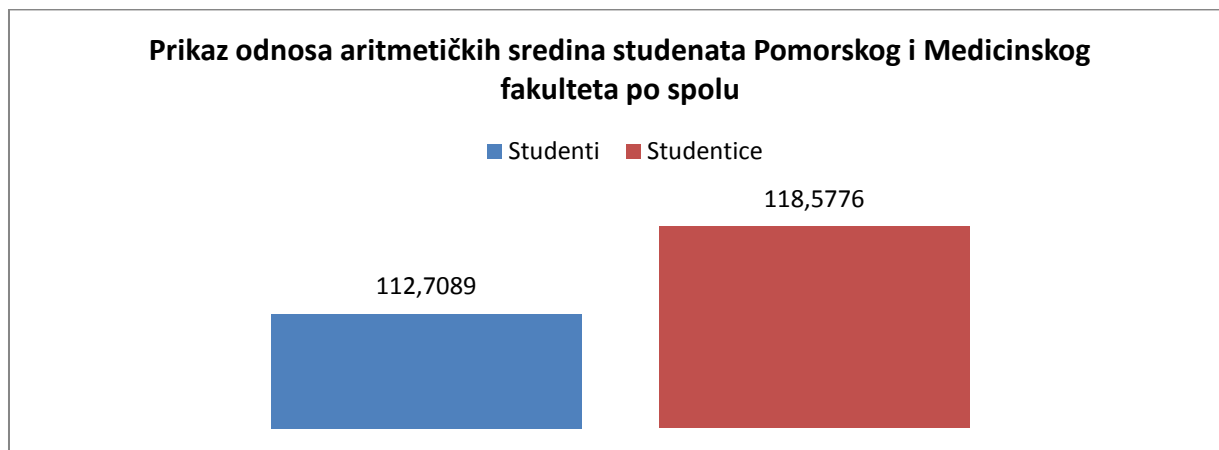
Na slici 8. uočljiva je razlika brojčanih mjera stava o kontracepciji. Studenti Medicinskog fakulteta imaju pozitivniji stav o kontracepciji u odnosu na ispitane studente Pomorskog fakulteta.

Tablica 4. Prikaz aritmetičkih sredina zbroja odgovora ispitanih studenata grupiranih po spolu

Spol		
T-test (assuming equal variances)		
Difference	5,8687	
Standard Error	2,1278	
95% CI of difference	1,6797 to 10,0577	
Test statistic t	2,758	
Degrees of Freedom (DF)	272	
Two-tailed probability	P = 0,0062	
Arithmetic mean	112,7089	118,5776
Standard deviation	17,6903	17,0014

U tablici 4. prikazane su aritmetičke sredine zbroja odgovora ispitanih studenata grupiranih po spolu i primjenjenim T - testom uočljiva je značajna razlika u stavovima studenata s obzirom na spol.

Slika 9. prikaz odnosa aritmetičkih sredina studenata Pomorskog i Medicinskog fakulteta po spolu



Na slici 9. prikazan je odnos aritmetičkih sredina studenata i studentica. Uočljiva je razlika u stavu koji je pozitivniji kod studentica.

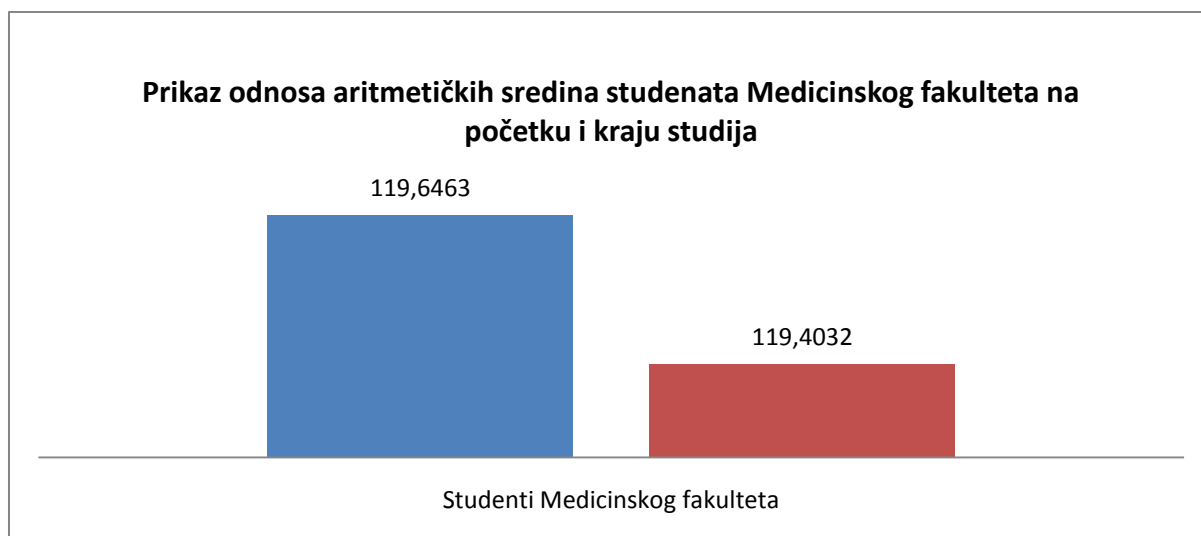
Tablica 5. Prikaz aritmetičkih sredina zbroja odgovora ispitanih studenata Medicinskog fakulteta s obzirom na početak i kraj studija

Sample 1		
Variable	Ukupno	
Filter	Godina=1	
Sample 2		
Variable	Ukupno	
Filter	Godina=7	
	Sample 1	Sample 2
Sample size	82	62
Arithmetic mean	119,6463	119,4032
95% CI for the mean	115,6782 to 123,6145	115,5173 to 123,2892
Variance	326,1573	234,1462
Standard deviation	18,0598	15,3018
Standard error of the mean	1,9944	1,9433
F-test for equal variances	P = 0,176	
T-test (assuming equal variances)		

Difference	-0,2431	
Standard Error	2,8493	
95% CI of difference	-5,8757 to 5,3894	
Test statistic t	-0,0853	
Degrees of Freedom (DF)	142	
Two-tailed probability	P = 0,9321	

U tablici 5. prikazane su aritmetičke sredine zbroja odgovora ispitanih studenata Medicinskog fakulteta grupiranih prema godini studija u dvije grupe, početak i kraj studija. Primjenjenim T - testom nije nađena značajna razlika u stavovima studenata s obzirom na znanje stečeno tijekom studija.

