Stavovi učenika završnih razreda zdravstvenih škola prema kontracepciji i doprinos medicinske sestre u edukaciji

Elezović, Anela

Master's thesis / Diplomski rad

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:176:486159

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

Repository of the University Department for Health Studies, University of Split

zir.nsk.hr

UNIVERSITY OF SPLIT

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Anela Elezović

STAVOVI UČENIKA ZAVRŠNIH RAZREDA ZDRAVSTVENIH ŠKOLA PREMA KONTRACEPCIJI I DOPRINOS MEDICINSKE SESTRE U EDUKACIJI

Diplomski rad

Split, 2018.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Anela Elezović

STAVOVI UČENIKA ZAVRŠNIH RAZREDA ZDRAVSTVENIH ŠKOLA PREMA KONTRACEPCIJI I DOPRINOS MEDICINSKE SESTRE U EDUKACIJI

THE ATTITUDE OF THE SENIOR GRADE MEDICAL SCHOOL STUDENTS TOWARDS CONTRACEPTION AND NURSES CONTRIBUTION IN THE EDUCATION

Mentor:

Prof. dr. sc. Rosanda Mulić

Split, 2018.

SADRŽAJ

1. UVOD 1
1.1. Adolescencija 2
1.2. Spolno i reproduktivno zdravlje 3
1.3. Porodi i pobačaji 4
1.4. Kontracepcija 5
1.4.1. Kontracepcijske metode 6
1.4.1.1. Prirodne metode kontracepcije 6
1.4.1.2. Barijerne metode kontracepcije 7
1.4.1.3. Hormonska kontracepcija 9
1.4.1.4. Intrauterini ulošci 10
1.4.1.5. Hitna kontracepcija 11
1.4.1.6. Sterilizacija 11
1.5. Edukacija i prevencija 13
1.6. Stavovi 15
1.7. Utjecaj obitelji 16
1.8. Utjecaj vršnjaka 17
1.9. Utjecaj medija 17
2. CILJ RADA 19
3. IZVORI PODATAKA I METODE 20
4. REZULTATI 21
4.1. Stavovi o kontracepcijskim sredstvima 23
5. RASPRAVA 38
5.1. Doprinos medicinskih sestara u edukaciji o kontracepciji i spolno/ reproduktivnom zdravlju 41
6. ZAKLJUČAK. 43
7. SAŽETAK 44
8. SUMMARY 46
9. LITERATURA 48
10. ŽIVOTOPIS 54

1. UVOD

Kasna adolescencija je burno razdoblje psihičkog i emocionalnog razvoja ako se uzme u obzir da je u dijelu te populacije fizički razvoj pojedinca završio. U tom dijelu života adolescenti se suočavaju s brojnim problemima. Značajan dio izazova s kojima su adolescenti suočeni odnosi se na očuvanje reproduktivnog zdravlja, odgovornu i zrelu spolnost. Skrbnicima i odraslima je teško prihvatiti adolescentsku spolnost pa se često obilježava kao rizična i promiskuitetna. Adolescentska seksualnost u okvirima hrvatskih granica je obilježena konzervativnim i tradicionalnim stavovima pa se upotreba kontracepcijskih sredstava povezuje s kontroverzijom (1).

Poznato je da su adolescenti skloni eksperimentiranju, ulaženju u rizična ponašanja zbog znatiželje te vjeruju da im se ništa loše ne može dogoditi. Takvim ponašanjem žele dokazati da su odrasli i autonomni. Međutim, često fizičku zrelost ne prati psihosocijalna zrelost te su stoga mladi ljudi iznimno ranjiva skupina (1).

Dinamičnost adolescentskih interakcija i znakovita socioekonomska zbivanja u Republici Hrvatskoj mogu doprinijeti i različitostima u ponašanju adolescenata. Nedovoljna istraženost ovog osjetljivog područja usmjerava na dodatna istraživanja ponašanja mladih, njihovih razmišljanja, znanja i stavova (2).

Dosadašnja istraživanja pokazuju da je većina mladih spolno aktivna u razdoblju kasne adolescencije, a prije ulaska u brak. Razlozi ranijeg stupanja u spolne odnose su ranije tjelesno i spolno sazrijevanje, odgađanje stupanja u brak te produljeno školovanje. Adolescencija je razdoblje sazrijevanja u kojem se mladi ljudi osjećaju snažno, zdravo i nepovredivo, te su spremni na različita rizična ponašanja ne razmišljajući o posljedicama istih (3). Potrebno je dodatno educirati mlade o kontracepcijskim metodama. Dodatnom edukacijom bi se prevenirale spolno prenosive bolesti i neželjene trudnoće što je preduvjet očuvanja reproduktivnog zdravlja (3,4).

1.1. Adolescencija

Etimološko značenje riječi adolescencija upućuje na porijeklo iz latinskog jezika što znači *adolescere* a što pak znači rasti tj. rasti do zrelosti. Mlade osobe, nakon ubrzanog fizičkog rasta i fizičkih promjena, nastavljaju svoj razvoj kako na psihičkoj i emocionalnoj, tako i na hormonalnoj razini. Poznati književnik Charles Dickens je rekao za adolescenciju: „Ona je najbolje razdoblje života, ona je najgore razdoblje života, ona je doba mudrosti, ona je doba ludosti“ (5).

Adolescencija se dijeli na tri pod faze i to na ranu, srednju i kasnu adolescenciju. Rana adolescencija započinje pubertetom te obuhvaća vrijeme između 10 i 14 godine mlade osobe. Srednja adolescencija je vrijeme između 15 i 18 godine života. Kasna adolescencija je vrijeme čiji je kraj teško predvidjeti. Započinje s 19-om godinom i traje, po nekim autorima, do 22. godine života dok po nekim drugim stručnjacima traje i do 25. godine života (6). Kraj adolescencije, koji može uključiti brojne integrirane i sintetizirane identifikacije vrlo je teško definirati i odrediti kako adolescentu tako i njegovoj okolini. Zbog neujednačenog razvoja moguće je da adolescent u nekim životnim sferama dosegne visoki stupanj odrasle zrelosti. Posljednje područje u kojoj mladi čovjek doseže vlastitu odraslost je osnivanje vlastite primarne obitelji (5,6).

Adolescencija se smatra iznimno stresnim razdobljem te današnja generacija adolescenata se smatra najbrojnijom populacijom na svijetu, gotovo polovica ukupnog stanovništva (7). U ovom razdoblju života ljudi su najzdraviji, najbrži i najrazvijenijih kognitivnih funkcija (8). Usprkos prirodno razvijenoj sposobnosti i uspješnosti mladih ljudi, ovo je dob u kojoj je smrtnost prisutna a posebice u nerazvijenim zemljama i to četiri puta više u odnosu na zemlje visokog standarda (8). Razlika je pogotovo izražena na štetu mladih žena, a vodeći uzrok smrtnosti muškaraca su ozljede. Broj samoubojstava je u porastu u ovoj životnoj dobi. U Republici Hrvatskoj najčešći uzrok smrtnosti su prometne nesreće (9).

1.2. Spolno i reproduktivno zdravlje

U početnim eksperimentiranjima mladi započinju s držanjem za ruke i ljubljenjem, preko dodirivanja, sve do upuštanja u seksualne odnose. Prvi seksualni odnos, često nije isto što i prvo seksualno iskustvo. Kasnije adolescent postaje svjestan činjenice da je seksualno ujedinjenje, u odnosu u kome postoji emocionalna bliskost, iskustvo koje se razlikuje od ranijih seksualnih susreta. Ova svijest je omogućena zbog identifikacija sa značajnim odraslima iz okoline. To mogu biti roditelji, ali i osobe s kojima su adolescenti povezani (6).

Prema dosadašnjim istraživanjima, prosječna dob stupanja u spolne odnose je 16-17 godina, a prema nekim istraživanjima dječaci ulaze u spolne odnose oko godinu dana ranije od djevojčica. Zbog emocionalne nestabilnosti, adolescenti su skloniji rizičnom ponašanju (1). U kategoriju rizičnog ponašanja spadaju rano stupanje u spolne odnose, spolni odnosi bez zaštite te mijenjanje partnera. Posljedice takvih ponašanja su spolno prenosive bolesti. Upravo zbog spolno prenosivih bolesti svake godine oboli oko 400 milijuna odraslih od čega 60% mlađih od 25 godina (10).

Spolno prenosive bolesti značajno opterećuju ekonomske resurse zbog povećanog morbiditeta i mortaliteta, uzrokuju neplodnost, kroničnu bol, izvanmaternične trudnoće ali i zbog epidemije HIV-a (11).

Na započinjanje seksualne aktivnosti utječe niz čimbenika društvenog okruženja, pri čemu vršnjačka skupina ima važnu ulogu u kreiranju normi ponašanja. Osvješćivanje seksualnosti ne znači i čvrstu odluku da se seksualni odnosi započnu, no što su mladi spremniji na seks, to je veća vjerojatnost da će se, u nekoj od prilika koja se pojavi, seksualni odnosi i dogoditi (12). Različiti su autori pokazali da rano seksualno iskustvo u adolescenciji nije izoliran događaj te da je povezan s drugim rizičnim ponašanjima s mogućim neposrednim i dugoročnim posljedicama. Dokazano je da za mlade koji su skloni zlouporabi alkohola i drugih psihoaktivnih tvari postoji i veći rizik od upuštanja u rane i rizične seksualne odnose (13,14). Istraživanje koje je provelo „*The Health Behavior in School-Aged Children*“ (HBSC) provedeno 2005/2006 ukazuje da se broj spolnih odnosa povećao i to kod djevojčica u značajnijem porastu od 73% u odnosu na

2001. godinu (15). Regresijska je analiza pokazala da je kao pojedinačni čimbenik za dječake, a u multivarijatnoj analizi za oba spola, svakodnevno pušenje u dobi od petnaest godina najsnažnije povezano s vjerojatnošću stupanja u rane seksualne odnose (10).

1.3. Porodi i pobačaji

Adolescentska trudnoća je globalni zdravstveni problem i može biti povezana s visokim stopama smrtnosti majki ali i različitim negativnim ishodima kod novorođenčadi.
Adolescentice obično odgađaju prvi ginekološki pregled i početak prenatalne skrbi. Uz neplaniranu adolescentsku trudnoću mogu se povezati i drugi rizični čimbenici kao što su uporaba alkohola, droga, pušenje i spolno prenosive bolesti. Za ove mlade djevojke osim rizične trudnoće, rizičan je i porod budući da imaju veći rizik od preeklampsije i drugih hipertenzivnih poremećaja, anemije, neadekvatne prehrane, spolno prenosivih bolesti, niske porođajne težine, ograničenja rasta fetusa i prijevremenog poroda (16). Stoga je stopa smrtnosti dojenčadi veća kod djece rođene od adolescentnih majki u usporedbi s onima rođenima od mladih žena u dobi od 20 do 24 godine (17). Adolescentske trudnoće predstavlja društveni problem jer postoje određeni socijalni čimbenici koji određuju tijek trudnoće u mladoj dobi i posljedice vezane uz porođaj u ovom periodu (16,17). Osim ugroze života mlade trudnice, ugrožen je i život njenog djeteta što se može povezati s određenim socijalnim nedostacima kao što su veće stope nezaposlenosti, siromaštvo i diskriminacija. Do 40% adolescentnih majki se osjeća depresivno i stigmatizirano trudnoćom. Nadalje, izrazito nisko samopoštovanje je često prisutno među ovom populacijom. (16).

U Republici Hrvatskoj je zabilježeno tijekom 2016. godine 259 poroda maloljetnica (≤ 17 godina), 814 poroda u mlađih punoljetnica (18 - 19 godina), ukupno 1.073 poroda u djevojaka ispod 20 navršenih godina života (stopa: 9,5/1.000). Time je nastavljen trend smanjenja broja poroda u adolescentnoj dobi (stopa u 2015. godini je iznosila 9,7/1.000 djevojaka ispod 20 navršenih godina života). U 2017. godini 980 poroda je evidentirano kod djevojaka u dobi između 15 i 19 godina starosti. Također je zabilježeno 7 poroda

kod adolescentica mlađih od 14 godina. U adolescentnoj skupini maloljetnica mlađih od 17 godina bilježimo pad broja poroda i to na 234. Smanjenje broja poroda u adolescentskoj skupini moguće je povezati s porastom broja savjetovališta za reproduktivno zdravlje pri službama školske i adolescentske medicine kao i povećanom medijskom informiranju (9,18).

Broj mladih djevojaka do 20 godina među ženama koje obavljaju pobačaj na zahtjev u 2016. godini bio je 180 (7,1%) (9). Smanjenje broja pobačaja se bilježi u 2017. godini i to ukupno 157 pobačaja kod adolescentica (19).

Ovaj odnos ranijih godina bio je: 2007. 9,2%, 2008. 8,0%, 2009. 8,49%, 2010. 8,63%, 2011. 7,9%, 2012. 8,3%, 2013. 6,99%, 2014. 7,2% i 2015. 7,5%. U usporedbi legalno induciranih pobačaja na 1000 živorođenih kod žena mlađih od 20 godina u 2015. godini, u Republici Hrvatskoj taj broj iznosi 202 što je značajno manje o odnosu na Češku gdje taj broj iznosi 534 ili Sloveniju s 1020 te Europsku Uniju s 1030 pobačaja (19).

1.4. Kontracepcija

Kontracepcija nije specifičnost današnjice. Najvjerojatnije postoji koliko i ljudski rod. No, danas se primjenjuje u nekim dijelovima svijeta dok u nekim drugim dijelovima svijeta još uvijek postoje predrasude i strah. Egipatski papirus iz Petre, poznat kao „Kahun papirus“, oko 1850. prije Krista izvještava o različitim vaginalnim pastama dobivenim iz akacije a koja otpušta spermicidnu tekućinu. Talmud preporučuje metode poput vaginalnih spužvica te sredstva koja induciraju sterilitet žena. Rimljani utvrđuju upotrebu kondoma od kozjeg mjehura. Metode starih Rimljana i Grka su zadržane i bile vrlo cijenjene u Europi sve do srednjeg vijeka i renesanse tj. do dominacije katoličanstva koje osuđuje kontracepciju (20).

