



Покрајински заштитник грађана
Омбудсман

МАЛОЛЕТНИЧКЕ ТРУДНОЋЕ И ПОРОЂАЈИ НА ТЕРИТОРИЈИ АП ВОЈВОДИНЕ

Истраживање | Покрајински заштитник грађана - омбудсман | 2021.

САДРЖАЈ

УВОД	1
ПРАВНИ ОКВИР	3
Међународни правни оквир	3
Национални правни оквир	4
МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА	11
Резултати истраживања	12
<i>Домови здравља</i>	12
<i>Болнице са породилиштима</i>	14
<i>Центри за социјални рад</i>	15
<i>Закључак</i>	18
<i>Препоруке</i>	20

УВОД

Покрајински заштитник грађана - омбудсман континуирано надгледа и прати примену међународних уговора, стандарда и прописа из области људских права и на основу прикупљених информација предлаже мере за побољшање стања у области заштите и унапређења људских права.¹

Очување репродуктивног здравља младе популације је веома важна али и недовољно заступљена тема у јавном дискурсу, а истраживања говоре да млади често нису довољно информисани о њој. Као последица, између осталог, јављају се трудноће настале током адолесценције, које носе озбиљне здравствене, психосоцијалне и економске последице, без обзира на то да ли је исход трудноће намерни прекид или порођај. Приступ бесплатним, поверљивим, одговарајућим за адолесценте и недискриминаторним услугама сексуалног и репродуктивног здравља, информисању и образовању, укључујући планирање породице, контрацепцију, превенцију, лечење сексуално преносивих болести, саветовање, негу пре зачећа, здравствене услуге за мајке и малу децу и менструалну хигијену требао би бити омогућен свим адолесцентима. Недостатак приступа таквим услугама доприноси томе да су адолесценткиње група која је у највећем ризику од умирања или трпљења тешких или доживотних повреда у трудноћи и на порођају.²

Стопа адолесцентних трудноћа се током једне календарске године у Републици Србији процењује на 50 на 1.000 девојака. Број порођаја опада у групама старијих адолесцената, док се међу девојкама узраста 16 и мање година одржава, што је забрињавајуће ако се има у виду да су ризици од неповољног тока и исхода трудноће највиши код најмлађих адолесценткиња. Стопа рађања адолесценткиња Ромкиња износи 157 на 1.000 девојака узраста 15-19 година, док је међу девојкама из општег узорка у Републици Србији 22 на 1.000 девојака узраста 15-19 година.³ Удео прекида трудноће који се изврше код адолесценткиња чини 4-5% од укупног броја ових интервенција.⁴

¹ Члан 17. Покрајинске скупштинске одлуке о Покрајинском заштитнику грађана - омбудсману

² Комитет за права детета, Општи коментар бр. 20 (2016) о остваривању права детета у адолесценцији, тачка 59

³ Уредба о националном програму очувања и унапређења сексуалног и репродуктивног здравља грађана Републике Србије („Сл. гласник РС“, бр. 120/2017)

⁴ Закон о поступку прекида трудноће у здравственим установама („Сл. гласник РС“, бр. 16/95 и 101/2005 - др. закон) прописује да је за прекид трудноће код лица млађег од 16 година и лица потпуно лишеног пословне способности потребна и писмена сагласност родитеља, односно староца, а ако се сагласност не може прибавити због њихове одсутности или спречености, потребно је прибавити сагласност надлежног органа старатељства.

Према последњим подацима Истраживања вишеструких показатеља за 2019. годину⁵, стопа рађања адолесценткиња у Србији у општој популацији има тенденцију опадања и износи 12⁶ на хиљаду жена старости 15-19 година, а три одсто жена старости 15-19 година су већ рађале или су тренутно трудне и ниједна од жена старости 15-19 година није родила живорођено дете пре навршене 15. године. Истовремено, стопа рађања адолесценткиња у ромским насељима (жене старости 15-19 година) је у порасту и износи 163 на хиљаду жена старости 15-19 година, скоро трећина жена (31 проценат) старости 15-19 година су већ рађале или су тренутно трудне, а три процента жена ове старости су родиле живорођено дете пре навршене 15. године. У сексуалне односе пре навршене 15 године ступило је један одсто девојчица из опште популације и 14 одсто девојчица из ромске популације.

Покрајински заштитник грађана – омбудсман у претходном периоду, пратећи стање остваривања и заштите људских права, сусретао се са случајевима малолетничких трудноћа у којима је постојала сумња да је трудноћа последица обљубе, случајевима где је породица малолетнице дужи низ година на евиденцији центра за социјални рад, те случајевима у којима није постојала адекватна сарадња установа образовања, здравствене и социјалне заштите због чега малолетним трудницама није пружена адекватна подршка.

Како би сагледао актуелну праксу у АП Војводини у вези са малолетничким трудноћама и порођајима, и у ширем контексту у вези са репродуктивним здрављем младих, Покрајински заштитник грађана – омбудсман је у другој половини 2020. године спровео ово истраживање са циљем давања доприноса у подизању свести шире и стручне јавности о овим појавама које могу да оставе озбиљне медицинске, психосоцијалне и економске последице.

⁵ Србија истраживање вишеструких показатеља положаја жена и деце 2019. и Србија – ромска насеља истраживање вишеструких показатеља положаја жена и деце 2019., Републички завод за статистику и УНИЦЕФ Београд, 2020.

⁶ Истраживање вишеструких показатеља (MICS - Multiple Indicator Cluster Survey) из 2013. године, чији подаци се налазе у више актуелних стратешких докумената у Србији, показало је да је тада стопа рађања адолесценткиња узраста 15-19 година Ромкиња 157 на 1.000 девојака узраста 15-19 година, а девојака из општег узорка истог узраста Србији 22 на 1.000.

ПРАВНИ ОКВИР

МЕЂУНАРОДНИ ПРАВНИ ОКВИР

Универзалним међународним документима, попут Универзалне декларације о људским правима⁷ и Међународног пакта о економским, социјалним и културним правима⁸ гарантује се свим лицима право на здравље и највећи могући стандард здравствене заштите.