Slika 10. Prikaz odnosa aritmetičkih sredina studenata Medicinskog fakulteta na početku i kraju studija



Na slici 10. prikazan je odnos aritmetičkih sredina studenata Medicinskog fakulteta na početku i kraju studija. Vidljiva je mala razlika u stavu na kraju studija u odnos na stav studenata koji su na početku edukacijskog procesa.

7. Rasprava

Stanovništvo je skup osoba koje žive i rade na nekom dijelu Zemljine površine, skup u kojem svaka jedinaka sudjeluje sa svojim posebnim obilježjima. Današnje stanovništvo RH prolazi kroz sve procese koji su zahvatili i druge zemlje Europe sa svojim specifičnostima. Prije svega su na stanovništvo utjecali procesi industrijalizacije i urbanizacije.

Taj utjecaj očituje se:

1. porastom udjela nepoljoprivrednog i gradskog stanovništva s porastom broja aktivnih djelatnika u nepoljoprivrednim i gradskim zanimanjima i porastom udjela kvalificiranih radnika,
2. porastom udjela žena aktivnih u nepoljoprivrednim djelatnostima s porastom udjela žena sa školskom spremom i pripadajućim promjenama statusa žene u društvu,
3. porastom opće razine obrazovanja i porastom troškova izdržavanja djece s posljedično kasnijim ekonomskim aktiviranjem zbog školovanja,
4. širenje zdravstvene zaštite s porastom srednjeg trajanja dobi i produljenjem radnog vijeka,
5. širenjem tzv. kontrole rađanja s pojačanom kontrolom rađanja sprječavanjem začeca i općom primjenom kontracepcije.

Nabrojani utjecaji doveli su do smanjenje utjecaja tradicije s kasnijom dobi stupanja u brak i povećanim aspiracijama za višim životnim standardom. Svi navedeni čimbenici rezultirali su smanjivanjem fertiliteta u Hrvatskoj.

Demografska tranzicija u Hrvatskoj započinje krajem 19. st., 30-ih god 20. st. ulazi u središnju podetapu, te završava početkom 80-ih. Mortalitet je manji od 30 ‰ od 1880. godine, a natalitet manji od 30 ‰ od 1930. godine. Stanovništvo Hrvatske je u induciranoj posttranzicijskoj etapi s negativnim prirodnim priraštajem, još 1991. je bio -0,6. Relevantni podatci o stanovništvu prikupljaju se temeljem popisa stanovništva i prvi poznati su jozefinski popis iz 1785. god i prvi popis u Hrvatskoj popis iz 1857. god. Temeljem prikupljenih podataka razvidna je "vitalnost" našeg stanovništva manja od europskog i svjetskog stanovništva. U 18. st. imali smo visok natalitet i pozitivan migracijski saldo, u 19. st. visoku rodost, opadajući natalitet i pozitivan migracijski saldo, a 20. st. karakterizirano je smanjivanjem mortaliteta i nataliteta, masovno iseljavanjem i dva svjetska rata.

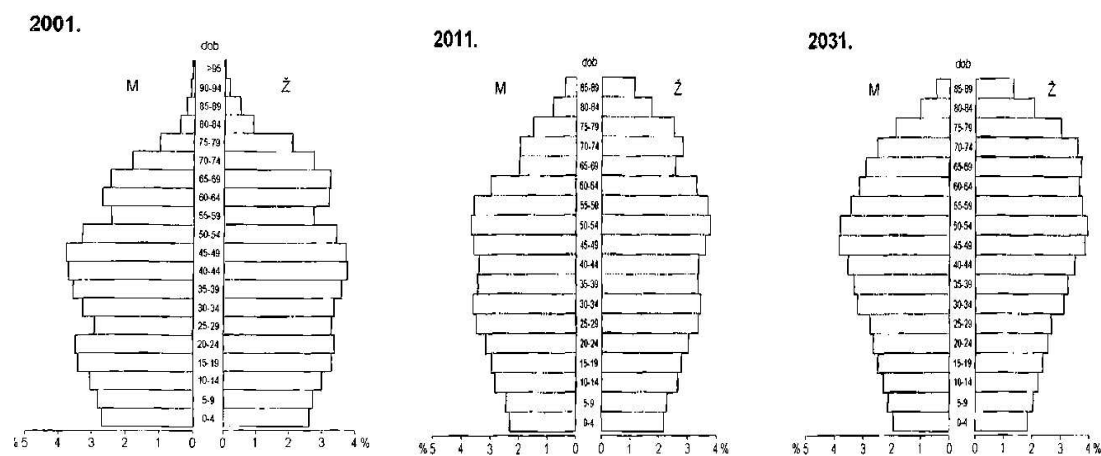
Drugi problem stanovništva u Hrvatskoj je opća relativna gustoća: ukupan broj stanovnika na jedinici površine gdje rast gustoće naseljenosti s 11,4 st./km² u 1700. god. je

narastao na 78,5 st./km² u 2001. godini s posebnom raspodjelom postojećeg stanovništva u urbanim sredinama.