Moderno vrijeme donosi nove mogućnosti te pravnu i zakonsku zaštitu slobode izbora a koje utječe na planiranje obitelji u raznim zemljama svijeta. Planiranje obitelji u Africi, Aziji i Europi ne može biti isto jer su različite karakteristike i problemi društava

u tim zemljama. U Kini je natalitetna politika značajno drugačija nego u Hrvatskoj upravo zbog broja stanovništva. Na primjenu kontracepcije utječe više faktora i to socioekonomsko stanje države, kultura društva države (pismenost), religijska kultura, te spolna kultura (20).

Važna je edukacija od obitelji i vrtića pa sve do fakultetskog obrazovanja. Upravo takva edukacija potiče samoedukaciju, a krajnji cilj je zdravo, sretno, željeno dijete.

1.4.1. Kontracepcijske metode

U svijetu su dostupne brojne recenzije kontracepcijskih sredstava i metoda te smjernice za primjenu istih.

Osnovna podjela kontracepcijskih sredstava je hormonska kontracepcija, maternična kontracepcija, barijerne metode, metode periodičke apstinencije i trajne metode kontracepcije.

1.4.1.1. Prirodne metode kontracepcije

Prirodne metode kontracepcije temelje se na odgovarajućem ponašanju uvjetovanom osnovnim poznavanjem prirodnih procesa reprodukcije. Ubrajaju se u privremenu kontracepciju. Najčešći je coitus interruptus, a ostale su kalendarska, temperaturna i Billingsova metoda (20). Korištenje ovih metoda kao opcija kontracepcije ovisi o nekoliko čimbenika i zahtijeva dobro poznavanje menstrualnog ciklusa i reproduktivne plodnosti. Kalendarska metoda uključuje identifikaciju plodnih dana unutar svakog menstrualnog ciklusa kada je moguće da će spolni odnos najvjerojatnije rezultirati trudnoćom (21). Parovi se mogu suzdržati od spolnog odnosa tijekom ženinih plodnih dana ili koristiti kombinaciju barijera ili metodu prekinutog snošaja. Kako bi se optimizirala metoda učinkovitosti, korisnice ove metode trebale bi pratiti svoje

menstruacije u kalendaru za 3 mjeseca dok istovremeno provjeravaju i bilježe dnevnu tjelesnu temperaturu te provjeravaju konzistenciju cervikalne sluzi kako bi pratile kada je ovulacija (21). Ova prilično zahtjevna metoda iziskuje sustavniji pristup seksualnosti te stoga nije preporučljiva za adolescente (22). U ovom slučaju adolescentima bi trebalo preporučiti apstinenciju ili neke druge, pouzdanije metode. Osim toga, u edukaciji adolescenata, zdravstveni radnici bi trebali naglasiti da takva metoda kontracepcije ne pruža zaštitu od spolno prenosivih bolesti ukoliko se tijekom spolnog odnosa ne koriste metode mehaničke barijere (22).

1.4.1.2. Barijerne metode kontracepcije

Barijerna kontracepcija podrazumijeva više kontracepcijskih postupaka kojima se mehanički sprječava, tijekom i poslije seksualnog odnosa, kontakt jajne stanice i spermatozoida i oplodnja jajne stanice.

U barijerne metode spadaju mehanička i kemijska sredstva. Podijeljene su u dvije temeljne skupine. Muškoj skupini pripada kondom, a u ženskoj skupini su dvije podskupine i to nemedicinske metode vaginalne dijafragme i cervikalna kapa, a u medicinsku podskupinu spadaju vaginalne spužve i spermicidi (20,22).

Muški kondom je mehanička barijera metoda kontracepcije i proizvode se od različitih materijala (silikon, lateks, prirodni materijal). Lateks kondomi znatno smanjuju prijenos spolno prenosivih bolesti i stoga ih trebaju koristiti svi spolno aktivni adolescenati, neovisno o tome koriste li dodatne metode kontracepcije (20,22,23). Muški kondomi imaju nekoliko drugih prednosti za adolescente, a to su uključivanje muškaraca u odgovornost za kontracepciju, jednostavnu dostupnost i dostupnost maloljetnicima, uporabu bez recepta i nisku cijenu (23). Poliuretanske kondome mogu koristiti adolescenti s lateks alergijom. Međutim, preporučuju se lateks kondomi jer imaju veću učinkovitost od poliuretanskih kondoma (22).

Dijafragma i cervikalna kapa su kontracepcijske metode barijere koje također zahtijevaju upotrebu spermicida. Dijafragma je savitljiva čaša koje se umetne u rodnicu

prije spolnog odnosa i mora ostati na tom mjestu šest sati nakon spolnog odnosa. Cervikalna kapa s prstenom je mehaničko sredstvo koje se postavi na maternice i osiguravaju kontinuiranu kontracepcijsku zaštitu do četrdeset i osam sati nakon umetanja (20,22,24).

Ove barijerne metode kontracepcije možda neće biti izvedive za neke adolescente jer zahtijevaju recept i posjete liječniku obzirom da ne postoji univerzalna veličina kontracepcijskog sredstva već se individualno određuje. Kontracepcijska sredstva trebaju biti udobna adolescentu, te zahtijevaju vještinu umetanja. Osim toga, kondom se mora koristiti zajedno s metodama barijere za žene kao zaštita od spolno prenosivih bolesti (22,24).

Ženski kondom je još jedna od barijernih metoda kontracepcije. Pruža kontracepcijsku učinkovitost u istom rasponu kao i druge barijerne metode, kao što su dijafragma i cervikalna kapa. Zbog poteškoća prilikom postavljanja, većom cijenom od muškog kondoma te izgled samog sredstva su razlozi nepovjerenja i neradog korištenja (24,25).

Muški kondomi imaju prednost pred ženskim kondomima zbog većeg stupnja učinkovitosti u sprečavanju trudnoće i spolno prenosivih bolesti kao i niže cijene (23, 25).

Vaginalni spermicidi su kontracepcijska metoda kemijske barijere koja se primjenjuje intravaginalno u različitim oblicima: gel, pjena, vaginaleta (22). Spermicidi se sastoje od dvije komponente: emulzije i kemijskog sastojka koji ubija spermu. Kao i kod bilo koje barijerne metode, učinkovitost spermicida ovisi o dosljednoj i ispravnoj upotrebi. Kombinacija vaginalnog spermicida i kondoma je vrlo učinkovito sredstvo kontracepcije za adolescente jer osigurava učinkovitu prevenciju trudnoće, smanjuje rizik spolno prenosivih bolesti, dostupna je bez recepta i jeftina (22).

1.4.1.3. Hormonska kontracepcija

Oralna hormonska kontracepcija je dostupna u tri oblika a svaki od oblika sadrži različite doze hormona u različitim omjerima (26).

Općenito, za tinejdžere propisano je standardno 28- dnevno pakiranje tableta (21 dan hormona i 7 dana placeba), te se potiče dnevno usklađivanje (22,26,27).

Nekontraceptivna korist uporabe oralne hormonske kontracepcije je poboljšanje stanja kože kod akni, smanjenje menstrualnih grčeva, bolova, smanjenje menstrualnog krvarenja (26). Neka istraživanja upućuju na to da upotreba oralnih kontraceptiva duže od 3 godine pruža značajnu zaštitu od karcinoma endometrija i jajnika, te da korištenje oralne hormonske kontracepcije ne povećava rizik od raka dojke (22,28).

Nuspojave ovih kontracepcijskih sredstava uključuju mučninu, pojačanu osjetljivost grudi i glavobolje. Poteškoće prilikom upotrebe oralnih kontracepcijski sredstava kod adolescenata su povezane s zaboravom i pokušajem skrivanja kontracepcije od roditelja. Kod korištenja oralnih kontracepcijskih sredstava postoje i neke kontraindikacije. Oralni kontraceptivi koji sadrže estrogen su kontraindicirani za one osobe koje u obiteljskoj anamnezi imaju tromboemboliju ili trombofiliju, te također kod hipertenzija plućne arterije kao i bolesti jetre (22).

Za seksualno aktivne adolescentice preporuča se ginekološki pregled zbog spolno prenosivih bolesti barem jednom godišnje, ali i kod promjene partnera.

Jedna od metoda hormonske kontracepcije je depo medroksiprogesteron acetat (DMPA) pripravak dugog djelovanja za injekcijsku primjenu. Da bi se spriječila ovulacija, injekcija se primjenjuje tijekom prvih 5 dana menstruacijskog ciklusa. Doza iznosi 150 mg svaka 3 mjeseca, injicirano intramuskularno u m. gluteus ili m. deltoideus. Mjesto injekcije se ne masira, čime se osigurava polagana apsorpcija. Injekcija se daje svakih 12 tjedana (11-13 tjedana) kao jedna intramuskularna doza (29). Dostupna je od 1992. godine u Sjedinjenim Državama. Neki stručnjaci vjeruju da je upotreba ove metode među adolescenticama s visokim rizikom od trudnoće jedan od razloga smanjenja stope adolescentske trudnoće u Sjedinjenim Američkim Državama od 1992. (30). Glavni nedostatak ove kontracepcijske metode za adolescente je nepravilnost menstrualnog ciklusa (prisutna kod gotovo svih pacijenata u početku), potreba za intramuskularnom

primjenom svakih 11 do 13 tjedana, te potencijalne štetne učinke uključujući akne, dobivanje na tjelesnoj težini, glavobolje i nadutost (22,31).

Pod hormonsku kontracepciju spadaju i kontracepcijski implantati tj. progestin levonorgestrel implantati, kontraceptivi koji pružaju zaštitu od trudnoće do 5 godina. Ovi implantati zahtijevaju podkožnu inserciju s unutrašnje strane nadlaktice nedominantne ruke. Ova metoda je izvrsna kontracepcijska opcija za žene koje imaju poteškoće s redovitim uzimanjem oralne hormonske kontracepcije, a najčešće zbog zaboravljivosti. Glavni nedostaci za upotrebu u adolescentnoj populaciji uključuju visoku početnu cijenu i potencijalne štetne učinke kao što su krvarenje i glavobolje. Teškoća uklanjanja implantata, ovaj oblik kontracepcije je učinila nepopularnim kod adolescenata. Osim toga, kondomi se moraju koristiti zajedno s implantatima zbog zaštite od spolno prenosivih bolesti (22,31).

U skupini metoda hormonske kontracepcije je i vaginalni prsten. To je okrugli, prozirni i fleksibilni prsten koji se postavlja u rodnicu i ostaje tri tjedna na istom mjestu, pa se nakon toga uklanja na jedan tjedan da se potakne menstruacija. Nakon sedmog dana pauze slijedi umetanje novog prstena. Ovaj mekan silikonski vaginalni prsten oslobađa hormone estrogen i progestin koji štite od trudnoće jedan mjesec dana (22,32).

Kombinirana hormonska transdermalna ljepljiva traka se može aplicirati na abdomen, gornji dio tijela, gornji dio vanjske ruke ili stražnjicu jednom tjedno pomoću jednog flastera za svaki od 3 tjedna u nizu, nakon čega slijedi jedan tjedan bez flastera tijekom kojeg se obično javlja menstrualno krvarenje (32,33,34).

Trendovi korištenja kontracepcijskih sredstava u prethodna dva desetljeća kod adolescenata u Sjedinjenim Američkim Državama pokazuju da je povećana uporaba oralnih kontraceptiva kod djevojaka te povećana upotrebe kondoma kod muškaraca (39).

1.4.1.4. Intrauterini ulošci

Pod pojmom intrauterina kontracepcija podrazumijevaju se intrauterini ulošci koji u maternicu oslobađaju hormone, ione ili enzime te na taj način sprečavaju oplodnju jajnih stanica ili sprječavaju implantaciju oplođene jajne stanice. Intrauterini ulošci su

bakrena spirala i hormonska spirala te se uz ove metode kontracepcije preporuča koristiti kondom kao zaštita ud spolno prenosivih bolesti (22,32,35).

1.4.1.5. Hitna kontracepcija

Hitna ili postkoitalna kontracepcija nije klasična metoda kontracepcije već sprječava nidaciju nakon spolnog odnosa bez zaštite (22,36,37).
Hitna kontracepcija može se primijeniti na dva načina: oralno, hormonskim tabletama ili umetanje intrauterinog uloška. Intrauterini uložak se može umetnuti kako bi se spriječila trudnoća do pet dana nakon spolnog odnosa bez zaštite, te se obično ne preporuča za adolescente. Najčešće propisivane i najviše proučavane metode kontracepcije u hitnim slučajevima su široko dostupne kontracepcijske hormonske tablete koje se uzimaju po dvije unutar 72 sata nakon odnosa bez zaštite (37,38).

1.4.1.6. Sterilizacija

Sterilizacija je metoda kontracepcije kojom se osobi trajno oduzima sposobnost oplodnje. Sterilizirati se mogu muškarac i žena. Kod muškaraca se radi vazektomija (prekid sjemenovoda), a kod žena se radi prekid toka jajovoda (20).

Prema HBSC 2006. godine, kod posljednjega spolnog odnosa najčešće sredstvo zaštite je kondom, hormonalna kontracepcija te gotovo 20% adolescenata ne koristi nikakvu kontracepcijsku zaštitu. Kondom je rabilo 76% dječaka i 77% djevojčica (u 2002. godini 75,2% dječaka i 73,1% djevojčica). U tom istraživanju je 56,5% učenika odgovorilo da „ne zna“ učinak hormonalnih oralnih kontraceptiva. Rizične metode kao što su računanje plodnih dana ili prekinuti snošaj koristi 14% odnosno 20% mladih ukupno. Oralna kontracepcijska sredstva rabi 8% djevojčica, a 7% dječaka izjavljuje da njihove partnerice uzimaju oralnu kontracepciju. Kako 15% dječaka i 11% djevojčica izjavljuje da prilikom posljednjega spolnog odnosa nisu rabili nikakvu zaštitu, ta činjenica, kao i uporaba nesigurnih sredstava kontracepcije može za spolno zdravlje

mladih imati dalekosežne posljedice. Iako je kondom jedina pouzdana zaštita od spolno prenosivih bolesti, samo je 10% dječaka i 6% djevojčica izjavilo da uz kontracepcijske pilule njihove partnerice ili one same rabe i kondome. Sprečavanje neželjene trudnoće u mladenačkoj dobi svakako je jedan od ciljeva odgovornoga spolnog ponašanja, ali sprečavanje spolno prenosivih bolesti koje mogu imati posljedice na plodnost i na kasniji seksualni život svakako je nešto s čim mlade treba upoznati, o tome ih savjetovati i nastojati djelovati na ponašanja koja bi mogla biti rizična (15).