Посебно ангажовање у области здравствене заштите жена дефинисано је Конвенцијом УН о елиминисању свих облика дискриминације жена (CEDAW)⁹, која између осталог укључује и доступност здравственим услугама везаним за планирање породице.

Права жена у области здравља и здравствене заштите пуну афирмацију кроз усвајање тзв. Пекиншке декларације, у којој су стратешки циљеви усмерени на побољшање информисаности и унапређењу здравствене заштите жена, укључујући и област сексуалног и репродуктивног здравља.

Републику Србију обавезује и Конвенција о правима детета¹⁰ која је ступила на снагу 2. новембра 1990. године. Конвенција обавезује државе потписнице да поштују и осигурају права садржана у Конвенцији сваком детету у оквиру своје надлежности, без дискриминације било које врсте. Дете има право на највиши могући стандард здравља и здравствене заштите, а државе ће посветити посебну пажњу примарној здравственој заштити и превенцији, здравственом просвећивању и смањењу смртности одојчади и деце (члан 24). Уз то, у члану 28, државе чланице обавезују се да предузму мере за обезбеђење редовног похађања школе и смањење стопе напуштања школе ради обезбеђивања права на образовање и једнаких могућности за сву децу. Комитет за права детета објавио је Општи коментар бр. 20 који се односи на остваривање права детета у адолесценцији. Како током адолесценције родне неједнакости постају израженије, појава дискриминације, неједнакости и стереотипа према девојчицама се често појачава,

⁷ Усвојена посебном резолуцијом Генералне скупштине Уједињених нација 10. децембра 1948 године, https://ljudskaprava.gov.rs/sites/default/files/fajlovi/univerzalna-deklaracija-o-ljudskim-pravima_1948.pdf, приступљено 31.03.2021.

⁸ Закон о ратификацији Међународног пакта о економским, социјалним и културним правима („Сл. лист СФРЈ“, бр. 7/71)

⁹ Закон о ратификацији конвенције о елиминисању свих облика дискриминације жена („Сл. лист СФРЈ - Међународни уговори“, бр. 11/81)

¹⁰ Закон о ратификацији Конвенције о правима детета („Службени лист СФРЈ-Међународни уговори“, број 15/90 и „Службени лист СРЈ-Међународни уговори“ бр. 4/96 и 2/97). Република Србија је по основу сукцесије од 2001. године чланица Конвенције о правима детета

што доводи до озбиљнијих кршења њихових права, укључујући дечији и присилни брак, рану трудноћу, женско генитално сакаћење, родно засновано физичко, ментално и сексуално насиље, злостављање, експлоатацију и трговину људима.¹¹ У том контексту, Комитет за права позвао је државе да инвестирају у проактивне мере којима би се промовисало оснаживање девојчица, оспориле патријархалне и друге штетне родне норме и стереотипи, као и у правне реформе у циљу решавања непосредне и посредне дискриминације девојчица, у сарадњи са свим заинтересованим странама¹²

У Резолуцији 1740 (2010) Парламентарне скупштине Савета Европе о положају Рома у Европи и релевантним активностима Савета Европе позивају се државе да се „постарају да се ромским девојчицама обезбеде једнаке могућности у образовању, нарочито средњем образовању, које превише ромских девојчица мора да напусти због притиска од стране родитеља и/или заједнице у вези са раним браковима, тинејџерским трудноћама и кућним и породичним обавезама“.¹³

Под руководством УН усвојен је Програм одрживог развоја до 2030 године, у којем се међу постављеним циљева, посебно се издвајају циљ 3 (осигурати здрав живот и промовисати добробит за све у свим периодима живота) и циљ 5 (остарити родну равноправност и оснажити све жене и девојке), а који треба да обезбеде универзални приступ здравственој заштити, укључујући и услуге планирања породице, заштиту и унапређење репродуктивног здравља, услуге планирања породице и у том смислу информисаност и едукацију.

НАЦИОНАЛНИ ПРАВНИ ОКВИР

Устав Републике Србије¹⁴ гарантује равноправност жена и мушкараца и политику развоја једнаких могућности (члан 15). Пунолетство наступа са навршених 18 година, када се стиче пуна пословна способност (члан 37). Дете ужива људска права примерено свом узрасту и душевној зрелости и заштићено је од психичког, физичког, економског и сваког другог искоришћавања или злоупотребавања (члан 64). Гарантује се право на психичко и физичко здравље, док деца, труднице, мајке током породичног одсуства, самохрани родитељи са децом до седме године

¹¹ Општи коментар бр. 20 (2016) о остваривању права детета у адолесценцији, тачка 27 http://www.savetzapravadeteta.gov.rs/doc/dokumenta/%D0%9Epsi-komentar-br.20_2016.o-ostvarivanju-prava-deteta-u-adolescenciji.pdf, приступљено 29.03.2021.

¹² Ibid, тачка 28

¹³ Парламентарна скупштина Савета Европе, Резолуција 1740 (2010) о положају Рома у Европи и релевантним активностима Савета Европе, <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=17875&lang=en>, приступљено 29.03.2021.

¹⁴ „Службени гласник РС“ бр. 98/2006

и стари остварују здравствену заштиту из јавних прихода, ако је не остварују на други начин, у складу са законом (члан 68).

Породичним законом¹⁵ прописано је да свако има обавезу да делује у најбољем интересу детета у свим активностима везаним за дете, па тако члан 6 овог закона прописује да „држава има обавезу да предузме све потребне мере за заштиту детета од занемаривања, од физичког, сексуалног и емоционалног злостављања, те сваке врсте експлоатације“, као и да „поштује, штити и унапређује права детета“.

