

Utjecaj dobi roditelja na osobitosti demografske politike Republike Hrvatske

Klem, Katarina

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:493221>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-23**



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

PRIMALJSTVA

Katarina Klem

**UTJECAJ DOBI RODILJA NA OSOBITOSTI
DEMOGRAFSKE POLITIKE REPUBLIKE HRVATSKE**

Završni rad

Split, 2018.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

PRIMALJSTVA

Katarina Klem

**UTJECAJ DOBI RODILJA NA OSOBITOSTI
DEMOGRAFSKE POLITIKE REPUBLIKE HRVATSKE/
THE EFFECT OF AGE OF CHILDBEARING WOMEN ON
DEMOGRAPHIC POLICIES IN THE REPUBLIC OF
CROATIA**

Završni rad / Bachelor's Thesis

Mentor: prof. dr. sc. Ozren Polašek

Split, 2018.

Zahvala

Veliku zahvalnost dugujem svom mentoru prof. dr. sc. Ozrenu Polašku i komentorici doc. dr. sc. Iris Jerončić Tomić, koji su mi omogućili svu potrebnu literaturu i pomogli savjetima pri izradi ovog završnog rada

Također, zahvaljujem se svim svojim prijateljima i prijateljicama koji su uvijek bili uz mene.

Posebnu zahvalnost iskazujem svojim roditeljima koji su uvijek bili uz mene bez obzira da li se radilo o teškim ili sretnim trenucima i bez kojih sve ovo što sam dosad postigla ne bi bilo moguće.

SADRŽAJ

| | |
|---|----|
| 1. UVOD..... | 3 |
| 1.1.1. Bolesti u trudnoći vezane uz dob trudnice..... | 3 |
| 1.1.2. Problemi zanošenja kod žena iznad 35 godina..... | 4 |
| 1.1.3. Rizični čimbenici trudnice iznad 35 godina..... | 5 |
| 1.1.4. Rizični čimbenici za normalan porod kod trudnica..... | 6 |
| 1.1.5. Carski rez – indikacije i komplikacije..... | 6 |
| 1.2. Glavni demografski trendovi u Republici Hrvatskoj..... | 7 |
| 1.3. Utjecaj starosti stanovništva na strukturne sustave..... | 8 |
| 2. CILJ RADA..... | 10 |
| 3. MATERIJALI I METODE..... | 11 |
| 4. REZULTATI..... | 12 |
| 5. RASPRAVA..... | 24 |
| 5.1. Obiteljska politika..... | 24 |
| 5.2. Demografske promjene i obitelj..... | 25 |
| 5.3. Europski trendovi i Republika Hrvatska..... | 27 |
| 5.4. Demografske strukture: obrazovna i ekonomska..... | 29 |
| 5.5. Primjeri europske dobre obiteljske politike..... | 30 |
| 5.5.1. Tipovi i instrumenti obiteljske politike..... | 30 |
| 5.5.2. Obiteljska politika Francuske..... | 32 |
| 5.5.3. Obiteljska politika Švedske..... | 33 |
| 5.5.4. Hrvatska obiteljska politika..... | 34 |
| 6. ZAKLJUČAK..... | 36 |
| 7. SAŽETAK..... | 37 |
| 8. SUMMARY..... | 38 |
| 9. LITERATURA..... | 39 |
| 10. ŽIVOTOPIS..... | 41 |

1. UVOD

Trudnoća je, ako je planirana i željena, jedno od najsretnijih razdoblja u životu žene. Trudnoća traje 280 dana tj. 40 tjedana, računajući od prvog dana posljednje menstruacije i to u žena s urednim menstrualnim ciklusom (28 +/- 3 dana) ili 266 dana od začeća (1). Bolesti u trudnoći su rijetkost te u najvećem broju slučajeva rast i razvoj djeteta ni najmanje ne narušavaju zdravlje majke. Ipak, u tom dinamičnom razdoblju događaju se brojne i opsežne promjene u organizmu trudnice koje se odražavaju na njezin život, svakodnevne aktivnosti i uvelike utječu na njezinu obitelj i okolinu u kojoj se nalazi. Zato je bitno prilagoditi životni stil promjenama u trudnoći te se pripremiti za dolazak djeteta. Sve što trudnica radi tijekom trudnoće za dobrobit svog zdravlja, čini to u prilog zdravlja svog nerođenog djeteta.