Na osobine hrvatskog stanovništva utjecali su čimbenici:

1. visoke stope nataliteta i mortaliteta do kraja 19. st.,
2. demografska tranzicija,
3. "baby boom" nakon II. svjetskog rata,
4. posttranzicijska etapa.

Često se u kontekstu demografskih promjena navodi i utjecaj migracija, pa i danas s odlaskom mladih i kvalificiranih stanovnika u druge zemlje. Od 1890. god. iseljavanja iz Hrvatske se naglo povećavaju, a useljavanja u Hrvatsku znatno su smanjena. Masovna iseljavanja zbivaju se između 1900. i 1914. i desetak godina nakon II. svjetskog rata. 70-tih godina imamo "privremene" radne emigracije u zemlje Zapadne Europe, a prisutne su i unutarnje migracije sa seljenjem iz ruralnih u urbane sredine, procesom litoralizacije, te trajne i privremene migracije.



Slika 11. Dobno-spolna piramida stanovništva Hrvatske 2001., te 2011. i 2031.

IZVOR: Nejašmić, I.: Demografija, Školska knjiga, Zagreb, 2005., str. 189.

Demografska piramida najbolji je slikoviti pokazatelj demografski kretanja u nekoj državi. Piramida bi trebala imati najširu bazu i lagano se sužavati prema vrhu što bi govorilo u prilog najveće količine mlade populacije u nekoj državi (0-20) čemu sve države i teže. Hrvatska piramida takav oblik nema. U literaturi se navodi da je hrvatska piramida postala urna. Najširi dio piramide zahvaća skupinu ljudi od 50 do 60 godine. Za 10 godina najbrojniji

dio hrvatskog društva bit će i najstariji. Najveći problem je taj da porast broja starih osoba ne prati porast mladog stanovništva. Slika pokazuje da je Hrvatska i dalje u depopulacijskog fazi prirodnog kretanja.

Danas, a sve više u budućnosti, sa starenjem stanovništva pojavit će se umirovljenički problem i problem nestašice radne snage za 21. stoljeće. Navedene promjene utjecati će na državnu politiku koja će morati usvojiti ciljeve za demografsku obnovu. U 19. st. prosječno je bilo 4 - 6 djece po jednoj ženi, odnosno stvarno 8 djece u jednoj obitelji. Granica jednostavne reprodukcije 2,1, posljednji put u Hrvatskoj zabilježena sredinom 60-tih godina. 90% naselja ima prirodnu depopulaciju s više od 70% djece rođene u gradovima i žene u prosjeku rađaju 1,3 djece.

Ciljevi državne politike su:

1. više živorođenih,
2. manje iseljavanja,
3. više povratnika,
4. bolji prostorni razmještaj.

7.1. Tranzicijske promjene u obitelji

Danas svjedočimo transformaciji tradicionalne obitelji koja postupno mijenja sebe i svoje uloge.

Obitelj je definirana kao društvena zajednica u kojoj svaki pojedinac osjeća potrebu pripadanja, budući se u njoj ostvaruju temelji cjelokupnog čovjekova života. Obitelj je društveni okvir u kojem dijete stupa u primarne interakcijske odnose, o čijim karakteristikama (dubini i kvaliteti) ovisi cjelokupan razvoj ličnosti. Odgoj djece u obiteljskom ambijentu zauzima središnje mjesto, štoviše djeca su prvotna briga roditelja i čitave obitelji te je veoma važno djecu shvatiti kao obiteljsko dobro i temeljnu dimenziju obiteljske zajednice. Neupitna je činjenica da je tijekom povijesti obitelj doživjela mnogobrojne i različite promjene. Te promjene donijele su sa sobom ne samo transformacije životnih uvjeta pojedinca, nego i cjelokupne obitelji. Tako danas nasuprot proširenoj obitelji egzistira i tzv. nuklearna obitelj koja je koncentrirana na muža, ženu i nepunoljetnu djecu, koji su povezani unutar primarne

obitelji. Zato se o današnjoj nuklearnoj obitelji govori kao o „obitelji supružnika“. Ruše se čvrste i jasne granice između obitelji i realnog svijeta koji ga okružuje. Majke se sve više odlučuju na ulogu majke i poslovne žene, brigu o djeci predškolske dobi sve češće preuzimaju plaćeni profesionalci, sve je više rastava brakova i obitelji s jednim roditeljem. Sve češći je i problem neplodnosti kod parova pa se mnogi odlučuju na posvajanje djece. Posebnu kategoriju predstavljaju one obitelji koje zbog prirode posla jednog od roditelja duži niz godina samo povremeno zajedno obitavaju i rjeđe neposredno komuniciraju. Nadalje, sve su učestalije rekonstituirane obitelji: novi brak nakon razvoda, odnosno obitelji u kojima odrastaju djeca s jednim od bioloških roditelja te maćehom ili očuhom, ali često i s djecom koje maćeha ili očuh dovode u "novi brak" i / ili koje u tom braku dobivaju. Sve prisutniji su i bračni partneri koji žive odvojeno, samačka kućanstva te kohabitacije (izvanbračne zajednice muškarca i žene sa ili bez djece).

Promjene koje su se dogodile unutar braka i obitelji najviše se očituju na djeci, koja su dobila posve novi položaj unutar obitelji s obzirom na nekadašnju tradicionalnu obitelj. Određen odnos između djeteta i roditelja postoji već u razdoblju čekanja njegova biološkog rođenja. Nastavlja se rođenjem, prvim godinama, sve do puberteta, kada ti odnosi zapadaju u prvu svojevrsnu krizu odnosno ulaze u iskušenje. Nastavljaju se tijekom puberteta, te poslije u adolescenciji.