Закон о здравственом осигурању прописује да се осигураним лицима, ради очувања и унапређења здравља, спречавања, сузбијања и раног откривања болести и других поремећаја здравља обезбеђују између осталог и здравствено васпитање које се спроводи организовањем посебних предавања или давања савета од стране здравственог радника у вези са заштитом, очувањем и унапређењем здравља, стицањем знања и навика о здравом начину живота, откривањем и сузбијањем фактора ризика и здравствено васпитање у вези са планирањем породице, превенцијом трудноће, контрацепцијом и хируршком стерилизацијом, тестирањем на трудноћу, тестирањем и лечењем сексуално преносивих болести и ХИВ инфекције¹⁶. У приоритетне проблеме здравствене заштите адолесцента спадају и недовољно заступљени здрави стилови живота адолесцената и проблеми репродуктивног здравља - рано ступање у сексуалне односе, ризични сексуални односи, ниска употреба кондома и осталих контрацептивних средстава, висока учесталост полно преносивих инфекција, као и адолесцентна трудноћа.

Законом о здравственој заштити¹⁷ прописана су начела здравствене заштите, између осталог и *начело поштовања људских права и вредности у здравственој заштити* које подразумева обезбеђивање највишег могућег стандарда људских права и вредности у пружању здравствене заштите, пре свега права на живот, неповредивост физичког и психичког интегритета и неприкосновеност људског достојанства, обезбеђивање равноправности полова и родне равноправности, уважавање моралних, културних, религијских и филозофских убеђења грађанина, као и забрану клонирања људских бића.

Начело поштовања права детета подразумева руковођење најбољим интересом детета у свим активностима пружаоца здравствене заштите, обезбеђивање здравствених услуга и процедура прилагођених деци, као и право детета на

¹⁵ „Сл. гласник РС“, бр. 18/2005, 72/2011 – др. закон и 6/2015

¹⁶ Члан 35 Закона о здравственом осигурању, „Сл. гласник РС“, бр. 25/2019

¹⁷ „Службени гласник РС“, бр. 107/05, 72/09 – др. закон, 88/10, 99/10, 57/11, 119/12, 45/13 – др. закон, 93/14, 96/15 и 106/15

правилан развој и заштиту од свих облика насиља, злостављања, занемаривања и искоришћавања.

Трудница, породиља, дете до навршених 18 година живота, самохрани родитељ са децом до седме године живота и стари имају право на највиши могући стандард здравља и здравствене заштите.

Забрана свих врста дискриминације прописана је начелом правичности здравствене заштите, а не сматрају се дискриминацијом мере уведене ради постизања пуне равноправности, заштите и напретка лица, односно групе лица која се налазе у неједнаком положају.

Имајући у виду надлежности институција на територији Републике Србије, аутономне покрајине, јединица локалне самоуправе, овај закон прописује да друштвена брига за здравље на нивоу аутономне покрајине може, као и јединица локалне самоуправе, може да обухвати мере за обезбеђивање и спровођење здравствене заштите од интереса за грађане на овим територијама, којима се стварају услови за бољу доступност и приступачност у коришћењу здравствене заштите у здравственим установама у јавној својини, који су виши од норматива, односно стандарда прописаних овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона у погледу простора, опреме, кадра, лекова и медицинских средстава, који се не обезбеђују под условима прописаним законом којим се уређује здравствено осигурање, као и друга неопходна средства за рад здравствене установе којима се постиже виши стандард у обезбеђивању здравствене заштите.

Законом о поступку прекида трудноће у здравственој установи¹⁸ прописано је да је за прекид трудноће код лица млађег од 16 година и лица потпуно лишеног пословне способности, потребна и писмена сагласност родитеља, односно староца. Ако се сагласност не може прибавити од родитеља односно староца због њихове одсутности или спречености, потребно је прибавити сагласност надлежног органа старатељства. Такође, здравствена установа у којој се врши прекид трудноће дужна је да води евиденцију и медицинску документацију о извршеним прекидима трудноће и да прописане извештаје доставља надлежном заводу за заштиту здравља. Ова евиденција и документација имају карактер лекарске тајне и чувају се у посебној архиви здравствене установе.

Законом о забрани дискриминације¹⁹ уређена је општа забрана дискриминације, облици и случајеви дискриминације и поступци заштите од дискриминације. У овом закону као посебни случајеви дискриминације дефинисани су, између осталог: дискриминација деце, националних мањина, особа са инвалидитетом,

¹⁸ „Сл. гласник РС“, бр. 16/95 и 101/2005 - др. закон

¹⁹ „Сл. гласник РС“, бр. 22/2009 и 52/2021

дискриминација на основу пола, рода и родног идентитета, на основу сексуалне оријентације, дискриминација у области образовања и стручног оспособљавања и друго.

Закон о родној равноправности²⁰, који је донет у мају 2021. године, у члану 49 прописује да су Министарства надлежна за образовање, васпитање и здравље, за бригу о породици и демографију, као и јавне установе образоване у тим областима, дужни да обезбеде да све жене и мушкарци, као и девојчице и дечаци, под једнаким условима имају право на приступ лако доступним информацијама, образовању и услугама, у складу са старосном доби, које се односе на сексуалност, контрацепцију, планирање рађања, брачни и породични живот, посебно узимајући у обзир положај лица из осетљивих друштвених група. Органи јавне власти који обављају послове у области социјалне и здравствене заштите дужни су да нарочито обезбеде: примену посебних мера за праћење, подршку и унапређење сексуалног и репродуктивног здравља; организовање и спровођење програма за спречавање и превазилажење проблема ране трудноће и заснивања партнерских заједница међу и са лицима млађим од 18 година; примену посебних мера за рано откривање болести. Овим законом прописана је политика једнаких могућности која подразумева и предузимање посебних мера ради активног укључивања у систем образовања и васпитања лица која су због свог пола, односно рода, полних карактеристика, родних стереотипа, брачног стања, традиције и друштвено-економских услова у повећаном ризику од напуштања образовања.