Prema izvješćima ordinacija primarne zdravstvene zaštite žena u 2016. godini (ugovorne i neugovorne) posjeti u svrhu planiranja obitelji u Hrvatskoj su u porastu u odnosu na prethodnu 2015. godinu. U 2016. godini zabilježeno je 118.569 posjeta u svrhu planiranja obitelji i/ili propisivanja jednog od kontracepcijskih sredstava što je za 2,9% više u odnosu na prethodnu godinu (115.242). Najčešće su propisivani oralni kontraceptivi (77%) i intrauterini ulošci (16.3%). Populacija adolescentica u dobi između 16 i 19 godina koja je zatražila savjetovanje vezano uz kontracepciju na razini Republike Hrvatske za 2016. godinu iznosi 6994 osobe. Osječko-baranjska županija ima 605 pregleda zbog planiranja obitelji te upotrebe kontracepcijskih sredstava, Splitsko- dalmatinska županija 299 pregleda a Istarska županija 321 pregled (9).

1.5. Edukacija i prevencija

Prevencija i očuvanje reproduktivnog zdravlja je važan imperativ u sazrijevanju adolescenata da bi u daljnjem životu mogli izbjeći posljedice rizičnog ponašanja, te ostvarili planirano roditeljstvo, a ne samo izbjegli spolno prenosive bolesti i neželjene trudnoće (2).

U radu s adolescentima, zdravstveni radnici i nastavnici mogu značajno utjecati na promicanje zdravih odluka oko seksualnosti i apstinencije. Apstinencija je način izbjegavanja negativnih posljedica povezanih s rizičnim seksualnim ponašanjem. Kao zagovornice zdravlja i dobrobiti mladih, medicinske sestre-tehničari priopćavaju preporuke adolescentima da odgode seksualnu aktivnost sve dok ne budu spremni jer svaka seksualna aktivnost za koju adolescent nije spreman može imati emocionalne, fizičke i financijske posljedice. Međutim, usprkos edukaciji primjećuje se da dio adolescenata je već seksualno aktivan ili je to odlučio postati (2).

Prema Fabijanić i Sinoţić Vidić „zdravstveni odgoj je specijalizirano područje stručno-znanstvene djelatnosti u sustavu zdravstva, socijalne zaštite, odgoja i obrazovanja“ kojemu je cilj promicati zdravlje među djecom kako bi živjela sretnije i kvalitetnije (40).
To znači da zdravstveni odgoj ne bi trebao biti samo prenošenje informacija o zdravlju i mogućim rizicima već disciplina kroz koju će se mladim ljudima prenijeti znanstveno utemeljene činjenice na temelju kojih će ti isti mladi razvijati svoje stavove i vrijednosti u daljnjem sazrijevanju te na osnovu kojih će odlučivati u svakodnevnom životu (40).

Do mladih ljudi pristižu različite informacije iz različitih izvora, bilo formalnih ali i iz neformalnih (41). Škola, zdravstveno osoblje i stručna literatura spada u formalne izvore informacija dok obitelj, vršnjaci, prijatelji te različite vrste medija spadaju u neformalne izvore. U istraživanjima srednjoškolske populacije i među rizičnim mladima, kao izvor informacija na vodećem mjestu su prijatelji, slijede mediji, a tek onda škola ili obitelj (2). Suvremeno društvo ima mogućnost brze provjere točnosti informacija te se lako uočavaju ograničenja ili nejasnoće, a to sve pak vodi prema

gubitku povjerenja i povlačenju sa strane adolescenata. Stoga u komunikaciji i informiranju mladih ljudi važno je biti jasan i točan, a informacije trebaju biti jednoznačne i lako provjerljive Uzimajući u obzir osjetljivost i nesigurnost adolescenata, u radu s njima potrebno je jačati njihovo samopoštovanje i samopouzdanje te kroz taj pristup poticati ih da donose pravilne odluke temeljene na stavovima koji su izgrađeni na dobivenim istinitim i povjerljivim informacijama (2).

U svakodnevnom životu i komunikaciji s adolescentima važno je pronaći put te doprijeti do njih. Osim psihofizičkih osobitosti, potrebno je pokazati iskren interes za njihove probleme, radosti, izazove te što ih pokreće, tišti i koje su njihove životne vrijednosti. Razumijevanje i podrška koju adolescenti prime vodi k uspješnijem odgoju, a ne samo življenju bez stresa (42).

1.6. Stavovi

Važan razlog zašto se stavovi proučavaju jest uvjerenje da stavovi uzrokuju ponašanje. Stav možemo definirati kao pripravnost pozitivnog ili negativnog reagiranja na neke osobe, predmete, zbivanja ili pojave (43). Na primjer, poznajemo ljude koji imaju pozitivan ili negativan stav prema pobačaju, kontracepciji, religiji. Obzirom da stav po svojoj definiciji može biti pozitivan ili negativan, izjava „Imam neutralan stav“ je pogrešna jer se stav ili „ima“ ili „nema“. Trokomponentni model stava navodi da je stav kombinacija kognitivne, emotivne i ponašajne komponente (43).

Kognitivna komponenta stava je mišljenje pojedinca o nekoj osobi ili pojavi. Emotivna komponenta je čuvstvo koje osoba ima prema predmetu svog stava. Ponašajna komponenta je ponašanje osobe prema predmetu stava. Kognitivna i emotivna komponenta su skoro uvijek u slaganju i podudaranju dok ponašajna komponenta stava može biti u neslaganju s jednom ili čak s obje prethodno navedene komponente. To znači da ako netko ima dobro mišljenje o nečemu onda je to praćeno i ugodom u vezi s predmetom mišljenja. Kod ponašajne komponente, osoba može biti toliko pod utjecajem različitih socijalnih pritisaka da katkad uopće neće odražavati svoj pravi stav (43).

Ljudi često mijenjaju svoje stavove kako bi ih uskladili sa svojim ponašanjem. Stavovi se mijenjaju i kad ljudi uče povezivati objekt stava s ugodnim ili neugodnim kontekstom i posljedicama (44).

1.7. Utjecaj obitelji

Tinejdžeri uče o seksu i seksualnoj aktivnosti iz mnogih izvora, uključujući medije, vršnjake i zajednicu. Međutim, mnogi bi roditelji željeli utjecati na seksualne izbore njihovih tinejdžera. Roditelji žele kontrolirati seksualno ponašanje svojeg djeteta, kao i zaštititi ga od tjelesnih nedostataka i zdravstvenih problema (45). Sveukupno učenje o seksu i srodnim problemima tijekom životnog ciklusa naziva se seksualna socijalizacija. Iako tinejdžeri navode prijatelje, vršnjake i medije kao primarne izvore seksualnih informacija i utjecaja na ponašanje spolova, oni također raspravljaju o seksu s roditeljima i svjesni su mišljenja svojih roditelja (46). Svaki od tih izvora nije nužno u konkurenciji; međutim, svatko od njih djeluje kao referentna skupina za tinejdžere kako bi im pomogla u razvijanju vlastitih seksualnih stavova. Seksualna socijalizacija započinje u obitelji i nastavlja se tijekom adolescencije dok roditelji prenose svoje ideje o seksualnom ponašanju svojoj djeci (47). To uključuje učenje o ulozi spolova, izravni prijenos seksualnih informacija, obiteljske interakcije, obiteljske vrijednosti, socijalnu kontrolu i obiteljske strukture. Svatko od članova obitelji kao pojedinac i kumulativno utječe na seksualne stavove i ponašanje djece. Roditelji su u jedinstvenom položaju da raspravljaju o seksu sa svojom djecom jer mogu pružiti informacije o vrijednostima i uvjerenjima obitelji te se prilagođavaju specifičnom kontekstu djeteta (42,47).

Obzirom da se seksualna socijalizacija pojavljuje tijekom životnog ciklusa djeteta, roditelji mogu utjecati na prenošenje svojih seksualnih vrijednosti putem neverbalne i verbalne komunikacije. Nekoliko istraživača uzimaju u obzir prednosti percepcije roditeljskih mišljenja. Adolescenti koji smatraju da su njihovi roditelji konzervativni vjerojatnije će dosljedno koristiti kontracepciju te manje vjerojatno će stupiti u seksualni odnos (42,47,48).

1.8. Utjecaj vršnjaka

Razdoblje adolescencije je obilježeno i neminovnim sukobima s obitelji te s traženjem podrške i pripadnosti među vršnjacima. Odbacivanje vršnjaka je jedan od najbolnijih i najvećih udaraca koje adolescenti svakako žele izbjeći. Stoga se prilagođavaju pravilima vršnjačke grupe. Vršnjački pritisak adolescenti mogu osjetiti i u sferi seksualne aktivnosti. Percepcija seksualne aktivnosti ostalih vršnjaka te i njihova seksualna aktivnost mogu utjecati na adolescenta te biti poticaj za ulazak u seksualnu aktivnost. Na isti način adolescenti percipiraju i kontracepcijska sredstva te njihovo korištenje (49).

1.9. Utjecaj medija

Adolescenti (u dobi od 8 do 18 godina) troše u prosjeku preko 7,5 sati dnevno s medijima, a tijekom tog vremena vjerojatno će biti izloženi seksualnom sadržaju (50,51). Na primjer, mladi od 8 do 18 godina provode u prosjeku 4,5 sati dnevno gledajući televizijski sadržaj (51,50). Iako se količina seksualnog sadržaja prikazana na televizijskim emisijama povećava, poruke vezane za sigurniji seks i seksualni rizik i odgovornosti su rijetke. Istraživanja sugeriraju da je izloženost seksualnom sadržaju na televiziji i drugim medijima povezana s kognitivnim čimbenicima kao što su očekivanja o seksu, percepcije o seksualnom ponašanju među spolovima i permisivni stavovi o seksualnosti (52). Istraživanje provedeno u Varaždinskoj županiji među učenicima srednjih škola upućuje da adolescenti u značajnom omjeru koriste internet kao izvor informacija o spolnom ponašanju, rizicima takvog ponašanja i spolno prenosivim bolestima i to 64% ukupno anketiranih (53).

Uloga medija u odrastanju i sazrijevanju mladih ljudi je iznimno važna te značajno utječe na formiranje stavova i vrijednosti adolescenata. Provedeno istraživanje na temu „Percepcija utjecaja medija na sliku tijela mladih“ je utvrdilo da u kasnoj adolescenciji mladi snažnije doživljavaju medije u formiranju slike vlastitog tijela nego u ranoj adolescenciji. Autori su ovaj podatak objasnili da u toj dobi je povećana svijest o svom

tijelu te da je povećana svijest o sociokulturno uvjetovanom idealnom tjelesnom izgledu tijekom adolescencije kod djevojaka i mladića (54).

Osobitost suvremenog načina života je to da tijekom odrastanja, ali i u ranijoj dobi, nestaje kontrast iskustava između djece i odraslih. Jedan od razloga je televizijski program koji u udarnim terminima emitira sadržaj iz svijeta odraslih i to kao što su seks i nasilje. Gube se granice između djetinjstva i odraslog doba. To može biti jedan od razloga zbog čega djeca danas izgledaju manje djetinjasto te se ponašaju više odraslo.

Prema Postmanu simptomi post moderne kulture vraćaju unatrag u razdoblje Srednjega vijeka. To je vrijeme kada djeca nisu učila pisati, kada pojam „djetinjstvo“ nije postojao jer nije bilo razlike između onoga što rade djeca i odrasli. Opisuje današnje društvo uspoređujući ga s srednjovjekovnim slikama na kojima je naslikana seoska veselica pijanih muškaraca i žena koji se dodiruju, a to sve promatraju djeca koja sjede oko njih. Nepostojanje djetinjstva u Srednjem vijeku je posljedica nepismenosti, nepostojanja obrazovanja i besramnosti, kaže Postman (55).

2. CILJ RADA

Ovim istraživanjem željelo se procijeniti stavove učenika završnih razreda zdravstvenih škola o upotrebi kontracepcijskih sredstava i metoda.

Dobivene rezultate usporedilo se s rezultatima već provedenih istraživanja u Republici Hrvatskoj. Posebna pozornost usmjerena je prema različitim stavovima po spolu i mjestu školovanja.

Hipoteze ovog rada su slijedeće:

1. Učenice imaju pozitivniji stav prema kontracepciji u odnosu na učenike.
2. Učenici Medicinske škole Pula će imati pozitivnije stavove prema kontracepciji od učenika Zdravstvene škole Split i Medicinske škole Osijek.

3. IZVORI PODATAKA I METODE

Istraživanje je provedeno anketnim upitnikom među 180 učenika završnih razreda smjera medicinske sestre/ tehničari opće njege na području gradova Split, Pula i Osijek u vremenu svibanj i lipanj 2018. godine. Za potrebe istraživanja je korišten Upitnik stava o kontracepciji, autorice Kelly J. Black sa Sveučilišta u Washingtonu, objavljenoj u knjizi Sexuality- Related Mesures, autora Terri D. Fisher, Clive M. Davis, William L. Yarber i Sandre L. Davis objavljenoj po treći put 2011. godine, Routledge, New York, Sjedinjene Američke Države. Upitnik stavova o kontracepciji (Contraceptiv Atitude Scale - CAS) je upitnik koji se sastoji od trideset tvrdnji za koju svaki ispitanik treba zaokružiti svoje slaganje ili neslaganje. Ponuđeni odgovori su u rasponu od „uopće se ne slažem“ do „u potpunosti se slažem“ (58,59). Očekivano vrijeme za ispunjavanje ankete je pet minuta.

U empirijskom dijelu ovog rada, upotrebom kvantitativnih metoda u biomedicini, testiraju se postavljene hipoteze.