7.2. Djelatnost zdravstvene zaštite žena

U 2013. godini u skrbi ginekologa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti žena bilo je 1.626.373 žena što je za 4,5% više u odnosu na 2012. Od ukupnog broja žena koje su izabrale svog ginekologa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti njih 593.336 ili 36,5% je i koristilo usluge što je 2,3% više u odnosu na prethodnu godinu (25).

Prema popisu stanovništva Državnog zavoda za statistiku iz 2011. u Hrvatskoj je živjelo 2.216.308 žena s udjelom od 51,8% u ukupnom stanovništvu. Broj žena starijih od 15 godina koje su potencijalne korisnice (1.908.190) kao i žena fertile dobi (823.915 odnosno 43,2%) je u padu. U djelatnosti zdravstvene zaštite žena u 2013. godini ukupno je, ugovorno s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje (HZZO), radilo 241 timova puno i 17 djelomično radno vrijeme. U usporedbi s 2012. godinom došlo je do povećanja broja

ugovornih timova s punim (za 13) i smanjenja s djelomičnim radnim vremenom (za 1). Istovremeno se broj timova u ordinacijama privatne prakse bez ugovora s HZZO-om smanjio za 14 u punom radnom vremenu, a za 13 s djelomičnim radnim vremenom (25).

U 2013. godini obavljeno je 298.616 preventivnih pregleda u primarnoj zdravstvenoj zaštiti žena (ugovorni i neugovorni) što je pad u odnosu na prethodnu godinu. Najveći broj preventivnih pregleda odnosi se na sistematske ginekološke preglede (78,5%) (25).

U 2013. godini je uzeto 402.975 uzoraka za PAPA test što je više u odnosu na 2012. i 2011., ali još uvijek manje u odnosu na 2010. i 2009. Od ukupnog broja uzetih PAPA testova 9,2% bilo je patoloških (2012:7,3; 2011:8,1%) (25).

Najčešći razlozi zbog kojih su žene dolazile u ginekološku ordinaciju i koristile usluge izabranog ginekologa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti žena u 2013. godini nisu se mijenjali u odnosu na prošlih nekoliko godina. U odnosu na prethodnu godinu smanjio se broj dolazaka zbog trudnoće, porođaja i babinja, kao i zbog zaraznih bolesti (25).

U Hrvatskoj najčešća spolno prenosiva infekcija je klamidijska infekcija što je u skladu sa rezultatima iz Europe. U 2013. godini klamidijsku infekciju imalo je 1204 osobe. U Hrvatskoj niska je učestalost sifilisa, gonoreje, AIDS-a. Iako je broj novooboljelih od sifilisa i dalje razmjerno nizak, u 2013. godini je došlo do značajnog porasta u odnosu na prethodne godine. Ranijih godina učestalost sifilisa kretala se oko 30 oboljelih na godinu (25).

Prevenција i kontrola spolno prenosivih infekcija treba biti integralni dio sveobuhvatnog sustava zdravstvenih službi usmjerenih spolnom i reproduktivnom zdravlju, dostupnih i raspoloživih osobito rizičnim populacijskim skupinama kao što su adolescenti i žene reproduktivne dobi. Imajući na umu dugo razdoblje od započinjanja spolne aktivnosti do ostvarivanja trajne veze, stupanja u brak i roditeljstva, koji su u današnjem društvu sve kasniji, mlade bi trebalo osposobiti za odgovorno ponašanje i osigurati sve dostupne metode sprječavanja i suzbijanja spolno prenosivih infekcija. Taj pristup uključuje edukaciju, redovitu uporabu zaštite, cijepljenje protiv HPV infekcije i redovite liječničke kontrole. Raspoloživost, dostupnost i odgovarajuće djelovanje zdravstvenih službi za rano prepoznavanje, liječenje i za savjetovanje o seksualnom i reproduktivnom zdravlju jednako je važan preduvjet i za sprječavanje širenja SPI i za općenitu zaštitu reproduktivnog i spolnog zdravlja (15).

7.3. Promocija zdravlja

Podatci prikupljeni iz Zdravstveno-statističkog ljetopisa ukazuju na sve manji odaziv žena fertile dobi preventivnim pregledima, najveći broj posjeta ginekologu zbog već prisutne bolesti mokraćnog i spolnog sustava i od ukupno zatraženih savjeta o kontracepciji daleko najveći broj se odnosi na hormonsku kontracepciju, na drugom mjestu su savjeti o intrauterinom ulošku, a drugi oblici kontracepcije su gotovo neprepoznati.

Našim istraživanjem željeli smo ukazati na stav mladih ljudi o kontracepciji s posljedičnim utjecajem na spolno zdravlje i zaštitu reproduktivnog. Rezultatima smo dali pozitivne odgovore na dvije postavljene hipoteze: studentice su pozitivno orijentiranog stava prema kontracepciji u odnosu na studente i zdravstvena pismenost utječe na formiranje stava o kontracepciji. Razlozi zbog kojih smo dobili pozitivan stav kod studentica u odnosu na studente možda je uzrokovan većim znanjem jer je ženska populacija uglavnom upisana na Medicinski fakultet. Regresijskom analizom potvrdili smo drugu hipotezu i utvrdili kako je znanje o istraženom problemu važnija varijabla od spolne pripadnosti. Studenti Pomorskog fakulteta uvršteni su u istraživanje zbog dijela nastavnog programa koji je dio zdravstvenog obrazovanja u okviru kolegija iz Prve pomoći i Medicine za pomorce kao i rizičnim faktorima koje sa sobom donosi život odvojen od obitelji. Rezultati su potvrdili važnost zdravstvene pismenosti i potrebu za dodatnom edukacijom mladih ljudi u cilju prevencije spolnih bolesti, očuvanja reproduktivnog zdravlja, a time i poboljšanja demografske slike Hrvatske.