Закон о младима²¹ уређује мере и активности које предузимају Република Србија, аутономна покрајина и јединица локалне самоуправе са циљем да унапреде друштвени положај младих и створе услове за остваривање потреба и интереса младих у свим областима које су од интереса за младе. Млади су овом закону дефинисани као лица од навршених 15 година до навршених 30 година живота, а циљ самог закона је стварање услова за подршку младима у организовању, друштвеном деловању, развоју и остваривању потенцијала на личну и друштвену добробит. Законом је предвиђена израда стратегије на период од десет година, а којом се уређује активно учешће младих у друштвеном животу, обезбеђивање остваривања права младих на једнаке шансе, информисање младих, те, између осталог, очување и унапређивање здравља младих и друге активности и области од значаја за младе.

Када је реч о националном стратешком оквиру, у контексту овог истраживања, важно је поменути Уредбу о националном програму очувања и унапређења

²⁰ „Сл. гласник РС“, бр. 52/2021

²¹ „Сл. гласник РС“, бр. 50/2011

сексуалног и репродуктивног здравља грађана Републике Србије²². Уредба дефинише сексуално и репродуктивно здравље као стање комплетног физичког, психичког и социјалног благостања у свим аспектима који се тичу репродуктивног система, његових функција и процеса. То подразумева да су људи способни да остварују задовољавајући и безбедан полни живот, да могу да се репродукују и да имају слободу да одлуче да ли, када и колико често желе децу. Да би се очувало сексуално и репродуктивно здравље потребно је свим људима обезбедити свеобухватну и исправну информисаност и могућност избора метода контрацепције који је безбедан, ефикасан, приступачан и прихватљив.

Право на сексуално и репродуктивно здравље представља битну компоненту универзалног права на највиши могући стандард телесног и менталног здравља, како је то дефинисано у Универзалној декларацији о људским правима и у другим међународним конвенцијама, декларацијама и консензусима о људским правима. Задовољење потреба за очувањем и унапређењем сексуалног и репродуктивног здравља треба да буде једнако за све, независно од пола, рода, старосног доба, социо-економског положаја, етничке припадности, културног наслеђа и припадности другим рањивим категоријама становништва.

У опису стања сексуалног и репродуктивног здравља становништва Републике Србије, наведено је да је оно оптерећено низом озбиљних проблема, међу којима се, као најважнији, издвајају преовлађујуће конзервативна контрола рађања, ризично сексуално понашање адолесцената и младих и незадовољавајући обим ангажовања у очувању сексуалног и репродуктивног здравља целокупне популације, а посебно вулнерабилних категорија, попут социјално депривираних и маргинализованих категорија.

Програм се позива на налазе истраживања који показују да велики број младих нема елементарна сазнања о анатомији и физиологији репродукције, а да је њихово познавање контрацепције и полно преносивих инфекција оскудно и оптерећено низом предрасуда. Један од најважнијих разлога томе је то што питање васпитања младих за безбедно сексуално и репродуктивно понашање за сада није системски решено, па су најчешћи извори њиховог информисања вршњаци, средства јавног информисања и интернет. Такође, наводи се да учесталост сексуалне активности расте у адолесценцији. Према резултатима истраживања здравља становништва Републике Србије из 2013. године, у сексуалне односе је ступило 33,1% младих узраста 15-19 година (39,9% младића и 25,7% девојака). Младићи најчешће прво сексуално искуство доживљавају у 17. години, а девојке у 18. години. Стопа адолесцентних трудноћа се током једне календарске године у Републици Србији процењује на 50 на 1.000 девојака. Број порођаја опада у

²² „Сл. гласник РС“, бр. 120/2017

групама старијих адолесцената, док се међу девојкама узраста 16 и мање година одржава, што је свакако забрињавајући податак ако се има у виду да су ризици од неповољног тока и исхода трудноће највиши код најмлађих адолесценткиња. Међу адолесценткињама узраста 15 година специфична стопа фертилитета је непромењена годинама, а претпоставља се да је удео прекида трудноће који се изврше код адолесценткиња у порасту.

Програм препознаје посебно осетљиве групе када је реч о стању сексуалног и репродуктивног здравља, и то особе ромске националности, особе које живе на граници сиромаштва, из руралних крајева, жене са инвалидитетом. Наводи се да је стопа рађања адолесценткиња Ромкиња 157 на 1.000 девојака узраста 15-19 година, док је међу девојкама из општег узорка у Републици Србији 22 на 1.000 девојака узраста 15-19 година.

Уредбом су дефинисани општи и посебни циљеви, међу којима и развој саветовалишта за заштиту сексуалног и репродуктивног здравља адолесцената, и прилагођавање служби за заштиту сексуалног и репродуктивног здравља маргинализованим и депривираним популационим групама. Као носиоце активности у реализацији ових циљева, препознати су: надлежна министарства, стручни тимови за спровођење програмских активности у здравственим установама примарног нивоа здравствене заштите, јединице локалне самоуправе преко одговарајућих општинских одбора, институти и заводи за јавно здравље, одговарајућа удружења, школски одбори, центри социјалне заштите. Препозната је и потреба за повећањем знања и способности здравствених радника за пружање квалитетних услуга у саветовалиштима за заштиту сексуалног и репродуктивног здравља адолесцената, а нарочито посебно рањивим категоријама адолесцената. Уз то, препозната је и потреба за успостављањем механизма супервизије и саветовања да би се осигурао високи квалитет, поштовање права и одсуство дискриминације у пружању здравствених услуга повезаних са сексуалним и репродуктивним здрављем за све пацијенте, а нарочито посебно вулнерабилне, маргинализоване и депривиране.

Стратегија јавног здравља у Републици Србији²³ од 2018-2026. године говори о концепту „Здравље у свим политикама“, те о приступу препорученом као одговор на изазове које са собом носи развој међусекторске сарадње и укључивање свих субјеката друштва, интегрисаном приступу и интерсекторским политикама.