U radu se koriste metode grafičkog i tabelarnog prikazivanja, Kolmogorov- Smirnov test, T-test, te Mann-Whitney U test.

Metodama grafičkog i tabelarnog prikazivanja prikazana je struktura odgovora ispitanika. Prije provođenja testiranja razlika, upotrebom Kolmogorov-Smirnov testa testirana je normalnost distribucije gdje u slučaju utvrđenja normalnosti se koristi T-test, a u suprotnom Mann-Whitney U test.

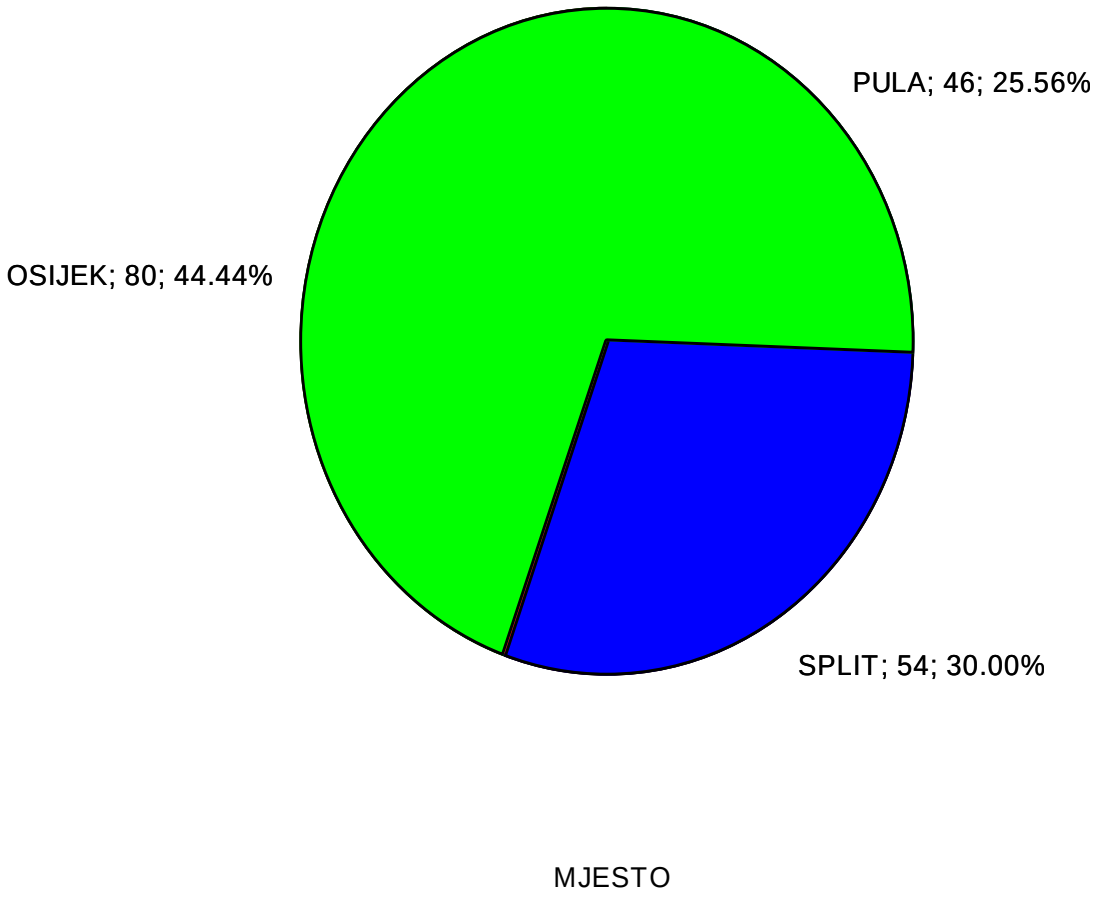
Analiza je rađena u statističkom programu STATISTICA 12.

Zaključak je donesen pri razini signifikantnosti od 5% ($p<0,05$).

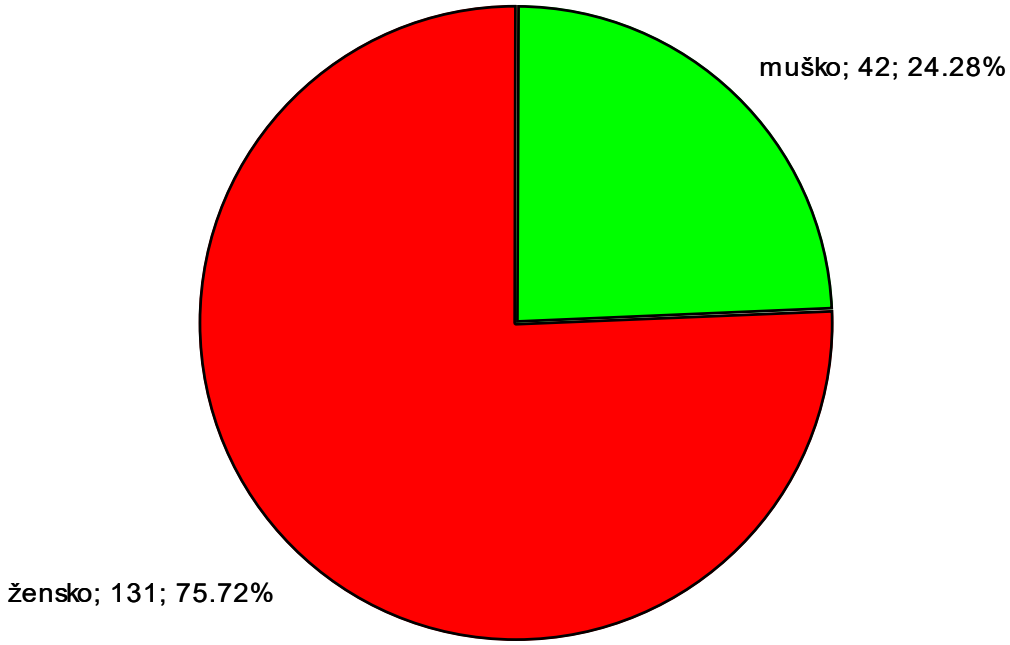
4. REZULTATI ISTRAŽIVANJA

Od ukupno 192 učenika srednjih medicinski škola Pula, Split i Osijek, na anketni upitnik je odgovorilo 180 učenika. Struktura učenika prema mjestu školovanja je prikazana na grafikonu 1. Ispitanici su učenici završnih razreda srednjih medicinskih škola od kojih najveći broj se školuje u Medicinskoj školi Osijeku i to njih 80 tj. 44,44% dok su u manjem broju zastupljeni učenici iz Medicinske škole Pula (46; 25,56%) i učenici Zdravstvene škole Split s 54 ispitanika (30%).

Grafikon 1. Struktura ispitanika prema mjestu školovanja



Grafikon 2. Struktura ispitanika prema spolu



Prema spolu ispitanika, može se utvrditi da je najveći broj učenica (131; 75,72%), dok su učenici zastupljeni u uzorku sa 42 ispitanika (24,48%).

4.1. Stavovi o kontracepcijskim sredstvima

U ovom istraživanju je korišten Upitnik stavova o kontracepciji (Contraceptiv Atitude Scale- CAS). Upitnik se sastoji od trideset tvrdnji za koju svaki ispitanik treba zaokružiti svoje slaganje ili neslaganje. Ponuđeni odgovori su u rasponu od „uopće nisam suglasna“ do „u potpunosti sam suglasan/a“ (59).

Na tvrdnje o korištenju kontracepcijskih sredstava ispitanici su iskazivali slaganje na sljedeći način:

PS = potpuno suglasan/a

S = suglasan/a

N = neodlučan/a

NS = nisam suglasan/a

PNS = u potpunosti nisam suglasan/a.

Stupnjevima slaganja s tvrdnjama dodijeljene su sljedeće rang vrijednosti:

1 = u potpunosti nisam suglasan/a

2 = nisam suglasan/a

3 = neodlučan/a

4 = suglasan/a

5 = potpuno suglasan/a.

U Tablici 1. prikazani su rezultati ankete.

Tablica 1: Zbirna distribucija frekvencija

	1 -n (%)		2 -n (%)		3 -n (%)		4 -n (%)		5 -n (%)	
Vjerujem da je pogrešno koristiti kontracepcijska sredstva	**95**	**53.37**	37	20.79	29	16.29	10	5.62	7	3.93
Kontracepcijska sredstva smanjuju seksualni nagon	**69**	**38.55**	48	26.82	41	22.91	14	7.82	7	3.91
Upotreba kontracepcijskih sredstava mnogo je poželjnija od pobačaja	11	6.15	6	3.35	6	3.35	27	15.08	**129**	**72.07**
Muškarci koji koriste kontracepcijska sredstva su manje muževni	**109**	**60.89**	37	20.67	26	14.53	5	2.79	2	1.12
Potičem svoje prijatelje na korištenje kontracepcijskih sredstava	15	8.52	20	11.36	**55**	**31.25**	42	23.86	44	25.00
Ne bih se upuštao/la u seksualni odnos ukoliko moj partner ne prihvaća korištenje kontracepcijskih sredstava	21	11.67	26	14.44	41	22.78	36	20.00	**56**	**31.11**
Kontracepcijska sredstva zapravo nisu potrebna osim ako par ima više od jednog spolnog odnosa	**77**	**42.78**	45	25.00	45	25.00	10	5.56	3	1.67
Upotreba kontracepcijskih sredstava čini seksualni odnos manje romantičnim	**75**	**41.90**	45	25.14	35	19.55	20	11.17	4	2.23
Žene koje koriste kontracepcijska sredstva su promiskuitetne	**114**	**63.33**	26	14.44	29	16.11	8	4.44	3	1.67
Ne bih mogao/la imati spolni odnos ako kontracepcijske metode nisu dostupne	35	19.66	42	23.60	**50**	**28.09**	25	14.04	26	14.61
Ne vjerujem da kontracepcijska sredstva zaista sprječavaju trudnoću	**60**	**33.52**	54	30.17	39	21.79	17	9.50	9	5.03
Korištenjem kontracepcijskih sredstava pokazujete da Vam je stalo do partnera	15	8.43	16	8.99	51	28.65	**60**	**33.71**	36	20.22
Ne razgovaram o kontracepcijskim sredstvima sa svojim prijateljima	**67**	**37.43**	47	26.26	33	18.44	23	12.85	9	5.03
Osjećao bih se neugodno da moram raspravljati o kontracepcijskim sredstvima sa svojim prijateljima	**87**	**49.43**	54	30.68	16	9.09	8	4.55	11	6.25
Kontracepcijska sredstva se trebaju	26	14.53	21	11.73	**61**	**34.08**	29	16.20	42	23.46

koristiti bez obzira na to koliko je netko dugo u braku										
Kontracepcijska sredstva se teško mogu nabaviti	**115**	**64.61**	48	26.97	11	6.18	1	0.56	3	1.69
Kontracepcijska sredstva čine spolni odnos ugodnijim	28	15.73	47	26.40	**81**	**45.51**	11	6.18	11	6.18
Osjećam se opuštenije tijekom spolnog odnosa ako se koriste kontracepcijska sredstva	14	7.78	15	8.33	**69**	**38.33**	41	22.78	41	22.78
Rado koristim kontracepcijska sredstva tijekom spolnog odnosa	16	8.94	18	10.06	**56**	**31.28**	43	24.02	46	25.70
U budućnosti planiram koristiti kontracepcijska sredstva svaki puta kada budem imao/la spolni odnos	18	10.29	31	17.71	**49**	**28.00**	42	24.00	35	20.00
Ja bih koristio/la kontracepcijska sredstva čak i ako moj partner to ne želi	12	6.67	14	7.78	50	27.78	48	26.67	**56**	**31.11**
Jednostavno je koristiti kontracepcijska sredstva	2	1.12	9	5.06	26	14.61	64	35.96	**77**	**43.26**
Korištenje kontracepcijskih sredstava čini vezu stabilnijom i dugotrajnijom	12	6.70	26	14.53	**73**	**40.78**	32	17.88	36	20.11
Seksualni odnos nije zabavan ukoliko se ne koriste kontracepcijska sredstva	47	26.11	50	27.78	**51**	**28.33**	22	12.22	10	5.56
Uputno je koristiti kontracepcijska sredstva čak i ako to povećava troškove	10	5.62	21	11.80	**54**	**30.34**	52	29.21	41	23.03
Kontracepcijska sredstva promiču promiskuitet	**81**	**45.76**	44	24.86	33	18.64	11	6.21	8	4.52
Parovi bi trebali razgovarati o kontracepciji prije upuštanja u spolni odnos	4	2.26	5	2.82	29	16.38	59	33.33	**80**	**45.20**
Ukoliko smo moj partner/ica ili ja imali neželjene pojave zbog korištenja kontracepcijskih sredstava, probali bismo korištenje druge metode	8	4.44	4	2.22	39	21.67	**72**	**40.00**	57	31.67
Zbog korištenja kontracepcijskih sredstava spolni odnos se čini previše	42	23.33	**51**	**28.33**	**51**	**28.33**	26	14.44	10	5.56

planiranim										
Osjećam se bolje kad koristim kontracepcijska sredstva	10	5.62	15	8.43	**62**	**34.83**	44	24.72	47	26.40

Iz tablice se može utvrditi da je slaganje s tvrdnjama heterogeno, odnosno da postoji izraženo slaganje i neslaganje s tvrdnjama ovisno o tvrdnji.