Jedan od učinkovitih načina utjecaja na formiranje stava znanjem je promocija zdravlja s aktivnim pristupom mladim i djeci problemima i načinom učenja prilagođenom njihovoj dobi. Promocija zdravlja u školskom okruženju temelj je unaprjeđenja zdravlja, sprječavanja bolesti i osiguravanja kvalitete života. „Promocija zdravlja je osposobljavanje ljudi da preuzmu kontrolu nad svojim zdravljem i da ga unaprijede“ (26).

Promicanje zdravlja temelji se na načelima:

1. sveobuhvatnosti (uključivanje zajednice u odgovarajuće mjere promicanja zdravlja),
2. kontinuiranosti (postiže se međusektorskim povezivanjem, usklađivanjem i organizacijom promicanja tamo gdje ljudi žive, rade i provode slobodno vrijeme),
3. cjelovitosti (ogleda se u djelovanju na odrednice zdravlja, međusektorskim pristupom investiranju u zdravlje).

Koncept promocije zdravlja u zajednici obuhvaća holistički pristup zdravlju, jačanje individualne i kolektivne svijesti i odgovornosti te zdravlje za sve i u svim politikama (26).

Pristupi u promociji zdravlja:

1. Biomedicinski pristup – tradicionalni način prijenosa informacija i znanja, najčešće ga obavljaju zdravstveni radnici.
2. Bihevioralni pristup – aktivnosti usmjerene na promjenu ponašanja osobe ili zajednice, od individualnog do grupnog pristupa. Obavljaju ga zdravstveni radnici, nastavno osoblje, psiholozi.
3. Psihodinamski pristup – aktivnosti usmjerene na razvijanje pozitivnih stavova prema zdravlju, od individualnog do grupnog rada. Obavljaju ga stručnjaci iz psihijatrije i psihologije.
4. Sociodinamski pristup – aktivnosti usmjerene na razvoj sustava vrijednosti u zajednici, razvijanje socijalnih veza i interakcija u smislu određenog ponašanja.

Škola predstavlja najznačajniju instituciju izvan obiteljske socijalizacije, a istovremeno sekundarnu točku prevencije bolesti i promoviranja zdravlja. Nastavnici su ti koji su nosioci promjena u odgojno - obrazovnom procesu, koji trebaju biti u stanju vidjeti svoj odnos prema učenicima i mijenjati taj odnos u onom smjeru koji je učenicima potreban. Nastavnicima bi trebalo planski omogućiti da se educiraju u životnim područjima (27,28). Proces komunikacije važno je održavati da bi se mlade osobe osjećale sigurnije, a tu komunikaciju osim roditelja, treba dati i škola. Škola je integralni dio i aktivni sudionik promicanja zdravlja u zajednici. Potrebno je poticati suradnju između učenika, roditelja i svih djelatnika škole i zajednica.

Cilj Globalne inicijative je povećati broj škola koje se mogu zvati „Škole za promociju zdravlja“/ „Zdrave škole“ za koje je vidljivo stalno jačanje kapaciteta škola da postanu zdravo mjesto za život, učenje i rad.

Škola za promociju zdravlja fokusirana je na:

1. Brigu za sebe i druge,
2. Donošenje zdravih odluka i preuzimanje kontrole nad životnim okolnostima,
3. Kreiranje uvjeta koji pridonose zdravlju,
4. Izgrađivanje kapaciteta za mir, edukaciju, jednakost, stabilan eko sistem, socijalno pravo i održivi razvoj,
5. Sprečavanje vodećih uzroka smrtnosti, obolijevanja i onesposobljenosti: zloupotrebu duhana, alkohola i droga, sjedilački način života, povrede i nasilje, neadekvatnu prehranu i HIV/AIDS,

6. Utjecaj na ponašanje povezano sa zdravljem: znanje, vjerovanja, vještine, sposobnosti, vrijednosti i podršku (29).

U promociji zdravlja u školskom okruženju važno je da sve aktivnosti u sklopu provedbe programa očuvanja zdravlja i prevencije bolesti budu na razini kognitivnih mogućnosti djece i mladih. Škola koja promiče zdravlje može imati pozitivan utjecaj na ishode relevantne za zdravlje i obrazovanje. Postoji snažan odnos između dobrog zdravlja, obrazovnih postignuća te završetka školovanja. Stoga, škole koje promiču zdravlje jesu potencijal koji treba ostvariti.

8. Zaključci

Temeljem podataka objavljenih u Zdravstveno - statističkom ljetopisu HZJZ objavljenom 2014. godine došli smo do ovih zaključaka:

1. Tek manji broj žena svake godine posjeti ginekologa PZZ, što ukazuje na ne korištenje mogućnosti preventivnih pregleda.
2. Udio žena starijih od 15 godina u periodu od 2005. - 2015. godine u porastu je, dok dolazi do smanjenja broja žena fertile dobi. Ovakvi podatci navode nas na zaključak o starenju ženske populacije i sve manjoj mogućnosti obnavljanja demografske slike povećanjem nataliteta.
3. Najčešći razlog zbog kojih su žene dolazile u ginekološku ordinaciju bile su bolesti mokraćnog i spolnog sustava. Intervencije kontrole trudnoće, porođaja i babinja iznosile su deseti dio od ukupno učinjenih.
4. Prema udjelu pojedinih savjeta vezanih uz kontracepciju u ginekološkoj PZZ u RH u 2013. godini vidljivo je da se gotovo svi zatraženi savjeti odnose na primjenu oralnih kontraceptiva, a da diafragma kao sredstvo zaštite od neželjene trudnoće je gotovo neprepoznata u ženskoj populaciji Republike Hrvatske.