Национална стратегија за младе²⁴, предвиђена Законом о младима, донета је за период од 2015. до 2025. године. У њој се, такође, наводи да студије показују да се у прве сексуалне односе ступа веома рано, где се млади затичу физички и

²³ „Сл. гласник РС“, бр. 61/2018

²⁴ „Сл. гласник РС“, бр. 22/2015

психички неспремни, те да је, у циљу едукације из области репродуктивног здравља потребно унапредити рад саветовалишта за младе. Услед незнања, стида и непросвећености, највећи број њих не користи средства за контрацепцију, због чега предњаче међу вршњацима из Европе по броју оболелих од полно преносивих болести и намерним прекидима трудноће. Иако се наводи да је проценат раног рађања и малолетничких трудноћа знатно смањен, истовремено се указује на то да је повећан проценат малолетничких трудноћа у ромским насељима. У општој популацији, 1,4% жена, старих 20–24 године, је родило дете пре 18. године, а у ромским насељима је удео жена које су родиле пре 18. године, 38,3%. Сходно идентификованим проблемима, стратегија као циљеве поставља и унапређење програма и промоције здравља и превенције ризичног понашања младих, као и њихову доступност већем броју младих оба пола, те унапређење услова за рад са младима у здравственом ризику.

Стратегија за социјално укључивање Рома и Ромкиња у Републици Србији за период од 2016. до 2025. године, такође се надовезује на податке истраживања који говоре о томе да стопа рађања у популацији адолесценткиња Ромкиња износи 157, док је код већине девојака узраста од 15 до 19 година та стопа 22. Искуство абортуса у репродуктивном периоду од 15 до 49 година имало је 30,6% жена Ромкиња, док је код већинске популације жена тај проценат 14,6%. Рани бракови помињу се као једна од детерминанти репродуктивног здравља Ромкиња, будући да подаци указују на то да 16,9% девојака из ромских насеља ступи у брак пре 15. године, а 57% пре 18. године у односу на проценат код младих жена већинске популације који је 0,8% за млађу, односно 7% за старију узрасну групу девојака. Стратегија указује на потребу за унапређењем капацитета здравствених радника који раде са децом да одговоре на развојне потребе ромске деце, те потребе за повећањем обухвата ромских адолесцената саветовалиштима за младе и програмима за адолесцентне труднице-мајке које би се реализовали у сарадњи са образовним системом.

Питања репродуктивног здравља младих и адолесцентних трудноћа регулисана су или су била предмет регулације и других законодавних, подзаконских прописа и стратешких докумената и планова, као што су, на пример, Национална стратегија за родну равноправност од 2016. до 2020. године²⁵, Национални план акције за децу (истекао 2015. године), Стратегија за превенцију и заштиту деце од насиља и злостављања за период од 2020. до 2023. године²⁶ и друго.

²⁵ „Сл. Гласник РС“, бр. 4/2016

²⁶ „Сл. Гласник РС“, бр. 80/2020

МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

Истраживање је реализовано током септембра и октобра 2020. године са циљем да се стекне ближи увид у појаву и распрострањеност малолетничких трудноћа и порођаја на територији АП Војводине и сагледа актуелна пракса у вези са превенцијом и заштитом репродуктивног здравља младих. Поред информација о броју евидентираних трудноћа и порођаја малолетница у АП Војводини у 2019. години, основни циљеви истраживања су:

1. Утврдити да ли је и на који начин обезбеђена превентивна заштита репродуктивног здравља деце и младих у оквиру различитих нивоа здравственог система и система социјалне заштите;
2. Утврдити да ли је превентивна заштита репродуктивног здравља једнако доступна деци и младима различитог пола и узраста;
3. Идентификовати ризичне групе деце и младих за појаву малолетничке трудноће;
4. Утврдити да ли постоје утврђене процедуре и каква је сарадња међу институцијама здравственог и социјалног система у погледу обезбеђивања заштите репродуктивног здравља деце и младих, а посебно када је реч о ризичним групама;
5. Утврдити да ли су и на који начин обезбеђене локалне услуге подршке у области репродуктивне заштите деце и младих.

Прикупљање и анализа података вршени су путем упитника. Прикупљани су подаци за 2019. годину, а упитници су прилагођени обавезама и активностима предвиђеним законом и другима правним актима за сваку од наведених институција. За потребе анкете конструисана су три типа упитника: за запослене у домовима здравља, за запослене у породиштима и за запослене у центрима за социјални рад који се налазе на територији АП Војводине. На упитнике је одговорило 35 од укупно 45 домава здравља у Војводини, осам од укупно 10 општинских болница са породиштима и 38 од 45 центара за социјални рад. Упитници су сачињени и попуњавани онлајн у виду Гугл форме. Подаци су обрађени квантитативно методом дескриптивне статистике и квалитативном анализом одговора на отворена питања.

РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

Домови здравља

Домовима здравља, као установама које обављају делатност на нивоу примарне здравствене заштите и које су надлежне да се баве здравственим васпитањем и саветовањем за очување и унапређење здравља, укључујући и унапређење репродуктивног здравља, те саветовање у области раног развоја и адолесценције, постављено је питање да ли у оквиру њихових установа постоји саветовалиште за децу и младе. Две трећина установа одговорило је да немају такво саветовалиште, а само десет да оно постоји.



Из Дома здравља у Србобрану указали су на то да педијатар држи обуке у вези са репродуктивним здрављем за ученике седмих и осмих разреда основне школе и првих разреда средње школе. Слично је и у Врбасу где педијатар држи едукације за ученике од петог разреда основне школе надаље и за средњошколце. Из Дома здравља у Жабљу наводе да се саветовање са децом и младима обавља у оквиру службе за гинекологију, а из Дома здравља Сомбор да превентивни рад обавља поливалентна служба. Према достављеним подацима, у 2019. години, обављено је укупно 1490 саветодавних разговора са девојчицама и 136 разговора са дечацима.



Евидентирано је укупно 194 малолетничке трудноће у 2019. години и то девет случајева код девојчица млађих од 14 година, 46 случајева девојчица између 14 и 16 година и 139 случајева код девојчица старијих од 16 година. У трећини броја случаја трудноће су вођене редовно од првог триместра, у 15 евидентираних случајева малолетничке трудноће утврђено је постојање ризика по мајку, а у 23 случаја ризик по плод.