Tablica 2: Deskriptivna statistika, N= 180

Tvrdnja	Medijan	(Q1	Q3)
Vjerujem da je pogrešno koristiti kontracepcijska sredstva	1	1.0	3.0
Kontracepcijska sredstva smanjuju seksualni nagon	2	1.0	3.0
Upotreba kontracepcijskih sredstava mnogo je poželjnija od pobačaja	5	4.0	5.0
Muškarci koji koriste kontracepcijska sredstva su manje muževni	1	1.0	2.0
Potičem svoje prijatelje na korištenje kontracepcijskih sredstava	4	3.0	5.0
Ne bih se upuštao/la u seksualni odnos ukoliko moj partner ne prihvaća korištenje kontracepcijskih sredstava	4	2.0	5.0
Kontracepcijska sredstva zapravo nisu potrebna osim ako par ima više od jednog spolnog odnosa	2	1.0	3.0
Upotreba kontracepcijskih sredstava čini seksualni odnos manje romantičnim	2	1.0	3.0
Žene koje koriste kontracepcijska sredstva su promiskuitetne	1	1.0	2.0
Ne bih mogao/la imati spolni odnos ako kontracepcijske metode nisu dostupne	3	2.0	4.0
Ne vjerujem da kontracepcijska sredstva zaista sprječavaju trudnoću	2	1.0	3.0
Korištenjem kontracepcijskih sredstava pokazujete da Vam je stalo do partnera	4	3.0	4.0
Ne razgovaram o kontracepcijskim sredstvima sa svojim prijateljima	2	1.0	3.0
Osjećao bih se neugodno da moram raspravljati o kontracepcijskim sredstvima sa svojim prijateljima	2	1.0	2.0
Kontracepcijska sredstva se trebaju koristiti bez obzira na to koliko je netko dugo u braku	3	2.0	4.0

Kontracepcijska sredstva se teško mogu nabaviti	1	1.0	2.0
Kontracepcijska sredstva čine spolni odnos ugodnijim	3	2.0	3.0
Osjećam se opuštenije tijekom spolnog odnosa ako se koriste kontracepcijska sredstva	3	3.0	4.0
Rado koristim kontracepcijska sredstva tijekom spolnog odnosa	4	3.0	5.0
U budućnosti planiram koristiti kontracepcijska sredstva svaki puta kada budem imao/la spolni odnos	3	2.0	4.0
Ja bih koristio/la kontracepcijska sredstva čak i ako moj partner to ne želi	4	3.0	5.0
Jednostavno je koristiti kontracepcijska sredstva	4	4.0	5.0
Korištenje kontracepcijskih sredstava čini vezu stabilnijom i dugotrajnijom	3	3.0	4.0
Seksualni odnos nije zabavan ukoliko se ne koriste kontracepcijska sredstva	2	1.0	3.0
Uputno je koristiti kontracepcijska sredstva čak i ako to povećava troškove	4	3.0	4.0
Kontracepcijska sredstva promiču promiskuitet	2	1.0	3.0
Parovi bi trebali razgovarati o kontracepciji prije upuštanja u spolni odnos	4	4.0	5.0
Ukoliko smo moj partner/ica ili ja imali neželjene pojave zbog korištenja kontracepcijskih sredstava, probali bismo korištenje druge metode	4	3.0	5.0
Zbog korištenja kontracepcijskih sredstava spolni odnos se čini previše planiranim	2	2.0	3.0
Osjećam se bolje kad koristim kontracepcijska sredstva	4	3.0	5.0

Istraživanjem je utvrđeno da se vrlo mali broj ispitanika ne slaže s tvrdnjom da je pogrešno koristiti kontracepcijska sredstva (Me=1; IQR= 1-3), te je utvrđena niska razina slaganja s tvrdnjom da kontracepcijska sredstva smanjuju seksualni nagon (Me=2; IQR= 1-3).

Za ispitanike je upotreba kontracepcijskih sredstava mnogo poželjnija od pobačaja je (IQR= 1-5).

Ispitanici se ne slažu s tvrdnjom da su muškarci koji koriste kontracepcijska sredstva manje muževni (Me=1; IQR= 1-2).

Ispitanici u visokoj mjeri potiču svoje prijatelje na korištenje kontracepcijskih sredstava (Me=4; IQR= 3-5).

Sa tvrdnjom „Ne bih se upuštao/la u seksualni odnos ukoliko moj partner ne prihvaća korištenje kontracepcijskih sredstava“ utvrđena je visoka razina slaganja (Me=4; IQR= 2-5).

Na tvrdnju da kontracepcijska sredstva zapravo nisu potrebna osim ako par ima više od jednog spolnog odnosa ispitanici su se u maloj mjeri slagali (Me=2; IQR= 1-3).

Ispitanici su iskazali neslaganje sa tvrdnjom da upotreba kontracepcijskih sredstava čini seksualni odnos manje romantičnim (Me=2; IQR=1-3), kao i na tvrdnju da su žene koje koriste kontracepcijska sredstva su promiskuitetne (Me=1; IQR=1-2).
Indiferentan stav ispitanici su iskazali na tvrdnju da ne bih mogao/la imati spolni odnos ako kontracepcijske metode nisu dostupne (Me=3; IQR=2-4).
Na tvrdnju „Ne vjerujem da kontracepcijska sredstva zaista sprječavaju trudnoću“ ispitanici su iskazali neslaganje (Me=2; IQR=1-3).
Stavovi ispitanika su pokazali da korištenjem kontracepcijskih sredstava pokazuju da im je stalo do partnera (Me=4; IQR=3-4).
Ispitanici su iskazali da se ne slažu s tvrdnjom da ne razgovaraju o kontracepcijskim sredstvima sa svojim prijateljima (Me=2; IQR=1-3), kao i da se ne slažu s tvrdnju da bi se osjećali neugodno da moraju raspravljati o kontracepcijskim sredstvima sa svojim prijateljima (Me=2; IQR=1-2).
Na tvrdnju da se kontracepcijska sredstva trebaju koristiti bez obzira na to koliko je netko dugo u braku ispitanici su iskazali indiferentan stav (Me=3; IQR=2-4).
Ispitanici se u potpunosti ne slažu s tvrdnjom da se kontracepcijska sredstva mogu teško nabaviti (Me=1; IQR=1-2) kao što se ne slažu ni s tvrdnjom da se zbog korištenja kontracepcijskih sredstava spolni odnos čini previše planiranim (Me=2; IQR = 3-5). Također se ne slažu ni s tvrdnjom da kontracepcijska sredstva promiču promiskuitet (Me=2; IQR=1-3) te se ne slažu s tvrdnjom da seksualni odnos nije zabavan ukoliko se ne koriste kontracepcijska sredstva (Me=2; IQR=1-3).

Ispitanici smatraju da upotreba kontracepcijskih sredstava ne utječe na ugodu pri spolnom odnosu (Me=3; IQR=2-3), te da se osjećaju opuštenije tijekom spolnog odnosa ako koriste kontracepcijska sredstva (Me=3; IQR=3-4). Također je utvrđena indiferentnost na tvrdnju da u budućnosti planiraju koristiti kontracepcijska sredstva svaki puta kada budu imali spolni odnos (Me=3; IQR=2-4).

Ispitanici rado koriste kontracepcijska sredstva tijekom spolnog odnosa ((Me=4; IQR=3-5), te bi ih rado koristili koristili čak i ako partner to ne želi ((Me=4; IQR=3-5), te da je jednostavno koristiti kontracepcijska sredstva ((Me=4; IQR=4-5).

Na tvrdnju da korištenje kontracepcijskih sredstava čini vezu stabilnijom i dugotrajnijom iskazana je indiferentnost (Me=3; IQR=3-4).

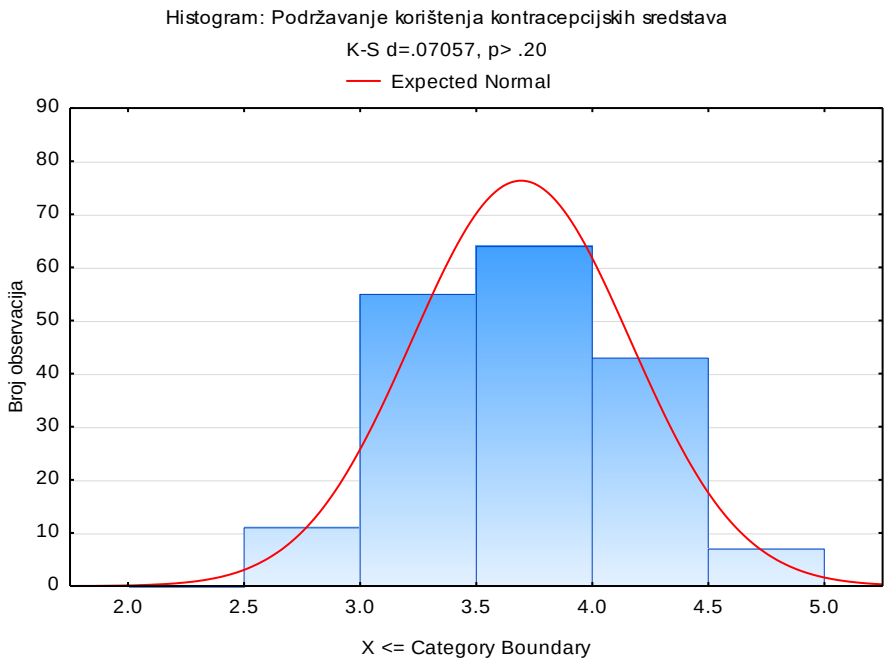
Ispitanici su se složili s tvrdnjom da je uputno koristiti kontracepcijska sredstva čak i ako to povećava troškove (Me=4; IQR=3-4),

Ispitanici se slažu da bi parovi trebali razgovarati o kontracepciji prije upuštanja u spolni odnos (Me = 4; IQR = 4-5), te bi prema mišljenju ispitanika ukoliko su partner ili ispitanik imali neželjene pojave zbog korištenja kontracepcijskih sredstava, probali korištenje druge metode (Me = 4; IQR = 3-5). Ispitanici su iskazali da se osjećaju bolje ukoliko koriste kontracepcijska sredstva (Me=4; IQR=3-5).

Na temelju slaganja s tvrdnjama iznad kreirana je dimenzija podržavanje korištenja kontracepcijskih sredstava gdje vrijednost 1 ukazuje na potpuno ne podržavanje korištenja kontracepcijskih sredstava, dok vrijednost 5 ukazuje na potpuno podržavanje korištenja kontracepcijskih sredstava.

Tvrdnje negativnog polariteta (veća razina slaganje ukazuje na odbojnost od korištenja kontracepcijskih sredstava) su kod kreiranja razine podržavanje korištenja kontracepcijskih sredstava korigirane.

Grafikon 3: Podržavanje korištenja kontracepcijskih sredstava



Na temelju empirijske p vrijednosti >0,05 može se donijeti zaključak da je distribucija podržavanja korištenja kontracepcijskih sredstava normalno distribuirana, zbog čega je opravdano korištenje parametrijskih testova.

Tablica 3. Deskriptivna statistika podržavanja korištenja kontracepcijskih sredstava

Deskriptivna statistika				
	N	**Prosjek**	**St. dev.**	**V (%)**
Podržavanje korištenja kontracepcijskih sredstava	180	3.69	0.47	12.74

Iz tablice deskriptivne statistike može se utvrditi da je prosječna razina podržavanja korištenja kontracepcijskih sredstava 3,69 sa prosječnim odstupanjem od aritmetičke sredine 0,47.

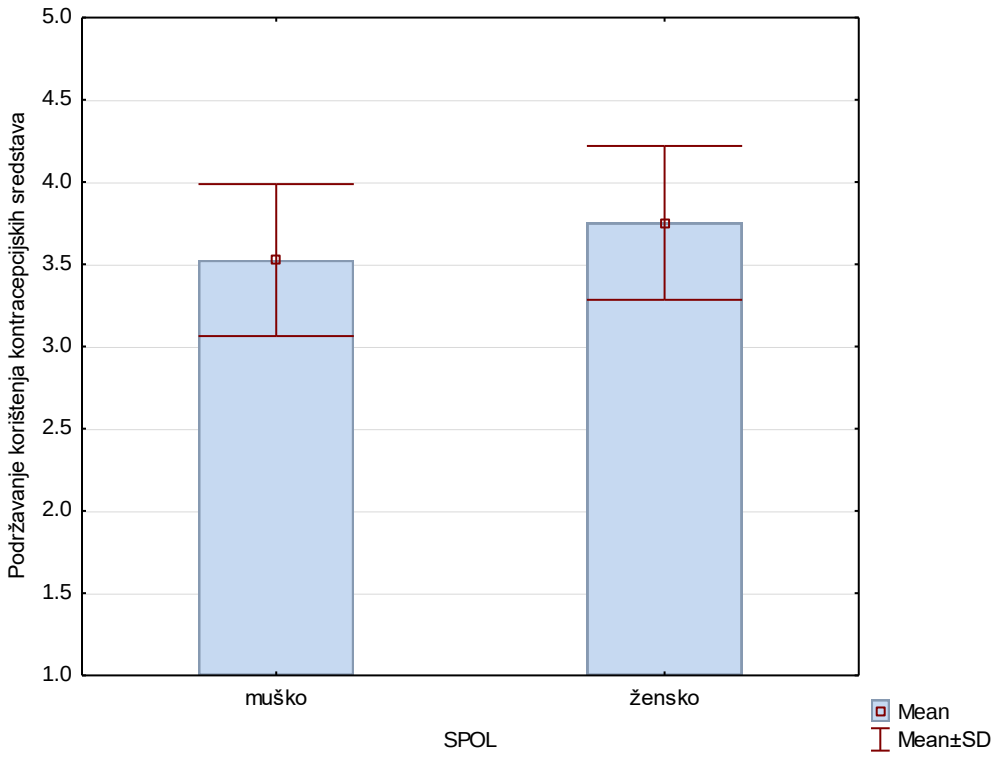
Ukupna razina podržavanja korištenja kontracepcijskih sredstava u manjoj mjeri je disperzirana među ispitanicima (V=0,47 < 12,74%).

Tablica 4. T-test

T-tests							
	Prosjek - muško	**St. dev. – muško**	**Prosjek - žensko**	**St. dev. - žensko**	**t-vrijednost**	**df**	**p**
Podržavanje korištenja kontracepcijskih sredstava	**3.53**	**0.46**	**3.75**	**0.47**	**2.74**	**171**	**0.007**

Prosječna razina podržavanja korištenja kontracepcijskih sredstava muškaraca je za 0,22 boda manja u odnosu na žene. Testiranjem razlike je utvrđeno da je riječ o statistički značajnoj razlici (t=0,274; p=0,007)

Grafikon 4: Testiranje razlike u podržavanju korištenja kontracepcijskih sredstava prema spolu



Efekt interakcije proizlazi iz zajedničkog djelovanja faktora spola i lokacije.