Nakon statističke obrade podataka dobivenih iz upitnika kojeg su ispunili studenti Medicinskog i Pomorskog fakulteta dobiveni su rezultati iz kojih zaključujemo sljedeće:

1. Studenti Medicinskog fakulteta imaju pozitivniji stav o kontracepciji u odnosu na ispitane studente Pomorskog fakulteta.
2. Uočljiva je značajna razlika u stavu studenata grupiranih po spolu, a pozitivniji stav bio je kod studentica.
3. Prema zbroju odgovora ispitanih studenata Medicinskog fakulteta grupiranih prema godini studija u dvije grupe (početak i kraj studija) nije nađena značajna razlika u stavovima studenata s obzirom na znanje stečeno tijekom studija.

9. Popis citirane literature

1. Magdić L, Akrap A. Demografski trendovi u Hrvatskoj i uloga reprodukcijskog zdravlja u planiranju obitelji. *MEDIX*. 2005;11(58):56-61.
2. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2013. godinu. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2014:27-8.
3. Šimonović D. Informacije i osvrti: Međunarodna konferencija o stanovništvu i razvoju. *Kairo. Rev. soc. polit.* 1994;409.
4. Solom T. State Actions on Reproductive Health Issues in 1996. *Fam Plann Perspect.* 1997;29(1):35-40
5. Nieuwenhuijsen MJ, Dadvand P, Grellier J, Martinez D, Vrijheid M. Environmental risk factors of pregnancy outcomes: a summary of recent meta-analyses of epidemiological studies. *Environ Health.* 2013;12:6.
6. Exposure to toxic environmental agents. Committee Opinion No. 575. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2013;122:931–5.
7. Khattak S, K-Moghtader G, McMartin K, Barrera M, Kennedy D, Koren G. Pregnancy Outcome Following Gestational Exposure to Organic Solvents. *JAMA.* 1999;281(12):1106.
8. DiFranza J, Aligne C, Weitzman M. Prenatal and postnatal environmental tobacco smoke exposure and children's health. *Pediatrics.* 2004;113(4 Suppl):1007-15.
9. Wuttke W, Jarry H, Seidlova-Wuttke D. Definition, classification and mechanism of action of endocrine disrupting chemicals. *Hormones.* 2010;9(1):9-15
10. Costa E, Spritzer P, Hohl A, Bacheга T. Effects of endocrine disruptors in the development of the female reproductive tract. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2014;58(2):153-61.
11. Centers for Disease Control and Prevention. Reproductive and Birth Outcomes and the Environment. Dostupno na: <http://ephtracking.cdc.gov/showRbBirthOutcomeEnv.action>. Datum zadnjeg pristupa: 1. lipnja 2015.
12. Centers for Disease Control and Prevention. Reproductive Health and the Workplace. Dostupno na: <http://www.cdc.gov/niosh/topics/repro/femaleOccupationalHazards.html>. Datum zadnjeg pristupa: 1. lipnja 2015.
13. Kuzman M. Adolescencija, adolescenti i zaštita zdravlja. *Medicus.* 2009;18:155-72.

14. Dabo J, Malatestinić Đ, Janković S, Bolf Malović M, Kosanović V. Zaštita reproduktivnog zdravlja mladih - modeli prevencije. *Medicina Fluminensis*. 2008;44(1):72-9.
15. Kuzman M, Znaor A. Javnozdravstvena važnost urogenitalnih i spolno prenosivih infekcija, Urogenitalne infekcije izabrana poglavlja. *Medicus*. 2012;21(1):5-14
16. Topalović Z. Važnost prevencije spolno prenosivih bolesti. *Medicus*. 2003;12(2):253-6.
17. Ustav republike Hrvatske , Zakon o zdravstvenim mjerama za ostvarivanje prava na slobodno odlučivanje o rađanju djece (NN 614/78).
18. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2013. godinu. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2014:127-35.
19. Bello JK, Rao G, Stulberg DB. Trends in contraceptive and preconception care in United States ambulatory practices. *Fam Med*. 2015;47(4):264-71.
20. Šimunić V. & Suradnici, Ginekologija. Zagreb: Naklada Ljevak; 2001.
21. Aeby T, Kaneshiro B. Long-term safety, efficacy, and patient acceptability of the intrauterine Copper T-380A contraceptive device. *International Journal of Women's Health*. 2010;2:211-20.
22. Abou-Setta A, Attia A, Ibrahim M. Role of the levonorgestrel intrauterine system in effective contraception. *PPA*. 2013;7:777-85.
23. Palermo T, Bleck J, Westley E. Knowledge and Use of Emergency Contraception: A Multicountry Analysis. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2014;40(2):79-86.
24. Dunn S, GuilbertÉ, Burnett M, Aggarwal A, Bernardin J, Clark V et al. Emergency contraception: no. 280. *Int J Gynaecol Obstet* 2013;120:102.
25. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2013. godinu. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2014;265.
26. Dombrowski JJ, Snelling AM, Kalicki M. Health promotion overview: evidence-based strategies for occupational health nursing practice. *Work Place Health Saf*. 2014;62:342-9.
27. Adamo K, Barrowman N, Naylor P, Yaya S, Harvey A, Grattan K et al. Activity Begins in Childhood (ABC)-inspiring healthy active behaviour in preschoolers: study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials* 2014;15(1):305.

28. Tran B, Ohinmaa A, Kuhle S, Johnson J, Veugelers P. Life Course Impact of School-Based Promotion of Healthy Eating and Active Living to Prevent Childhood Obesity. PLOS ONE. 2014;9(7):e102242.
29. Langford R, Bonell C, Jones H, Pouliou T, Murphy S, Waters E et al. The World Health Organization's Health Promoting Schools framework: a Cochrane systematic review and meta-analysis. BMC Public Health. 2015;15(1):130.