Домови здравља располажу са информацијом од укупно 139 малолетничких порођаја у наведеној години (пет код малолетница до 14 година, 28 код малолетница између 14 и 16 година и 96 код малолетница старијих од 16 година). Забележено је пет превремених и пет порођаја са компликацијама. Уз то, домовима здравља познато је да је у девет случајева код девојчица млађих од 14 година трудноћа прекинута, као и у 13 случајева код девојчица узраста 14 до 16 година и четири случаја код девојчица старијих од 16 година. Прекиди трудноће обављени су уз сагласност органа старатељства у осам случајева, док је у другим случајевима постојала сагласност родитеља.

Потреба за психолошком саветодавном подршком девојци препозната је у 17 случајева. Углавном је реч о девојчицама које већ испољавају тешкоће у менталном развоју и здрављу или немају родитеље и њихову подршку. Примећује се да су ставови лекара који су попуњавали упитник, углавном специјалисти гинекологије и акушерства и медицинске сестре, различити у погледу разумевања потребе детета у ситуацији малолетничке трудноће, за психолошком подршком. Поједини сматрају да је свака малолетничка трудноћа стресна сама по себи, те да је пракса показала да је психолог веома битан у оваквим ситуацијама. Други, а чини се да је реч о већини испитаника, сматрају да уколико постоји подршка уже породице, уколико

девојчица изјави да је довољно зрела за трудноћу или да је трудноћа жељена, нема потребе за њеним даљим упућивањем на психолошку саветодавну подршку.

На питање да ли опажају промену у броју евидентираних малолетничких трудноћа последњих година, 80 одсто испитаника одговорило је да не примећује промену. Из домова здравља: Србобран, Сечањ, Апатин, Кикинда и Српска Црња наводе да постоји тенденција раста броја ових случајева, док у Тителу и Пећинцима наводе да је број малолетничких трудноћа у опадању.

Мада је две трећине домова здравља одговорило да о случајевима малолетничке трудноће обавештавају надлежни центар за социјални рад, већи број установа не обавештава орган старатељства о сваком таквом случају (на пример, уколико девојчица дође у пратњи мајке, родитеља и постоји сагласност и подршка родитеља) већ само уколико процене да је то потребно. Такође, из више установа наводе да су малолетне труднице углавном већ кориснице услуга центра за социјални рад. Забрињавајуће је то да међу одговорима има и оних који сугеришу да нема смисла обавештавати орган старатељства о малолетничким трудноћама код девојчица из ромске популације.

Поједини здравствени радници указују на непостојање системског приступа проблему и неадекватну превентивну заштиту у овом погледу. Наведено је и да се превенција заснива на ентузијазму појединаца, да није ефикасна. Постоје и ставови гинеколога да АБ пилуле треба увести у здравствену заштиту малолетница јер је мањи стрес за девојчицу од саме трудноће. Указано је и на то да труднице, па и малолетне труднице имају могућност да се јаве приватним гинеколошким ординацијама, као и у било коју гинеколошку службу на територији надлежног фонда за здравствено осигурање. Све ово утиче на то да евиденције о оваквим случајевима нису потпуне и систематичне.

Болнице са породилиштима

На упитник је одговорило осам, од десет болница са породилиштима на територији АП Војводине (одговоре нису доставиле болнице у Кикинди и Врбасу).

Према подацима породилишта, у 2019. години забележено је укупно 247 малолетничких трудноћа и то: пет трудноћа (једна у Сенти, четири у КЦ Војводина) код малолетница до 14 година, 61 трудноћа код малолетница између 14 и 16 година и 181 трудноћа код малолетница старијих од 16 година. Осим породилишта у Зрењанину одакле наводе да број малолетничких трудноћа опада последњих година, друга породилишта наводе да нису приметили да се број случајева малолетничке трудноће значајније мењао. У укупно 62 случаја малолетничке трудноће, девојчица је била задржана на одељењу патологије (25 у Зрењанину, 26 у Новом Саду, 9 у Суботици и 2 у Панчеву).

Истовремено, евидентирано је укупно 234 порођаја – седам код малолетница млађих од 14 година, 56 код малолетница између 14 и 16 година и 171 код малолетница старијих од 16 година. У три случаја утврђено је постојање ризика по мајку и у три случаја ризика по плод. Евидентирано је 12 намерних прекида трудноће код девојчица млађих од 16 година (и то 10 у Сенти и по један у Новом Саду и Вршцу) и 26 код девојчица старијих од 16 година. У 17 случајева евидентиран је спонтани побачај. Прекиди трудноће извршени су уз сагласност родитеља и у 11 случајева уз сагласност органа старатељства. Породилишта у Сомбору, Панчеву, Суботици и Новом Саду навела су да су о случајевима намерног прекида трудноће обавестили надлежни центар за социјални рад, а породилишта у Вршцу, Сенти и Зрењанину да нису обавестили центар будући да је постојала сагласност родитеља.

Из свих породилишта наводе да о случајевима малолетничких трудноћа и порођаја обавештавају надлежни центар за социјални рад, осим породилишта у Вршцу где кажу да орган старатељства обавештавају само уколико процене да постоји потреба за тим. У случају да у породилиштима посумњају да је трудноћа последица извршеног кривичног дела, тада обавештавају и полицију.

Будући да је превенција у надлежности примарне здравствене заштите, такав вид саветовања не одвија се у породилиштима и болницама. Из Клиничког центра Војводина ипак наводе да све „пацијенткиње“ имају могућност психолошког саветовања у овој установи, а из породилишта у Сенти указују да имају у плану отварање саветовалишта за јувенилну гинекологију.

Из породилишта у Сенти наводе да је малолетничка трудноћа присутнија у ромској популацији. Такође, указано је на то да постоји велики простор за побољшање превентиве и социјалне заштите малолетница из ромске популације, те боље ангажовање у основним и у средњим школама у виду радионица и других облика едукације које су прихватљиве за тај узраст.