1.1.1. Bolesti u trudnoći vezane uz dob trudnice

Pobačaje u drugom tromjesečju uzrokuju i određene bolesti trudnice kao što su šećerna bolest, povišen krvni tlak, bolesti bubrega ili poremećaji rada štitne žlijezde.

Šećerna bolest u trudnoći (gestacijski dijabetes) javlja se samo tijekom trudnoće, a češća je kod žena starije životne dobi. Kod trudnica koje razviju šećernu bolest trudnoće rast djeteta je ubrzan, pa rođena djeca često imaju prekomjernu tjelesnu težinu. Novorođenče teže od 4000g naziva se makrosomnim. Makrosomija nastaje zbog povišene razine inzulina u fetusu (2). Kao najvažnija obilježja ovog poremećaja navode se malformacije organskih sustava, povećani rizik prijevremenog porođaja te povećan rizik za razvoj zaraznih bolesti majke. Stoga su potrebne češće ginekološke kontrole, provedba ultrazvučnih pregleda (UZV), ali i dodatne pretrage kao što su oralni test za toleranciju na glukozu (OGTT) i glukozu u krvi (GUK).

Hipertenzijom se smatra povišenje sistoličkog tlaka za 3,9kPa (30mmHg) ili više i/ili dijastoličkog za 1,9kPa i više u odnosu na tlak prije trudnoće ili u ranoj trudnoći. Gornjom granicom normale smatra se sistolički tlak od 18,7kPa (140mmHg), odnosno dijastolički od 11,9kPa (90mmHg) (2). Kod starijih žena češći je i povišen arterijski krvni tlak, stoga su potrebne redovite provjere razine krvnog tlaka, proteina u urinu kao i opsežnija kontrola trudnoće uz praćenje rasta i razvoja djeteta u maternici.

Tijekom trudnoće događaju se fiziološke promjene u mokraćnom sustavu. Pod utjecajem progesterona glatki mišići se opuštaju, pa dolazi do proširenja mokraćne cijevi, pijelona i bubrežnih čašica. Oslabljena je i peristaltika kao i tonus mokraćnog mjehura, što povećava rizik od vezikoureteralnog refluksa. Najveća opasnost koju nosi kronična bubrežna bolest je teška hipertenzija. Smanjenje renalne funkcije može dovesti do potrebe za bolničkim liječenjem trudnice. Potrebno je pratiti i razinu kreatinina i obrazac izlučivanja bjelančevina te nadzor elektrolita. Vrlo je bitno nadzirati plod ultrazvukom (UZV-om) i Dopplerskim ultrazvukom te snimati kardiotokografski (CTG) zapis već od 28. tjedna trudnoće, jer su kod trudnica s kroničnom bubrežnom bolesti češći zastoji u fetalnom rastu i prijevremeni porod (1).

Bolesti štitnjače česte su u žena reproduktivne dobi. Trudnoća utječe na rad štitnjače, a kod trudnica s povećanim rizikom utječe i na klinički tijek bolesti. Istovremeno, hipertireoza ili hipotireoza znatno utječu na metabolizam estrogena i na tijek trudnoće. Kod hipotireoze prijenos tireoidnih hormona nije dovoljan što dovodi do nedovoljnog razvoja djetetovog mozga s dugotrajnim duševnim i neurološkim posljedicama. Terapija hormonima štitne žlijezde smanjuje rizike u trudnoći. Liječenje je vrlo važno zbog povećanog rizika od preeklampsije, srčanih tegoba u majke, zastoja u fetalnom rastu i povećane smrtnosti ploda (1,2).

Miomi, dobroćudni tumori mišićnog sloja maternice, čija učestalost raste s dobi, u trudnoći također mogu stvarati probleme. Oni se mogu povećati te izazvati pobačaj ili prijevremeni porod. U samom porodu uzrokuju promjenu položaja djeteta u maternici što otežava porod pa je često i operativno dovršenje poroda, odnosno carski rez.