10. Sažetak

Cilj: Prikazati trenutno stanje u Republici Hrvatskoj u svezi s reproduktivnim zdravljem i planiranjem obitelji te naglasiti važnost javnozdravstvenog problema demografskog starenja i reproduktivnog zdravlja u našoj sredini. Povezati postojeće objavljene rezultate za Republiku Hrvatsku u odnosu na stavove studenata Sveučilišta u Splitu. Posebnu pažnju usmjeriti prema različitim stavovima po spolu i razlikama u stavu u svezi sa znanjem o predmetu istraživanja.

Materijal i metode: Prilikom izrade ovog rada korišteni su podaci objavljeni u Zdravstveno - statističkom ljetopisu HZJZ objavljenom 2014. godine. Temeljem objavljenih podataka izrađene su tablice i grafikoni kako bi prikazali jasnu sliku trenutnih zbivanja u Republici Hrvatskoj povezanih sa zadanim predmetom istraživanja. U drugom dijelu istraživanja stavova studenata o kontracepciji korišten je Upitnik kontracepcijskog stava autorice Kelly J. Black sa Sveučilišta u Washingtonu, objavljenoj u knjizi *Sexuality – Related Measures*, autori: Terri D. Fisher, Clive M. Davis, William L. Yarber i Sandre L. Davis objavljenoj po treći put 2011. godine, Routledge, New York, SAD. Ispitanici testirani u ovom istraživanju su studenti Sveučilišta u Splitu, Medicinskog i Pomorskog fakulteta. U statističkoj obradi podataka koristili smo T - test za usporedbu nezavisnih varijabli. Nakon analize brojevnih vrijednosti Skale Kontracepcijskog Stava (CAS) željeli smo utvrditi razlike u pojedinim skupinama. Prilikom obrade podataka koristili smo statistički paket Medical filter version 15. Rezultati su interpretirani na razini značajnosti $P < 0,0001$.

Rezultati: U 2013. godini u skrbi ginekologa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti žena bilo je 1.626.373 žena što je za 4,5% više u odnosu na 2012. Od ukupnog broja žena koje su izabrale svog ginekologa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti njih 593.336 ili 36,5% je i koristilo usluge što je 2,3% više u odnosu na prethodnu godinu. Najčešći razlozi zbog kojih su žene dolazile u ginekološku ordinaciju odnosilo se na bolesti mokraćnog i spolnog sustava (49%), čimbenike koji utječu na stanje zdravlja i kontakt sa zdravstvenom službom (29%) i najmanji broj intervencija poduzet je u cilju liječenja novotvorina (5,60%) te zaraznih bolesti (4%). Intervencije kontrole trudnoće, porođaja i babinja iznosile su deseti dio od ukupno učinjenih (9,80%) . Prema udjelu pojedinih savjeta vezanih uz kontracepciju u ginekološkoj PZZ u RH u 2013. godini, 90% zatraženih savjeta odnosilo se na primjenu oralnih kontraceptiva, 4% na primjenu intrauterinog uloška, 2% na lokalne kontraceptive, 4% na neke druge oblike kontracepcije, a diafragma kao sredstvo zaštite od neželjene trudnoće je gotovo neprepoznata u ženskoj populaciji Republike Hrvatske.

Prema podacima dobivenih iz upitnika proizašli su rezultati.

U istraživanju testirano je 274 ispitanika. Najmanji ponuđeni zbroj bio je 41 kao najnegativniji stav prema kontracepciji. Najveći zbroj, a time i najpozitivniji stav, bio je 150. Najveći broj odgovora grupiran je u interval između 102 i 127. Aritmetička sredina je 115,1934, a medijan, kao brojčana vrijednost oko koje je grupirana većina podataka, je 114.

Aritmetička sredina zbroja brojčanih vrijednosti pojedinih odgovora ispitanih studenata Pomorskog fakulteta je 107,755, a aritmetička sredine zbroja brojčanih vrijednosti pojedinih odgovora ispitanih studenata Medicinskog fakulteta je 119,605. Primjenjenim T - testom uočljiva je značajna razlika u stavovima studenata Pomorskog i Medicinskog fakulteta s vjerojatnošću $P < 0,0001$. Aritmetička sredina zbroja brojčanih vrijednosti pojedinih odgovora ispitanih studenata je 112,7089, a aritmetička sredine zbroja brojčanih vrijednosti pojedinih odgovora ispitanih studentica je 118,5776. Primjenjenim T - testom uočljiva je značajna razlika u stavovima studentica i studenata. Aritmetička sredina zbroja brojčanih vrijednosti pojedinih odgovora ispitanih studenata na 1. godini Medicinskog fakulteta je 119,6463, a aritmetička sredina zbroja brojčanih vrijednosti pojedinih odgovora ispitanih studenata na 5. i 6. godini Medicinskog fakulteta je 119,4032. Vidljiva je mala razlika u stavu na kraju studija u odnos na stav studenata koji su na početku edukacijskog procesa.

Zaključci: Podatci objavljeni u Zdravstveno statističkom ljetopisu HZJZ objavljenom 2014. godine navode nas na zaključak o starenju ženske populacije i sve manjoj mogućnosti obnavljanja demografske slike povećanjem nataliteta. Tek manji broj žena svake godine posjeti ginekologa PZZ, što ukazuje na ne korištenje mogućnosti preventivnih pregleda. Prema udjelu pojedinih savjeta vezanih uz kontracepciju u ginekološkoj PZZ u RH u 2013. godini vidljivo je da se gotovo svi zatraženi savjeti odnose na primjenu oralnih kontraceptiva, a da diafragma kao sredstvo zaštite od neželjene trudnoće je gotovo neprepoznata u ženskoj populaciji Republike Hrvatske.