Центри за социјални рад

Центри који су доставили податке евидентирали су укупно 162 случаја малолетничке трудноће у 2019. години и то: 13 случајева код малолетница млађих од 14 година, 52 случаја код малолетница између 14 и 16 година и 97 случајева код малолетница старијих од 16 година. Истовремено, евидентирано је девет порођаја код малолетница до 14 година, 42 порођаја малолетница између 14 и 16 година и 86 порођаја код малолетница старијих од 16 година. Од укупног броја евидентираних случајева трудноће/порођаја, у 41 одсто случајева центар је до сазнања о томе дошао путем обавештења од стране здравствене установе, у 29 одсто случајева током рада с породицом која је од раније на евиденцији, у 19 одсто случајева родитељи малолетнице обратили су се центру за помоћ, а у 11 одсто случајева центру се обратила сама девојчица.



Поједини центри указују на то да о случајевима малолетничких трудноћа сазнају кроз директан рад са породицама које су корисници услуга социјалне заштите у 90 одсто случајева, а да тек за појединачне случајеве сазнају путем обавештења из породицишта или дома здравља. Десет центара за социјални рад навело је да их надлежне здравствене установе нису обавестиле о укупно 25 случајева малолетничких трудноћа. Поједини центри указују и на то да их болнице најчешће не обавештавају о таквим случајевима већ информације добијају од суда када је покренут поступак за стицање пословне способности пре пунолетства.

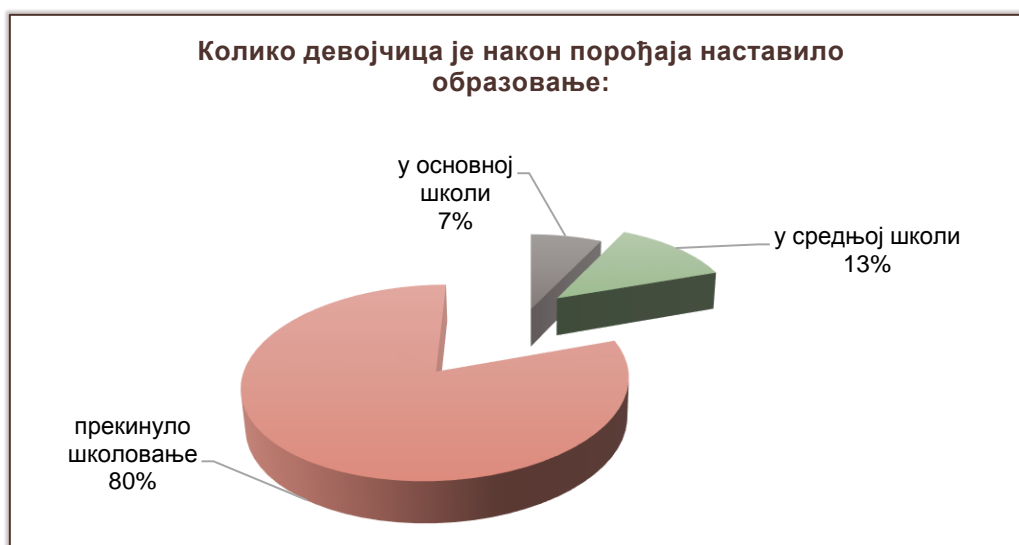
На питање о томе да ли уочавају да се број евидентираних случајева малолетничке трудноће последњих година мења и на који начин, 75 одсто центара за социјални рад одговорило је да не примећује промену, само један да овај број опада (Опово), а 22 одсто центара одговорило је да примећује повећан број случајева малолетничке трудноће (Алибунар, Нови Сад, Бачка Паланка, Сомбор, Оџаци, Бечеј, Бач, Кикинда и Ковачица). Међутим, центри указују и на то да последњих година здравствене установе доследније пријављују ове случајеве и да повећан број малолетничких трудноћа не значи нужно повећање ових случајева реално, већ је одраз повећане сензибилности институција које се баве заштитом права и интереса деце и младих и које откривају и пријављују ове случајеве. Указано је и на то да су последњих година гинеколози у обавези да пријављују сваки случај малолетничке трудноће који су евидентирали, па се стиче утисак да је број ових случајева у порасту. Из Центра за социјални рад Бечеј наводе да је повећан број ромских породица које су укључене у систем шире локалне заједнице и да су самим тим ове породице видљивије, постоји могућност праћења, а од укупно 16 евидентираних случајева малолетничке трудноће, само једна девојчица није била

Ромкиња. Центар за социјални рад Тител наводи да је приметно да из године у годину број случајева малолетничке трудноће расте, односно да се дешава да девојчице из установа за незбринуту децу остану у другом стању, што мења њихов статус у установи. У већини случајева новорођена деца остану са мајком и оцем у породици оца детета.

Центри извештавају о томе да је за 60 новорођене деце одређен исти старатељ као малолетној мајци, за 25 одређен је други старатељ, а шесторо деце смештено је у хранитељску породицу. Суд је дозволио стицање пословне способности за 17 малолетних мајки (од тог броја чак 10 у Бачу, а само један у Новом Саду), а за 13 малолетних породиља центар за социјални рад дао је дозволу за закључење брака. Две трећине очева су пунолетне особе, 13 одсто су малолетници, а у 26 одсто случајева није утврђено очинство.



Малолетне мајке издржавају се претежно средствима своје примарне породице и социјалним давањима. Једна малолетна мајка заједно са дететом смештена је у стационар за мајку и дете (Суботица). Према достављеним подацима, чак 80 одсто малолетних мајки након порођаја прекинуло је школовање.