1.1.2. Problemi zanošenja kod žena iznad 35 godina

Djevojčice se rađaju sa oko 1-2 milijuna jajnih stanica, ali do puberteta ih ostane svega oko 10%. Samo se oko 300-400 oslobodi iz jajnika u životu žene. Jajna stanica je najveća stanica u tijelu žene. Promjera je 150 μ m, prozirna je i bezbojna. Stvara se u jajnicima koji se nalaze u trbušnoj šupljini, s lijeve i desne strane maternice. Jajnici su ispunjeni malim okruglim tvorbama, folikulima, od kojih svaki sadrži po jednu jajnu stanicu (1-3). Počevši od puberteta, svakoga se mjeseca razvija po nekoliko folikula, no samo jedan sazrijeva i iz svoje unutrašnjosti oslobađa jajnu stanicu okruženu tekućinom. Ova pojava naziva se ovulacija. Ženska spolna stanica, odnosno jajna stanica, ima životni vijek od 24 sata i za to vrijeme mora

biti oplodjena od strane spermija kako bi došlo do trudnoće. Ukoliko ne dođe do oplodnje, jajna stanica se izbacuje iz jajovoda u maternicu, a nakon dva tjedna kod žene se pojavi menstruacija. Kod mlađih žena broj i kvaliteta jajnih stanica je bolja, dok je kod starijih žena manji broj jajnih stanica i njihova kvaliteta je smanjena. Upravo to je razlog velikom broju kromosomskih grešaka i spontanih pobačaja te smanjenoj plodnosti, pogotovo nakon 35. godine života. Stoga trudnice koje rađaju prvo dijete nakon 35. godine života imaju povećan rizik te zahtijevaju intenzivnije praćenje trudnoće i poroda. Najveći uzrok neplodnosti je odgađanje rađanja s obzirom da se s porastom životne dobi smanjuje vjerojatnost da žena zatrudni. Bitne su i promjene socijalno-kulturoloških značajki kao i životnog standarda. Od 2005. godine do danas broj rođenih na 1000 žena fertile dobi viši je u skupini žena od 30 do 34 godine nego u skupini žena u dobi od 20 do 24 godine (3).

1.1.3. Rizični čimbenici trudnice iznad 35 godina

S porastom životne dobi povećava se vjerojatnost spontanih pobačaja i izvanmaternične trudnoće. Veća je učestalost poremećaja građe i broja kromosoma kod žena starije životne dobi. Zbog toga novorođenčad starijih majki mogu imati smanjeni ili povećani broj kromosoma ili je njihov broj normalan, ali su dijelovi odlomljenih kromosoma nepravilno spojeni s već postojećima. Najveći je problem svakako sindrom Down koji je i najčešći. Premda se u svijetu vjeruje kako se učestalost ovog sindroma naglo povećava nakon navršениh 35 godina života, kod nas je nagli rast učestalosti zamijećen tek nakon navršениh 40 godina života, dakle nešto kasnije. Stoga se preporučuje neinvazivni probir za kromosomske greške kao što su *Double* i *Triple* testovi, a rade se tijekom prvog ili u drugom tromjesečju trudnoće. Za trudnice kod kojih je povećan rizik potrebno je uraditi invazivnu metodu prenatalne dijagnostike, odnosno amniocentezu (1-3).

Kod žena starijih od 35 godina veća je mogućnost zanošenja blizanaca nego kod mlađih žena. To se najčešće događa zbog neredovitih ovulacija nakon kojih može doći do otpuštanja više od jedne jajne stanice, pa dolazi do spontanog začeća višepodne trudnoće. Uzrok višepodne trudnoće također je i povećana učestalost medicinski potpomognute oplodnje.

Povećanjem životne dobi žene raste broj čimbenika koji povećavaju rizik za izvanmaterničnu trudnoću, a to su prijašnja upala u zdjelici, kirurški zahvati na jajovodu,

prijašnje operacije u zdjelici, intrauterina kontracepcija, odnosno spirala, endometrioza ili pušenje.