Studenti Medicinskog fakulteta imaju pozitivniji stav o kontracepciji u odnosu na ispitane studente Pomorskog fakulteta. Uočljiva je značajna razlika u stavu studenata grupiranih po spolu, a pozitivniji stav bio je kod studentica. Prema zbroju odgovora ispitanih studenata Medicinskog fakulteta grupiranih prema godini studija u dvije grupe (početak i kraj studija) nije nađena značajna razlika u stavovima studenata s obzirom na znanje stečeno tijekom studija.

11. Summary

Thesis Title

REPRODUCTIVE HEALTH AND FAMILY PLANNING IN RELATION TO THE DEMOGRAPHIC CHANGES IN REPUBLIC OF CROATIA

Objective: To describe the current situation in the Republic of Croatia in relation to reproductive health and family planning and to emphasize the importance of the public health problems of demographic ageing and reproductive health in our community. Link existing published results for the Republic of Croatia in relation to the attitudes of students at the University of Split. Special attention directed to different positions according to gender and differences in attitude with knowledge of the case studies.

Materials and Methods: During the preparation of this study we used data published in Health Statistics Annals HZJZ published in 2014. Based on published data we made tables and graphs to display a clear picture of the current events in Croatia associated with the default subject of research. In the second part of research we used a questionnaire Contraceptive Attitude Scale author Kelly J. Black of the University of Washington, published in the book Sexuality - Related Measures authors: Terri D. Fisher, Clive M. Davis, William L. Yarber and Sandra L. Davis published for the third time in 2011, Routledge, New York, USA. The subjects tested in this study were students of the University of Split (Faculty of the Medicine and Faculty of the Maritime Studies. For statistical analysis we used the T - test to compare independent variables. After analyzing the numerical values Contraceptive Attitude Scale (CAS), we wanted to determine the differences in the groups. During processing the data we used a statistical package version 15 Medical filter. Results were interpreted at the level of significance of $P < 0.0001$.

Results: In 2013, in the care of gynecologists there were 1,626,373 women, which is 4.5% more than in 2012. Of the total number of women who have chosen their gynecologists in primary health care 593,336 women or 36,5% of the total number of women used service which is 2.3% more than in the previous year. The most common reasons why women were in the gynecological clinic were related to diseases of the urinary and genital tract (49%), the factors that influence health status and contact with health services (29%) and the lowest number of interventions have been taken in order to cure neoplasms (5,60%) and infectious diseases (4%). Interventions control of pregnancy, childbirth and puerperium amounted to a tenth part of the total interventions (9.80%). According to the share of individual advice related to contraception in gynecological PHC in Croatia in 2013, 90% of the requested

advice related to the use of oral contraceptives, 4% to the application of an intrauterine device, 2% in local contraceptives, 4% to other forms of contraception, and the diaphragm as a means of protection against unwanted pregnancy is almost unrecognized in women in Republic of Croatia.

According to data obtained from the questionnaire results are derived.

In the study were tested 274 subjects. The minimum sum was 41 as the most negative attitude towards contraception. The largest sum, and the most positive attitude, was 150. The largest number of responses is grouped in the interval between 102 and 127. The arithmetic mean is 115.1934, and the median, as a numerical value around which most of the data is grouped, is 114.

The arithmetic mean of the sum of the numerical values of the individual responses of the tested students of Maritime Faculty is 107,755 and the arithmetic mean of the sum of the numerical values of the individual responses of the tested students of the Faculty of the Medicine is 119,605. Applied T - test reveals a significant difference in the attitudes of students of the Maritime Faculty and students of the Faculty of Medicine with a probability $P < 0.0001$. The arithmetic mean of the sum of the numerical values of the individual responses of the tested male students was 112.7089 and the arithmetic mean of the sum of the numerical values of the individual responses of the tested female students is 118.5776. Applied T - test reveals a significant difference in the attitudes of students. The arithmetic mean of the sum of the numerical values of the individual responses of the tested students at 1st year of the Faculty of Medicine is 119.6463 and the arithmetic mean of the sum of the numerical values of the individual responses of the tested students in the 5th and 6th year of the Faculty of Medicine is 119.4032. It is evident little difference in attitude at the end of the study in relation to the attitude of students who are at the beginning of the educational process.

Conclusions: The data published in Health Statistics Annals HZJZ published in 2014 led us to the conclusion of the ageing of the female population and the less opportunities for the revitalization of the demographic picture by increasing the birth rate. Only a small number of women a year visit a gynecologist PHC, which indicates no use of the possibilities of preventive examinations. According to the share of individual advice related to contraception in gynecological PHC in Croatia in 2013 shows that nearly all the requested advice referred to the application of oral contraceptives and the diaphragm as a means of protection against unwanted pregnancy is almost unrecognized in women in Republic of Croatia.

Students of the Faculty of Medicine have a positive attitude about contraception compared to the tested students of the Maritime Faculty. Noticeable is a significant difference in the attitude of students grouped by gender and the positive attitude about contraception was at female students. According to the sum of the responses of the tested medical students grouped according to the year of study in the two groups (1st and final year of study (5th and 6th) we did not find significant differences in the attitudes of students with regard to the knowledge acquired during their studies.

12. Životopis

Tomislava Čerluka

Datum i mjesto rođenja: 05. listopada 1990. godine,
Imotski, Republika Hrvatska

Državljanstvo: hrvatsko

Adresa stanovanja: Poljica, Podbablje
Put Šerkovca 5

Tel. 021/852-028

Mob. 098/ 1644-332

E-mail: tcerluka@gmail.com

Obrazovanje:

1997. – 2005. godine: Osnovna škola „Tin Ujević“, Krivodol

2005. -2009. godine: Gimnazija dr. Mate Ujevića, Imotski

2009. -2015. godine: Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu, smjer doktor medicine

Druge aktivnosti:

2012./2013. godina: demonstrator na Katedri za anatomiju