Tablica 5. Efekt interakcije faktora spola i lokacije

Podržavanje korištenja kontracepcijskih sredstava				
	Faktor		Prosječna vrijednost	St. dev.
MJESTO	PULA		3.63	0.42
MJESTO	SPLIT		3.79	0.53
MJESTO	OSIJEK		3.67	0.46
SPOL	muško		3.53	0.46
SPOL	žensko		3.75	0.47
MJESTO*SPOL	PULA	muško	3.47	0.38
MJESTO*SPOL	PULA	žensko	3.72	0.42
MJESTO*SPOL	SPLIT	muško	3.56	0.56
MJESTO*SPOL	SPLIT	žensko	3.86	0.52
MJESTO*SPOL	OSIJEK	muško	3.55	0.48
MJESTO*SPOL	OSIJEK	žensko	3.70	0.45

Iz tablice se može utvrditi da u svim gradovima u kojima je provedeno istraživanje ispitanice imaju pozitivnije stavove u odnosu na ispitanike i time je potvrđena hipoteza 1.

Među ispitanicima najveća razina podržavanja korištenju kontracepcijskih sredstava utvrđena je u Splitu, kao i među ispitanicama gdje je najviša razina podržavanja korištenja kontracepcijskih sredstava utvrđena također u Splitu.

Tablica 6: Testiranje razlike u podržavanje korištenja kontracepcijskih sredstava prema mjestu i interakcijski efekt sa spolom.

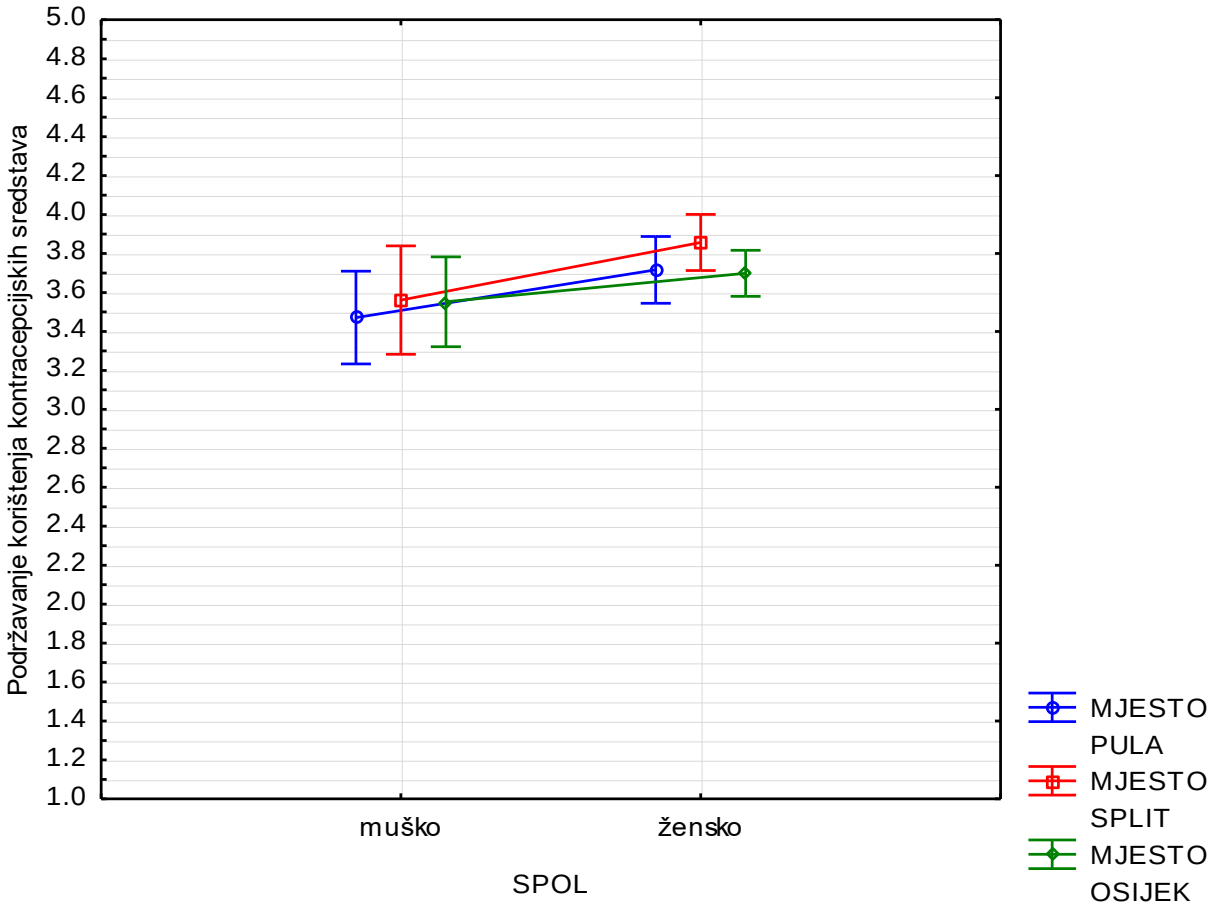
ANOVA test					
	df	**Podržavanje korištenja kontracepcijskih sredstava - SS**	**Podržavanje korištenja kontracepcijskih sredstava - MS**	**Podržavanje korištenja kontracepcijskih sredstava - F**	**Podržavanje korištenja kontracepcijskih sredstava - p**
MJESTO	2	0.26	0.13	0.60	0.553
SPOL	1	**1.60**	**1.60**	**7.33**	**0.008**
MJESTO*SPOL	2	0.13	0.06	0.29	0.751
Greška	167	36.49	0.22		
Total	172	38.858			

Testiranjem razlike u podržavanju korištenja kontracepcijskih sredstava s obzirom na mjesto školovanja nije utvrđena statistički značajna razlika (F=0,60; p=0,553). Time nije potvrđena hipoteza 2 da će učenici Medicinske škole Pula imati pozitivnije stavove u odnosu na učenike škola u Splitu i Osijeku.

Statistički značajna razlika s obzirom na spol je utvrđena, dok efekt interakcije nije statistički značajan (F=0,29; p=0,751). Dakle, ne može se reći da učenici u nekim mjestima u manjoj mjeri podržavaju korištenje kontracepcijskih sredstava u odnosu na druga mjesta. Ne može se ni reći da učenice u nekim mjestima u većoj mjeri podržavaju korištenje kontracepcijskih sredstava u odnosu na druga mjesta.

Rezultati su prikazani i grafički na grafikonu 5.

Grafikon 5. Razlike u podržavanje korištenja kontracepcijskih sredstava prema mjestu i interakcijski efekt sa spolom



Tablica 7. Razlika prema tvrdnjama

	Žensko			Muško			Testiranje	
	Medijan	**Q1**	**Q3**	**Medijan**	**Q1**	**Q3**	**Z**	**P***
Vjerujem da je pogrešno koristiti kontracepcijska sredstva	1	1.0	2.0	2	1.0	3.0	**2.49**	**0.013**
Kontracepcijska sredstva smanjuju seksualni nagon	2	1.0	3.0	3	1.0	4.0	**2.89**	**0.004**
Upotreba kontracepcijskih sredstava mnogo je poželjnija od pobačaja	5	4.0	5.0	5	4.0	5.0	0.51	0.608
Muškarci koji koriste kontracepcijska sredstva su manje muževni	1	1.0	2.0	2	1.0	3.0	**2.49**	**0.013**
Potičem svoje prijatelje na korištenje kontracepcijskih sredstava	4	3.0	5.0	4	3.0	4.0	-0.25	0.803
Ne bih se upuštao/la u seksualni odnos ukoliko moj partner ne prihvaća korištenje kontracepcijskih sredstava	4	3.0	5.0	3	2.0	4.0	**-2.17**	**0.030**
Kontracepcijska sredstva zapravo nisu potrebna osim ako par ima više od jednog spolnog odnosa	2	1.0	3.0	2	1.0	3.0	0.91	0.361
Upotreba kontracepcijskih sredstava čini seksualni odnos manje romantičnim	2	1.0	3.0	2	1.0	4.0	**2.47**	**0.013**
Žene koje koriste kontracepcijska sredstva su promiskuitetne	1	1.0	2.0	2	1.0	3.0	**3.46**	**0.001**
Ne bih mogao/la imati spolni odnos ako kontracepcijske metode nisu dostupne	3	2.0	4.0	2	2.0	3.0	-1.68	0.093
Ne vjerujem da kontracepcijska sredstva zaista sprječavaju trudnoću	2	1.0	3.0	2	1.0	3.0	0.01	0.993
Korištenjem kontracepcijskih sredstava pokazujete da Vam je stalo do partnera	4	3.0	4.0	4	3.0	4.0	1.21	0.225
Ne razgovaram o kontracepcijskim sredstvima sa svojim prijateljima	2	1.0	3.0	2	1.0	3.0	0.63	0.532
Osjećao bih se neugodno da moram raspravljati o kontracepcijskim sredstvima sa svojim prijateljima	1	1.0	2.0	2	1.0	3.0	1.35	0.176
Kontracepcijska sredstva se trebaju koristiti bez obzira na to koliko je netko dugo u braku	3	2.0	4.0	3	2.0	4.0	0.55	0.584
Kontracepcijska sredstva se teško mogu nabaviti	1	1.0	2.0	1	1.0	2.0	1.25	0.213
Kontracepcijska sredstva čine spolni odnos ugodnijim	3	2.0	3.0	2	1.0	3.0	-1.76	0.078
Osjećam se opuštenije tijekom spolnog odnosa ako se koriste kontracepcijska sredstva	3	3.0	4.0	4	3.0	4.0	0.47	0.636
Rado koristim kontracepcijska sredstva tijekom spolnog odnosa	4	3.0	5.0	3	3.0	4.0	-1.18	0.240
U budućnosti planiram koristiti	3	2.0	4.0	3	2.0	4.0	-0.68	0.496

kontracepcijska sredstva svaki puta kada budem imao/la spolni odnos								
Ja bih koristio/la kontracepcijska sredstva čak i ako moj parter to ne želi	4	3.0	5.0	4	3.0	4.0	**-2.09**	**0.036**
Jednostavno je koristiti kontracepcijska sredstva	4	4.0	5.0	4	4.0	5.0	-0.70	0.487
Korištenje kontracepcijskih sredstava čini vezu stabilnijom i dugotrajnijom	3	3.0	4.0	3	2.0	4.0	-0.66	0.512
Seksualni odnos nije zabavan ukoliko se ne koriste kontracepcijska sredstva	2	1.0	3.0	2	2.0	4.0	0.81	0.416
Uputno je koristiti kontracepcijska sredstva čak i ako to povećava troškove	4	3.0	4.0	4	3.0	4.0	-0.43	0.669
Kontracepcijska sredstva promiču promiskuitet	2	1.0	3.0	2	1.0	3.0	1.71	0.087
Parovi bi trebali razgovarati o kontracepciji prije upuštanja u spolni odnos	5	4.0	5.0	4	3.0	5.0	**-2.38**	**0.017**
Ukoliko smo moj partner/ica ili ja imali neželjene pojave zbog korištenja kontracepcijskih sredstava, probali bismo korištenje druge metode	4	3.0	5.0	4	3.0	4.0	-1.61	0.108
Zbog korištenja kontracepcijskih sredstava spolni odnos se čini previše planiranim	2	1.0	3.0	3	2.0	4.0	1.71	0.087
Osjećam se bolje kad koristim kontracepcijska sredstva	4	3.0	5.0	3	3.0	4.0	-1.49	0.137

* Mann-Whitney U test

Nakon provedenog testiranja utvrđeno je da muškarci imaju za 1 bod veću razinu slaganja s tvrdnjom da vjeruju da je pogrešno koristiti kontracepcijska sredstva, te je riječ o statistički značajnoj razlici (Z=2,49; p=0,013).

Muškarci su za 1 bod iskazali veće slaganje s tvrdnjom da kontracepcijska sredstva smanjuju seksualni nagon (Z=2,89; p=0,004).

Veća razina slaganja s tvrdnjom da su muškarci koji koriste kontracepcijska sredstva su manje muževni utvrđen je kod muškaraca, i to za 1 bod više u odnosu na žene (Z=2,49; p=0,013).

Žene su iskazale za 1 bod veći stupanj slaganja s tvrdnjom da ne bih se upuštao/la u seksualni odnos ukoliko moj partner ne prihvaća korištenje kontracepcije (Z=2,17; p=0,030).

Veća razina slaganja s tvrdnjom „Upotreba kontracepcijskih sredstava čini seksualni odnos manje romantičnim“ utvrđena je kod muškaraca (Z=2,47; p=0,013), kao i kod tvrdnje da su žene koje koriste kontracepcijska sredstva su promiskuitetne (Z=3,46; p=0,001).

Žene su iskazale veći stupanj slaganja s tvrdnjama da „Ja bih koristili kontracepcijska sredstva čak i ako moj parter to ne želi“ (Z=2,09; p=0,036), kao i na tvrdnju da bi parovi trebali razgovarati o kontracepciji prije upuštanja u spolni odnos gdje su žene iskazale za 1 bod veću razinu slaganja (Z=2,38; p=0,017).

4. RASPRAVA

Nakon provedenog istraživanja utvrđeno je da među učenicima prevladava visoka razina slaganja s tvrdnjom da je upotreba kontracepcijskih sredstava mnogo poželjnija od pobačaja, dok je niska razina slaganja utvrđena na tvrdnje da je pogrešno koristiti kontracepcijska sredstva te da kontracepcijska sredstva smanjuju seksualni nagon. Iz navedenog se može uočiti da postoji visoka razina podržavanja korištenja kontracepcijskih sredstava od strane učenika.

Testiranjem razlike u podržavanju korištenja kontracepcijskih sredstava prema spolu ispitanika utvrđena je viša razina podržavanja od strane učenica u odnosu na učenike.

Dodajući efekt lokacije nije utvrđena statistički značajna razlika u podržavanju korištenja kontracepcijskih sredstava među učenicima srednjih škola odabranih gradova istraživanja (Split, Pula i Osijek).