1.1.4. Rizični čimbenici za normalan porod kod trudnica

Tijekom poroda kod žena starijih od 35 godina, postoji opasnost od anomalija stava i položaja djeteta, posebice ako rađaju prvi put. Anomalije stava i položaja posljedica su češćih anomalija oblika maternične šupljine radi mioma ili priraslica. Učestalost dobroćudnih tumora maternice kao i mioma povećava se s dobi.

1.1.5. Carski rez – indikacije i komplikacije

Carski rez (lat. *Sectio caesarea*) je kirurški zahvat otvaranja trbušne šupljine prerezivanjem prednje trbušne stjenke (laparotomija) i maternice (histerektomija) te vađenja djeteta iz maternice (2). Zbog lošeg stava djeteta, čestih prijevremenih poroda, rađanja male, pothranjene djece koja pate od kroničnog manjka kisika porod je nerijetko potrebno završiti carskim rezom. Procjenjuje se kako je porod carskim rezom neophodan u 3-6 puta više žena starijih od 35 godina u usporedbi s onim mlađima. Učestalost carskog reza, posebice nakon 40. godine života penje se i na 75% (4). Perinatalna smrtnost djece starijih majki viša je od one u mlađih žena, rizik se povećava za oko 2 puta. Nakon operacijski završenih trudnoća smrtnost roditelja je i do 10 puta češća nego nakon vaginalnog poroda. Jednako tako, višestruko je povećan pobol zbog infekcija rane, upale adneksa i maternice, upale dojki, urinarnih infekcija, krvarenja ili tromboza. Zbog svega je toga povećana i smrtnost i pobol starijih majki u porodu i babinju.

Postoje mnoge indikacije za carski rez. Važno je naglasiti da se odluka o carskom rezu donosi individualno za svaku trudnicu i njezino dijete. O tome se može odlučiti tijekom porođaja, ako se pojave indikacije za dovršenje porođaja carskim rezom ili se carski rez može planirati i prije početka porođaja, s obzirom na neke komplikacije tijekom trudnoće.

Apsolutne indikacije su one kod kojih je vaginalni porođaj nemoguć. To su *placenta praevia*, uska zdjelica, nesrazmjer u veličini djeteta i zdjelice, nepovoljni stavovi glave ili poprječni položaj djeteta. Jedna od najvažnijih indikacija je sužena zdjelica IV stupnja gdje je *conjugata vera* (CV) manja od 6 cm (1,2).

Relativne indikacije su one u kojima carski rez dolazi u obzir, ali prirodni porođaj nije potpuno isključen. Najčešća relativna indikacija je suženje zdjelice III stupnja gdje je *conjugata vera* (CV) između 6 i 8 cm. Ostale relativne indikacije su: nasjela posteljica (nisko sijelo posteljice je spojivo s vaginalnim porođajem, dok je potpuna *placenta praevia* indikacija za carski rez), odljuštenje maternice, eklampsija, nepravilan položaj i držanje djeteta, stav zatkom, distocija, početna ruptura maternice, prethodni carski rez, teške bolesti majke koje ne dopuštaju dugi porođaj, višerotke sa srednje suženom zdjelicom i nepovoljnim ishodom ranijeg porođaja, primarni elektivni carski rez (1,2).

Proširene indikacije odnose se samo na slučajeve akutne ugroženosti djeteta i ako zahvat nije rizičan za majku. Tu se ubrajaju intrauterina asfiksija djeteta i ispala pupkovina (2).

Učestalost komplikacija nakon carskog reza je od 12 do 15%. Moguće su ozljede crijeva, mjehura i mokraćovoda, a rizicima operacije pridružuju se komplikacije povezane s korištenjem anestezije (povraćanje, glavobolja, mučnina, inaktivnost sediranog fetusa po porođaju). Moguće je povećano krvarenje tijekom operacije koje može završiti histerektomijom kako bi se spasio život roditelja, te poslijeoperacijske komplikacije poput razdvajanja rubova rane, izostanka osjeta u blizini reza ili pak pojačanih bolova. Gubitak krvi u 2-3% žena nalaže transfuziju, što je povezano s povećanim rizikom od infekcije zaraznim bolestima ili pak hematoloških komplikacija.