Мере и услуге које су центри за социјални рад у складу са својим надлежностима предузимали у случајевима малолетничких трудноћа у 2019. години, у три случаја покренут је поступак корективног надзора над вршењем родитељског права родитеља малолетне труднице, а у једном случају поступак делимичног или потпуног лишења родитељског права родитеља малолетне труднице. Поступак заштите детета (малолетне мајке) од насиља, злостављања и занемаривања покренут је у 12 случајева, у 55 случајева пружена је помоћ у васпитању детета, у 137 интервенција и посредовање код других институција, а у 154 случаја саветодавни рад. Поједини центри указују на проблем непостојања јасне процедуре у сарадњи здравствених установа и установа социјалне заштите, па тако, центар није у могућности да у потпуности примењује мере корективног надзора и привремене старатељске заштите, јер информације добија тек од суда који захтева налаз и мишљење за малолетнице старије од 16 године, а неидентификоване остају млађе труднице и породиље.

Центри указују на то да би за превенцију малолетничких трудноћа значајно било повезивање са здравственим и образовним системом како би се у основној школи спроводили програми са циљем очувања репродуктивног здравља младих, као и на то да не постоје локалне услуге превентивне заштите у области репродуктивног здравља младих, а посебно ризичних група.

Закључак

Тема малолетничких трудноћа обухвата различите области људских права – права детета, родну равноправност, права мањинских група, као и различите системе и услуге – здравствене, образовне, социјалне, економске. Упркос бројним међународним и националним прописима, као и стратешким документима којима је обухваћено и питање адолесцентних трудноћа и раних бракова, значајније

промене и унапређења праксе, барем према резултатима овог истраживања, нису довољно видљива, теку споро и несистематично. Резултати истраживања потврдили су искуство Покрајинског заштитника грађана – омбудсмана, као и резултате истраживања садржане у стратешким документима Републике Србије, те се може закључити да је превентивна заштита репродуктивног здравља младих недовољно заступљена, да недостају едукативне и саветодавне активности у раду са децом у овој области, да су локалне услуге у овој области такође недовољно развијене или не постоје, као и да су неразвијене процедуре и сарадња међу институцијама здравственог и социјалног система. Све ово говори о неадекватном поступању институција и неблаговременом предузимању одговарајућих мера заштите права детета и заштите и превенције њиховог репродуктивног здравља. Тамо где је обезбеђен на нивоу примарне здравствене заштите, саветодавним радом неједнако су обухваћена деца оба пола – чак 92 одсто овог вида превентивне заштите прођу искључиво девојчице. Ово указује на то да се одговорност за репродуктивно здравље у већој мери препушта девојчицама или да је њима овај вид превенције доступнији него њиховим вршњацима мушког пола. Подаци указују и на то да су одређене групе деце у већем ризику од појаве малолетничке трудноће и да је реч углавном о деци из ромске популације, али и деци без адекватног родитељског старања, деци са менталним тешкоћама и деци из породица са потребом за економском и социјалном помоћи и подршком. Велики постотак девојчица прекида школовање након порођаја чиме им је ускраћено право на образовање. Будући да су очеви у више од 60 одсто случајева пунолетне особе, да подаци центара за социјални рад показују да је у 12 одсто случајева малолетничких трудноћа покренут поступак за заштиту детета од насиља, злостављања и занемаривања, постоји могућност да је у одређеном броју малолетничких трудноћа реч о сексуалној злоупотреби детета. Имајући у виду да је и ово истраживање показало да постоје предрасуде, дискриминаторни ставови и несензибилисаност професионалаца према деци и младима из ромске популације, у контексту малолетничких трудноћа, порођаја и заштите деце од сексуалног злостављања, деца, посебно девојчице из ромске популације посебно су рањива група, због чега им је потребна и адекватна и приступачна заштита. Имајући у виду да је и појава раних бракова према истраживањима заступљенија у ромској популацији, потребно је додатно истражити повезаност између појаве раних бракова и малолетничких трудноћа. Додатну потешкоћу у обради података представља непостојање одговарајућих евиденција институција о малолетничким трудноћама. Будући да малолетне труднице посећују и приватне ординације, амбуланте и клинике, постоји могућност да би њиховим обухватом резултати истраживања били другачији, те је потребно наредним истраживањем, осим државних, обухватити и приватне амбуланте и клинике.

Препоруке

- У свим јединицама локалне самоуправе на територији АП Војводине потребно је извршити анализу стања, потреба и ресурса за унапређење репродуктивног здравља младих и превенције малолетничких трудноћа;
- У локалним заједницама идентификовати ризичне групе деце и младих и развити програме и услуге превенције и заштите намењене посебно ризичним групама;
- У складу са идентификованим потребама и ресурсима, развијати локалне услуге у заједници у циљу побољшања превенције и заштите репродуктивног здравља деце и младих и заштите деце од сексуалног злостављања и злоупотребе (Формирати радне групе које ће чинити представници здравственог, образовног и система социјалне заштите, организација које се баве правима деце и младих, тела за родну равноправност и права детета, ромске организације, ромски и здравствени медијатори, а које ће осмислити и спровести овакву анализу и дефинисати активности и мере у циљу унапређења заштите и права детета у овој области);
- Стандардизовати праксу саветовања у области репродуктивног здравља деце и младих, укључујући и превенцију и заштиту деце од сексуалног злостављања (дефинисати ко су пружаоци ових услуга у различитим системима и на различитим нивоима доношења одлука и креирања политика – републички, покрајински, локални);
- Стандардизовати интерсекторску сарадњу здравственог, образовног, система социјалне заштите, правосуђа, надлежних органа јединица локалне самоуправе и организација цивилног друштва у погледу обавештавања, размене информација и обезбеђивања услуга превенције и заштите деце од сексуалног злостављања, малолетничких трудноћа и репродуктивног здравља младих (доследно и изричито поступање у складу са постојећим протоколима за заштиту деце од насиља, злостављања и занемаривања);
- Обезбедити континуиране едукације за запослене у здравственој и социјалној заштити, образовним установама, надлежним органима јединица локалне самоуправе о сексуалном злостављању и злоупотреби деце, правима детета, положају и правима посебно осетљивих група (деца и особе ромске националности, деца са инвалидитетом, сметњама у развоју, менталним тешкоћама, деца у уличној ситуацији, економски депривирани породице);
- Развити уједначене евиденције надлежних институција о малолетничким трудноћама;