Efekt interakcije predstavlja zajednički efekt spola i lokacije učenika gdje je testiranjem utvrđeno da nema statistički značajne razlike u podržavanju korištenja kontracepcijskih sredstava niti među učenicima niti među učenicima različitih gradova, odnosno učenici u svim promatranim školama u jednakoj mjeri podržavaju korištenje kontracepcijskih sredstava. Navedeni zaključak se može donijeti i za učenice.

U istraživanju provedenom među studentima Medicinskog fakulteta u Splitu i Pomorskog fakulteta u Splitu dokazano je da studenti Medicinskog fakulteta imaju pozitivniji stav prema kontracepciji u odnosu na studente Pomorskog fakulteta te su studentice iskazale pozitivniji stav prema kontracepciji. U tom istom istraživanju nije uočena razlika u stavovima studenata s obzirom na stečeno znanje tijekom studija obzirom da su anketirani studenti prve i zadnje godine studija (56).
Prema dobivenim rezultatima istraživanja u Varaždinskoj županiji, učenici srednje strukovne škole seksualno su aktivniji od učenika gimnazije u drugim (68% strukovna - 32% gimnazija) i četvrtim razredima (64% strukovna - 36% gimnazija). Tako su djevojke u srednjim strukovnim školama više puta stupile u spolni odnos od djevojaka u gimnaziji te u više navrata mijenjale partnere (54).

U istraživanju provedenom u Osijeku na dvjema generacijama studenata (prva i završna godina studiranja) utvrđeno je da obje generacije ispitanika najčešće rabe kondom kao oblik kontracepcije, a njegovu redovitu uporabu navodi tek 72,1% mladića i 55,4% djevojaka. Mladići češće koriste kondom bez obzira na pripadnost generaciji. Brojna istraživanja opisuju porast upotrebe kondoma među mladima u posljednjih nekoliko desetljeća. U nekim istraživanjima provedenim u državama južne i sjeverne Europe u proteklom desetljeću uočen je porast korištenje kondoma među adolescentima i to petnaestogodišnjacima. U Hrvatskoj je u navedenom razdoblju zabilježen porast primjene kondoma u mladića sa 74,8% na 84,7%, dok se u djevojaka učestalost upotrebe kondoma nije značajno mijenjala (sa 71,9% na 81,9%). Navodi se porast upotrebe kondoma u osječkih studenata prve godine naspram onih završnih godina 63% vs 57%. U istraživanju provedenom među osječkim studentima utvrđen je pad uporabe oralnih hormonskih kontraceptiva (OHK) u djevojaka, s 30% akademske godine 2005./2006. na 15% u djevojaka 2015./2016. (56). U istom istraživanju je utvrđena i visoka učestalost korištenja prekinutog snošaja kao metode kontracepcije i to poželjniju djevojkama u odnosu na mladiće (15,0% vs 7,1% i 20,8% vs 6,0%), te značajan porast uporabe sigurnih dana u djevojaka 2015./2016. u odnosu na 2005./2006. (27,8% vs 13,3%). Studentice u Zagrebu i Rijeci prakticiraju prekinuti snošaj 19%, a sigurne dane 6% studentica (57).

U Bosni i Hercegovini je 79% muških studenata prijavilo kondom kao metodu kontracepcije, a 21% ispitanika spomenuto je i druge metode (coitus interruptus, ženske partnere koji koriste oralnu hormonsku kontracepciju (58).

U gimnaziji, u Varaždinskoj županiji, pri usporedbi s publiciranim rezultatima uočava se da se ženska populacija više boji spolno prenosivih bolesti od muškaraca - za 12%. Nadalje, iznalazi se da žene stupaju češće u spolne odnose od muškaraca (više od 5 puta), žene 83.3%, muškarci 12,5%. U ispitanika strukovnih škola podaci se razlikuju. Muški ispitanici navode da su u spolni odnos stupali više od 5 puta, a djevojke u značajnom obimu od 1 do 3 puta. U starosnoj dobi od 17 do 20 godina 81% ispitanika koji su spolno aktivni čine djevojke, a 83% čine su dječaci. U toj dobnoj skupini svi su ispitanici bili spolno aktivni, i to više od 5 puta, te su mijenjali od 1 do 3 partnera. Nadalje, značajan rezultat u odgovorima na pitanje bi li se testirali na spolno prenosive bolesti, možemo vidjeti da su mladići i djevojke gotovo istovjetno odgovorili te se može

zaključiti da ispitanici oba spola imaju slična razmišljanja, u ovom slučaju pozitivna, jer je stupanj svijesti za osobno zdravlje zadovoljavajući.

Utvrđeno je da učenici gimnazija i medicinske škole manje stupaju u spolne odnose od učenika ostalih strukovnih, gospodarskih i ekonomskih škola (53).

Istraživanje stavova o metodama kontracepcije studenata veleučilišta i sveučilišta je pokazalo da najveći broj ispitanika je stupio u spolne odnose u svojoj sedamnaestoj godini te je najčešće korišten prezervativ kao kontracepcijsko sredstvo. Studenti vrlo malo razgovaraju s roditeljima o spolnosti te se radije upuštaju u razgovor s vršnjacima (4).

4.1. Doprinos medicinskih sestara u edukaciji o kontracepciji i spolno/ reproduktivnom zdravlju

Zdravstvena njega je dio zdravstvenog sustava te se kao takvoj priznaje jedinstven doprinos u tom istom sustavu. Medicinske sestre-tehničare se više ne percipira kao pomagače liječniku već kao profesionalce koji razmišljaju kako izgraditi struku do visoke razine kliničke stručnosti. Kroz edukaciju se razvijaju znanja i vještine koje pak mogu samostalno provoditi (60).

U redovitom školovanju medicinske sestre stječu, osim stručnih, pedagoška i psihološka znanja te znanja metodike zdravstvenog odgoja. Teoretska znanja tih područja su povezana s obveznim vježbama i na taj način objedinjena. Završivši redovito školovanja, medicinska sestra je kompetentan nositelj zdravstvenog odgoja u praksi (61).

U Republici Hrvatskoj, u djelatnostima primarne razine zdravstvene zaštite, medicinska sestra radi u ambulantama obiteljske medicine, u patronažnoj službi te u ustanovama za njegu u kući. Također radi u zdravstvenoj zaštiti predškolske djece i zaštite žena. Medicinska sestra sudjeluje i provodi preventivno odgojne mjere zdravstvene zaštite u srednjim i osnovnim školama te u hitnoj medicinskoj pomoći. Kroz rad, medicinske sestre prate mladog čovjeka od samog njegovog rođenja. Iz ove usmjerenosti proizlazi i prilika za edukaciju (62).

Savjetovališta i tečajevi koje vode medicinske sestre isključivo imaju obilježja zdravstveno- odgojnog rada. U savjetovalištu za reprodukcijsko zdravlje, zadaci medicinske sestre su usmjereni na vođenje medicinske dokumentacije, savjetodavni rad te rad individualnog ili obiteljskog savjetovanja (62).

Medicinske sestre kroz svoj rad koriste holistički pristup korisnicima. Zbog tog pristupa bi trebalo dodatno razvijati i skrb za seksualno zdravlje pojedinaca. Konvencija Ujedinjenih naroda o pravima djeteta drži da adolescenti širom svijeta imaju ljudsko pravo da dobiju seksualnu i reproduktivnu zdravstvenu zaštitu (63).

U Afričkim zemljama, žene najveći dio informacija o kontracepcijskim sredstvima dobiju upravo od medicinskih sestara (64).

U Sjedinjenim Američkim Državama medicinske sestre samostalno propisuju određene metode kontracepcije te vode savjetovanja o kontracepciji (64).

Neki autori navode razloge zbog kojih bi upravo medicinske sestre trebale u većoj mjeri sudjelovati u sustavu očuvanja spolno reproduktivnog zdravlja. U razloge koji doprinose potencijalnoj prednosti sestrinske struke je taj da su većinom žene korisnice usluga te daju prednost u komunikaciji istom spolu. Još jedan razlog u prilog je taj što korisnici izražavaju veće zadovoljstvo komunikacijom s medicinskom sestrom u odnosu na liječnike. Također, korisnici ističu da podržavaju svoje uključivanje i veću slobodu u odlučivanju koju imaju u radu s medicinskom sestrom. Sestrinska struka snažno podržava i potiče obrazovanje korisnika te je to također razlog koji daje prednost medicinskoj sestri kao izboru kad se govori o savjetovanju o spolno reproduktivnom zdravlju (60).

Nastavkom školovanja na višim razinama i stručnim usavršavanjem, medicinske sestre razvijaju i vještine komunikacije koje su neophodne u radu s ljudima.

Ako je moguće, medicinske sestre trebaju uspostaviti povjerljive odnose s djecom prije nego što postanu adolescenti, počevši od godišnjih pregleda dok su još djeca u osnovnoj i srednjoj školi. Na taj način pomažu roditeljima i starateljima da uvide važnost povjerljivosti kao standarda brige za mlade ljude (64).

5. ZAKLJUČAK

Na osnovu provedenog istraživanja o stavovima prema kontracepcijskim sredstvima, među učenicima završnih razreda smjera medicinska sestra/tehničar opće njege Medicinske škole Pula, Medicinske škole Osijek i Zdravstvene škole Split, možemo izvesti slijedeće zaključke:

1. Učenice imaju pozitivnije stavove prema kontracepcijskim sredstvima u odnosu na učenike te je potvrđena hipoteza 1.
2. Obzirom na mjesto školovanja, među učenicima nije uočena razlika u stavovima prema kontracepcijskim sredstvima te nije potvrđena hipoteza 2 da će učenici Medicinske škole Pula imati pozitivnije stavove prema kontracepciji.
3. Ispitivanje provedeno 2015. godine upitnikom koji je korišten u ovom radu, među studentima Medicinskog fakulteta Split i Pomorskog fakulteta Split, je pokazalo da studentice imaju pozitivnije stavove prema kontracepciji u odnosu na studente, čime je potvrđen rezultat ovog istraživanja: učenice/studentice imaju pozitivniji stav prema kontracepciji nego učenici/studenti.

6. SAŽETAK

Cilj istraživanja

Ovim istraživanjem smo željeli utvrditi stavove učenika o kontracepcijskim sredstvima, postoje li razlike u stavovima u odnosu na spol te ima li razlike u stavovima u odnosu na mjesto školovanja.

Ispitanici i metode

Istraživanjem su obuhvaćeni učenici završnih razreda srednjih medicinskih škola smjera medicinska sestra – tehničar opće njege u gradovima Pula, Osijek i Split. Sudjelovalo je 180 ispitanika. Istraživanje je provedeno u svibnju i lipnju 2018. godine.

U ovom istraživanju je korišten Upitnik stavova o kontracepciji (Contraceptive Atitude Scale- CAS). Upitnik se sastoji od trideset tvrdnji za koju svaki ispitanik treba zaokružiti svoje slaganje ili neslaganje. Ponuđeni odgovori su u rasponu od „uopće nisam suglasan/a“, „nisam suglasan/a“, „neodlučan/a“, „suglasan/a“ do “u potpunosti sam suglasna“.

U radu se koriste metode grafičkog i tabelarnog prikazivanja, Kolmogorov- Smirnov test, T-test, te Mann- Whitney U test. Metodama grafičkog i tabelarnog prikazivanja prikazana je struktura odgovora ispitanika. Prije provođenja testiranja razlika, upotrebom Kolmogorov- Smirnov testa testirana je normalnost distribucije gdje u slučaju utvrđenja normalnosti se koristi T-test, a u suprotnom Mann- Whitney U test. Analiza je rađena u statističkom programu STATISTICA 12. Zaključak je donesen pri razini signifikantnosti od 5% ($p<0,05$).

Rezultati

Prema spolu ispitanika, može se utvrditi da je najveći broj učenica (131; 75,72%), dok su učenici zastupljeni u uzorku s 42 ispitanika (24,48%). Testiranjem razlike u podržavanju korištenja kontracepcijskih sredstava s obzirom na mjesto školovanja nije utvrđena statistički značajna razlika ($F=0,60$; $p=0,553$). Prosječna razina podržavanja korištenja kontracepcijskih sredstava muškaraca je za 0,22 boda manja u odnosu na

žene. Testiranjem razlike je utvrđeno da je riječ o statistički značajnoj razlici (t=0,274; p=0,007). Muškarci, u odnosu na žene imaju negativniji stav prema kontracepciji.

Zaključak

Adolescencija je jedno od najstresnijih razdoblja života. Promjene koje mlada osoba doživljava su kako fizičke prirode ali psihičke i emocionalne. Sačuvati tjelesno i mentalno zdravlje adolescenata je zadatak roditelja, nastavnika, zdravstvenih radnika kao i šire društvene zajednice. Reproduktivno zdravlje je na osobit način ugroženo. U svijetu turbulentnih promjena ovaj zadatak je veliki izazov. Kroz kontinuiranu edukaciju započetu u ranoj dječjoj dobi, mlada osoba može prepoznati opasnosti te im se oduprijeti i sačuvati svoje reproduktivno zdravlje.

7. SUMMARY

Research goal

In this study we aimed to observe and define the attitudes of medical high-school students about contraceptive measures and whether there are any differences in opinions and attitudes between genders or different sites of education.

Respondents and Methods

This survey included final year students of secondary medical schools (nurse and general nursing technician education) in the towns of Pula, Osijek and Split, Croatia. There were 180 participants enrolled. Study was conducted during May and June 2018.

In this study, the Contraceptive Attitude Scale (CAS) was used. The questionnaire consists of thirty claims for which each respondent is asked to provide his or her agreement or disagreement. The responses offered range from "I disagree completely," "I disagree," "Undecided," "I agree", "I agree completely ".

T-test and Mann-Whitney U test were used following the results of Kolmogorov-Smirnov distribution normality test. The analysis was carried out using the STATISTICA 12 software. The conclusion was reached at 5% confidence interval ($p < 0.05$).