1.2. Glavni demografski trendovi u Republici Hrvatskoj

Prema Popisu stanovništva 2011. godine u Hrvatskoj je prebivalo 4.284.889 stanovnika. Državni zavod za statistiku je u Popisu 2011. godine, u skladu s međunarodnim statističkim standardima, za definiranje ukupnog stanovništva, primijenio koncept uobičajenog mjesta stanovanja. Prema tom konceptu „ukupnim stanovništvom naselja, odnosno zemlje, smatraju se sve osobe koje u tom naselju odnosno zemlji imaju svoje uobičajeno mjesto stanovanja u kojem neprekidno žive barem 12 mjeseci ili su, u trenutku Popisa, došle u svoje uobičajeno mjesto stanovanja s namjerom da u njemu ostanu barem godinu dana“. Struktura stanovništva, prema Popisu 2011. godine, pokazuje da je hrvatsko stanovništvo u trendu ubrzanog starenja, jer je udio starijih od 65 godina dosegao 17,7%, a mlađih od 14 godina je smanjen na 15,2% (5). Perspektive demografskih promjena pokazuju da smanjenje ukupnog broja stanovnika nije linearno, već će se pod utjecajem dugogodišnjeg snižavanja broja živorođenih smanjiti udio mladih i osoba u radnoj dobi, a nasuprot tome značajno će porasti broj stanovnika u dobi iznad

65 godina. U Hrvatskoj krajem 1960-ih godina među prvima u svijetu totalna stopa fertiliteta (TFR) pala je ispod 2,1 što znači da od tada jedna žena u prosjeku rađa manje od broja djece koji je potreban za obnavljanje stanovništva. Značajne promjene dobnog sastava stanovništva Republike Hrvatske dogodile su se kao rezultat dugogodišnjih nepovoljnih demografskih procesa. Snižavanje nataliteta dodatno su ubrzala iseljavanja stanovništva u razdoblju nakon Drugog svjetskog rata. Promjene su i u dobnjoj strukturi: udio mladih je smanjen, a povećan je udio starog stanovništva. Izrazita je neravnoteža između broja muškaraca i žena zbog viših specifičnih stopa mortaliteta muškaraca osobito u dobi iznad 50 godina života. Također postoji neravnoteža između broja muškaraca i žena u seoskim i gradskim naseljima. U velikim gradovima prevladavaju „viškovi” žena, a u seoskim naseljima „viškovi” muškaraca (5,6). Neravnoteža između broja muškaraca i žena javlja se u mlađim dobnim skupinama, ali je ona gotovo zanemariva u odnosu na spolnu neravnotežu na razini naselja. 90-ih godina svi do tada negativni demografski procesi ubrzani su i Domovinskim ratom. Zbog posljedica rata zbog agresije na Republiku Hrvatsku oko 200.000 mladih se iselilo u zapadnoeuropske i prekomorske zemlje (6).

1.3. Utjecaj starosti stanovništva na strukturne sustave

Na starenje stanovništva utječu dva osnovna uzroka. S jedne strane, sve je veći broj mladih u strukturi stanovništva zbog smanjenog nataliteta (tzv. dejuvenilizacija ili „starenje odozdo”), a s druge strane povećanje udjela starijih stanovnika (tzv. posijedenje ili „starenje odozgo”) (7). Starenje podrazumijeva porast udjela starijih dobnih skupina u ukupnom broju stanovnika. Demografska piramida najbolji je slikoviti pokazatelj demografskih kretanja u nekoj državi. Ona bi trebala imati najširu bazu i lagano se sužavati prema vrhu što bi govorilo u prilog najveće mlade populacije (0-20) čemu sve države teže. Hrvatska piramida nema takav oblik, nego ima oblik urne. Najširi dio piramide zahvaća skupinu ljudi od 50. do 60. godine. Za desetak godina najbrojniji dio hrvatskog društva bit će i najstariji. Najveći problem je taj da porast broja starih osoba ne prati porast mladog stanovništva stoga je Hrvatska u depopulacijskoj fazi prirodnog kretanja. U Hrvatskoj je prosječno očekivano trajanje života nakon prve godine u 2000. godini za muškarce iznosilo 70,1, a za žene 77,3 godine, što je u prosjeku oko 74 godine. Budući da je taj pokazatelj u 1980. godini bio oko 71 godinu, znači da se prosječni vijek u nas tijekom posljednjih dvadeset godina 20. stoljeća povećao za tri godine (7). Varijanta „visokog“ mortaliteta zasniva se na pretpostavci da će se problemi zdravstvenog

sustava i zdravstva nastaviti i u budućnosti zbog rasta udjela starog stanovništva koje će vršiti sve veći pritisak na mirovinske fondove, socijalna davanja i zdravstvenu službu što će negativno utjecati na snižavanje smrtnosti jer će se nametati pitanje racionalnosti ili koncept jednakosti i sveopće socijalizacije zdravstvene zaštite. U tom bi slučaju bilo kakav prekid u liječenju jedne od glavnih degenerativnih bolesti mogao imati znatan učinak na porast stopa smrtnosti. Srednja varijanta hipoteze o mortalitetu zasniva se na pretpostavci da će na rast očekivanog trajanja života, uz napredak u medicinskoj praksi i promociji zdravlja, također imati utjecaja socijalni, zdravstveni i ekonomski problemi (8). Danas, a sve više u budućnosti, sa starenjem stanovništva pojavit će se umirovljenički problem i problem nestašice radne snage za 21. stoljeće. Navedene promjene uvelike će utjecati na državnu politiku koja će morati usvojiti ciljeve za demografsku obnovu. Prema srednjim projekcijama Ujedinjenih naroda za 2050. godinu u južnoeuropskim zemljama udio osoba starijih od 65 godina dosegnut će 35% ukupnog stanovništva, a u ostalim dijelovima Europe bit će 28-29% (7).

2. CILJ RADA

Cilj ovog rada bio je prikazati promjene unutar demografske strukture stanovništva Republike Hrvatske s naglaskom na ženskom dijelu populacije, te moguće utjecaje na buduće funkcioniranje društva kao i mjere koje bi trebalo poduzeti kako bi se osigurala vitalnost zajednice i potaklo mlade ljude na promjenu odnosa prema današnjim mjerilima planiranja obitelji.

3. MATERIJALI I METODE

Prilikom izrade rada korišteni su statistički podatci objavljeni u Hrvatskom zdravstveno - statističkom ljetopisu za 2016. godinu, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo i podatci EUROSTATA za ostale zemlje članice Europske zajednice. Temeljem objavljenih podataka izrađene su tablice i grafikoni kako bi prikazali jasnu sliku trenutnih zbivanja u Republici Hrvatskoj povezanih sa zadanim predmetom istraživanja.