Results

Female pupils were more frequent in our sample (131; 75.72%). There was no statistically significant difference ($F = 0.60$; $p = 0.553$) in the positive attitude about contraceptive use between different education sites. The mean level of supporting attitude regarding contraceptive in male pupils in our sample was by 0.22 points lower than in female ones, a statistically significant difference ($t = 0.274$, $p = 0.007$). Men, compared to women, have a more negative attitude toward contraception.

Conclusion

Adolescence is often described as one of the most stressful periods of life. Changes that a young person experiences are both physical and psychological (emotional). Preserving the physical and mental health of adolescents is the primary task of parents, but also teachers, health workers and wider community as a whole. Reproductive health is particularly delicate field. In the world of turbulent changes this task is a big challenge. Through continuous education started at early childhood, youth can recognize dangers and resist and preserve their reproductive health.

8. LITERATURA

1. Bračulj A. Rizično seksualno ponašanje adolescenata na području grada Zagreba. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko - rehabilitacijski fakultet; 2015 (pristupljeno 23.7.2018.). Dostupno na: https://bib.irb.hr/datoteka/775474.Rizicno_seksualno_ponasanje_ZG.pdf .
2. Kuzman M. Adolescencija, adolescenti i zaštita zdravlja. Medicus. 2009;2:155-172.
3. Mravcik V, Korcišova B, Lejckova P, Miovska L, Škrdlantova E, Petroš O, et al. Annual report: Czech Republic- 2004 drug situation. Prag: Office of Government of the Czech Republic; 2005.
4. Marinović M, Županić M. Stavovi studenata prema metodama kontraceptivne zaštite. Hrvatski časopis za javno zdravstvo. 2017;13(51).
5. Dodig Ćurković K. Adolescentna kriza– kako je dijagnosticirati i liječiti? Medicus. 2017;26(2):223-227.
6. Rudan V. Normalni adolescentni razvoj. Medix. 2004;52:36-39.
7. Kleinert S. Adolescent health: an opportunity not to be missed. Lancet. 2007;369:1057-58.
8. Patton GC, Viner R. Pubertal transition in health. Lancet. 2007;369:1130-39.
9. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2016. godinu (web izdanje). Hrvatski zavod za javno zdravstvo. 2017.(pristupljeno 23.7.2018.). Dostupno na: https://www.hzjz.hr/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis-za-2016/;
10. Dabo J, Malatestinić Đ, Janković S, Bolf Malović M, Kosanović V. Zaštita reproduktivnog zdravlja mladih- modeli prevencije. Medicina Fluminensis; 2008; 44(1):72-9.
11. Kuzman M, Znaor A. Javnoznanstvena važnost urogenitalnih i spolno prenosivih infekcija, Urogenitalne infekcije, izabrana poglavlja. Medicus. 2012;21(1):4-14.
12. Kalina O, Madarasova Geckova A, Klein D, Jarcuska P, Orosova O, Van Dijk J, et al. Psychosocial factors associated with sexual behaviour in early adolescence.

Eur J Contracept Reprod Health Care. 2011;16(4):298-306. doi:10.3109/13625187.2011.586076

13. Ferguson DM, Lynskey MT. Alcohol misuse and adolescent sexual behaviors and risk taking. Pediatrics 1996, 98(1):91-6.
14. Deardorff J, Gonzales NA, Christopher FS, Roosa MW, Millsap RE. Early puberty and adolescent pregnancy: the influence of alcohol use. Pediatrics 2005;116(6):1451-6.
15. The Health Behaviors In School-age Children (HBSC)2005/2006 Survey (pristupljeno 23.7.2018.). Dostupno na: https://www.nichd.nih.gov/sites/default/files/publications/pubs/documents/HBSC-2005_2006-Final.pdf
16. Leftwich HK, Alves MVO. Adolescent Pregnancy. Pediatr Clin North Am. 2017; 64 (02) 381-388. doi: 10.1016/j.pcl.2016.11.007
17. Socolov DG, Iorga M, Carauleanu A, Ciprian I, Blidaru I, Boicules L, et al. Pregnancy during adolescence and associated risks: an 8-year Hospital-Based Cohort Study (2007–2014) in Romania, the country with the highest rate of teenage pregnancy in Europe. BioMed Res Int 2017; 2017: 9205016
18. Porodi u zdravstvenim ustanovama u Hrvatskoj 2017. godine; Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2018 (pristupljeno 1.8.2018.). Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2018/07/Porodi_2017.pdf
19. Pobačaji u zdravstvenim ustanovama u Hrvatskoj za 2017. godinu. Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2018 (pristupljeno 25.7.2018.). Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2018/06/Bilten_POBACAJI_2017.pdf
20. Šimunić V. i sur. Kontracepcija i reprodukcijsko zdravlje. U:Prvi hrvatski kongres o kontracepciji i reprodukcijskom zdravlju; 2002; Brijuni. Zagreb: Fotoshop; 2002.
21. Billings E, Westmore A. Billingsova metoda. Zagreb: Obiteljski centar; 2010.
22. Contraception and Adolescents. Committee on Adolescence. American Academy of Pediatrics; 2007 (pristupljeno 1.8.2018.).

Dostupno na: http://pediatrics.aappublications.org/content/120/5/1135..info

23. Frezieres RG, Walsh TL, Nelson AL, Clark VA, Coulson AH. Evaluation of the efficacy of a polyurethane condom: results from a randomized, controlled clinical trial. Fam Plann Perspect. 1999;31:81–87.
24. Trussell J. Contraceptive efficacy of the Reality female condom. Contraception. 1998;58:147–148.
25. Haignere CS, Gold R, Maskovsky J, Ambrosini J, Rogers CL, Gollub E. High-risk adolescents and female condoms: knowledge, attitudes, and use patterns. J Adolesc Health. 2000;26:392–398.
26. Sucato GS, Gold MA. Extended cycling of oral contraceptive pills for adolescents. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2002;15:325–327.
27. Bonnar J. Coagulation effects of oral contraception. Am J Obstet Gynecol. 1987;157:1042-8.
28. Stewart FH, Harper CC, Ellertson CE, Grimes DA, Sawaya GF, Trussell J. Clinical breast and pelvic examination requirements for hormonal contraception: current practice vs evidence. JAMA. 2001;285:2232–2239.
29. Darroch JE, Singh S, Frost JJ. Differences in teenage pregnancy rates among five developed countries: the roles of sexual activity and contraceptive use; Fam Plann Perspect. 2001;33:244–250, 281.
30. Guttmacher S, Lieberman L, Ward D, Freudenberg N, Radosh A, Des Jarlais D. Condom availability in New York City public high schools: relationships to condom use and sexual behavior. Am J Public Health. 1997;87:1427–1433.
31. Jain J, Dutton C, Nicosia A, Wajszczuk C, Bode FR, Mishell DR. Pharmacokinetics, ovulation suppression and return to ovulation following a lower dose subcutaneous formulation of Depo-Provera. Contraception. 2004;70:11–18.
32. Hatcher RA, Nelson A. Combined hormonal contraceptive methods. U: Hatcher RA, Trussell J, Stewart F. Contraceptive Technology. 18th Revised ed. New York: Ardent Media Inc; 2004:391– 460.
33. Rubinstein ML, Halpern-Fisher BL, Irwin CE. An evaluation of the use of the transdermal contraceptive patch in adolescents. J Adolesc Health. 2004;34:395–401.

34. Sucato GS, Gold MA. Extended cycling of oral contraceptive pills for adolescents. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2002;15: 325–327.
35. Masters T, Everett S. Intrauterine and barrier contraception. Curr Obstet Gynaecol. 2002;12:28–34.
36. Mollen CJ, Miller MK, Hayes KL, Wittink MN, Barg FK. Developing Emergency Department–based Education About Emergency Contraception: Adolescent Preferences. Acad Emerg Med; 2013;20(11):1164-1170. doi:10.1111/acem.12243.
37. Melnick AL, Rdesinski RE, Creach DE, Choi D, Harvey MS. Influence of Nurse Home Visits, Including Provision of 3Months of Contraceptives and Contraceptive Counseling, on Perceived Barriers to Contraceptive Use and Contraceptive Use Self- Efficacy Womens. Health Issues; Self-Efficacy Womens. Health Issues. 2008;18(6): 471–481. doi:10.1016/j.whi.2008.07.011
38. Chung Ho P. Emergency contraception: methods and efficacy. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology. 2000;12:175-179.
39. Organizational Principles to Guide and Define the Child Health Care System and/or Improveth Health of All Children, Contraception and Adolescents; Pediatrics. 2007;120(5):1135-1148.
40. Fabijanić S, Sinoţić-Vidić D. Pazi – pubertet! Zagreb: Školska knjiga; 2008.
41. Freeman S. Nondaily hormonal contraception: considerations in contraceptive choice and patient counseling. J Am Acad Nurse Pract. 2004;16:226 –238.
42. Car S. Adolescencija 21. stoljeća: društvena uvjetovanost, temeljne karakteristike i pedagoški izazovi. Pedagogijska istraživanja. 2013;10(2):285 – 294.
43. Hewstone M, Stroebe W. Socijalna psihologija. Zagreb: Naklada Slap; 2003. str 195-232.
44. Rathus SA. Temelji psihologije. Zagreb: Naklada Slap; 2000.
45. Danziger SK. Dubious Conceptions: The Politics of Teenage Pregnancy. Gender and Society. 1997;11(6):822-824.

46. Jaccard J, Dittus P. Parent-adolescent communication about premarital pregnancy. Fam Soc. 1993;74(6):329-43.

47. Bleakley A, Hennessy M, Fishbein M, Jordan A. Using the Integrative Model to Explain How Exposure to Sexual Media Content Influences Adolescent Sexual Behavior. Health Educ Behav. 2011; 38(5): 530–540.

48. Ferguson S. Do Mothers'Opinions Matter in Teens'Sexual Activity? Journal Of Family Issues. 2005;26(7):947-947.

49. Kirby D. Risk and protective factors affecting teen pregnancy and the effectivness of programs designed to address them. U: Reducing adolescent risk toward an integrated approach. Romer D. (ur). Thousand Oaks: Sage Publications; 2003. str. 265-283.

50. Casiano H, Kinley JD, Katz LY, Chartier MJ, Sareen J. Media Use and Health Outcomes in Adolescents: Findings from a Nationally Representative Survey. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry. 2012; 21(4): 296–301.

51. Rideout VJ, Foehr UG, Roberts DF. Generation M2: Media in the Lives of 8- to 18- Year Olds. A Kaiser Family Foundation Report; 2010 (pristupljeno 2.9.2018.). Dostupno na: https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED527859.pdf

52. Kunkel D, Eyal K, Finnerty K, Biely E, Donnerstein E. Sex on TV 2005: A Kaiser Family Foundation Report. Menlo Park, CA: Henry J. Kaiser Family Foundation; 2005.

53. Trubelja M, Sambolec M. Spolno ponašanje adolescenata: usporedba adolescenata drugih i četvrtih razreda strukovne škole i gimnazije. SG/NJ 2018;23:18-22. https://doi.org/10.11608/sgnj.2018.23.005

54. Erceg Jugović I, Kuterovac Jagodić G. Percepcija utjecaja medija na sliku tijela kod djevojaka i mladića u adolescenciji. Medij. istraž. 2016;22(1):145-162.

55. Postman N. The Disappearance of Childhood. New York: Vintage Books; 1982.

56. Ćerluka T. Reproduktivno zdravlje i planiranje obitelji u svezi s demografskim promjenama u Republici Hrvatskoj. Diplomski rad. Split: Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet; 2015.

57. Hibler Han K, Majer M, Jureša V. Seksualno ponašanje dviju generacija studenata u Osijeku. Pediatria Croatica. 2018;62:34-42.

58. Hadžimehmedović A, Balić A, Balić D, Tulumović A. Contraception use and sexual behavior among male student sin Bosnia and Herzegovina. Acta Med Croatica. 2017;71:177-181.
59. Fisher TD, Davis MD, Yarber WL, Davis SL. Sexuality-Related Mesures. 3. izd. New York: Routledge; 2011.
60. Campbell P. The role of nurses in sexual and reproductive health. Journal of Family Planning and Reproductive Health Care. 2004; 30(3):169-70 (pristupljeno 16.9. 2018.). Dostupno na: http://dx.doi.org/10.1783/1471189041261465
61. Ilić V, Ilić R. Metodika zdravstvenog odgoja - priručnik za učenike medicinskih škola. Zagreb: Školska knjiga; 1999.
62. Žižić V. Rizici ranog stupanja u seksualne odnose: prevencija odgovornog spolnog ponašanja u adolescentnoj dobi. Split: Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija; 2014.
63. General comment No. 15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24). United Nation. Committee on the Rights of the Child. New York: 2013 (pristupljeno 15.9.2018.). Dostupno na: http://www.refworld.org/docid/51ef9e134.html.
64. Santa Maria D, Guilamo-Ramos V, Sweet Jemmott L, Derouin A, Villarruel A. Nurses on the Front Lines: Improving Adolescent Sexual and Reproductive Health Across Health Care Settings. Am J Nurs. 2017; 117(1): 42–51. Dostupno na: doi: 10.1097/01.NAJ.0000511566.12446.45

9. ŽIVOTOPIS

Osobni podaci:

Anela Elezović

rođena 4.6.1977. godine u Splitu.

Tončićeva 6, Split

elezovic.anela@yahoo.com

Obrazovanje:

- 2016. do sada- Diplomski studij sestrinstva na Odjelu zdravstvenih studija u Splitu

- 2015. položen stručni ispit za rad u školi

-2013. Dopunsko pedagoško- psihološko- didaktičko- metodičko obrazovanje na Filozofskom fakultetu u Splitu

- 2006.- 2010. Stručni studij sestrinstva na Medicinskom fakultetu u Splitu, stječe naziv stručni prvostupnik sestrinstva

- 1996. položen stručni ispit za medicinske sestre-tehničare

- 1991.- 1995. Zdravstveni obrazovni centar Split, stječe naziv medicinska sestra zdravstvene njege

Radno iskustvo:

- 2013.- do sada– Zdravstvena škola Split, nastavnik stručnih predmeta zdravstvene njege

- 1997.- 2013.- KBC Split, Klinika za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje, Jedinica intenzivnog liječenja, medicinska sestra

- 1995.- 1996.- pripravnički staž