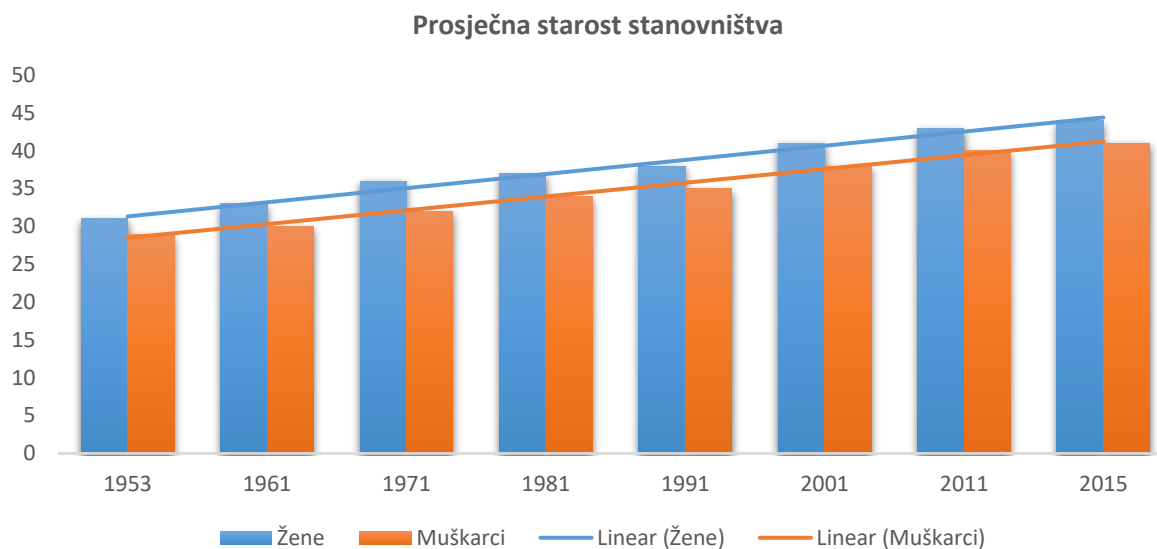
4. REZULTATI

U ovom radu prikupili smo brojčane podatke za Republiku Hrvatsku i zemlje Europske zajednice te ih prikazali unutar tablica na temelju kojih smo izradili slikovne prikaze.

Tablica 1. Prosječna starost stanovništva u periodu od 1953. do 2015. godine

| Godina mjerenja | Dob stanovništva izražena u stopama | |
|-----------------|-------------------------------------|----------|
| | Žene | Muškarci |
| 1953. | 31 | 29 |
| 1961. | 33 | 30 |
| 1971. | 36 | 32 |
| 1981. | 37 | 34 |
| 1991. | 38 | 35 |
| 2001. | 41 | 38 |
| 2011. | 43 | 40 |
| 2015. | 44 | 41 |

U tablici 1. prikazali smo prosječnu starost stanovništva za muškarce i žene u periodu od 1953. do 2015. godine u Hrvatskoj.



Slika 1. Prosječna starost stanovništva u periodu od 1953. do 2015. godine

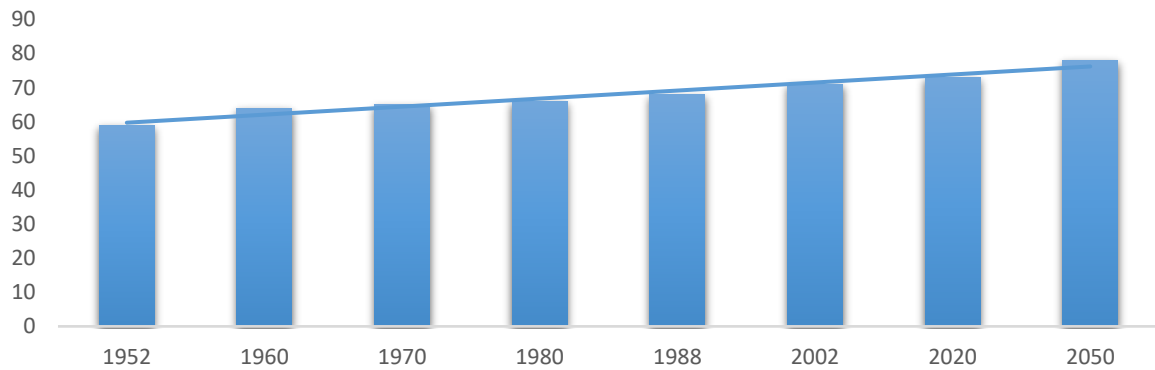
Na Slici 1. prikazali smo prosječnu starost stanovništva za muškarce i žene u periodu od 1953. do 2015. godine u Hrvatskoj.

Tablica 2. Očekivano trajanje života žena od 1952. do 2052. godine u Hrvatskoj

| Starost | 1952.– 1954. | 1960.– 1962. | 1970.– 1972. | 1980.– 1982. | 1988.– 1990. | 2002.– 2004. | 2020.– 2022. | 2050.– 2052. |
|---------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 1 | 59 | 64 | 65 | 66 | 68 | 71 | 73 | 78 |

U tablici 2. prikazali smo očekivano trajanje života žena u periodu od 1952. do 2052. godine u Hrvatskoj.

Očekivano trajanje života žena od 1952. do 2050.



Slika 2. Očekivano trajanje života žena od 1952. do 2052. godine u Hrvatskoj

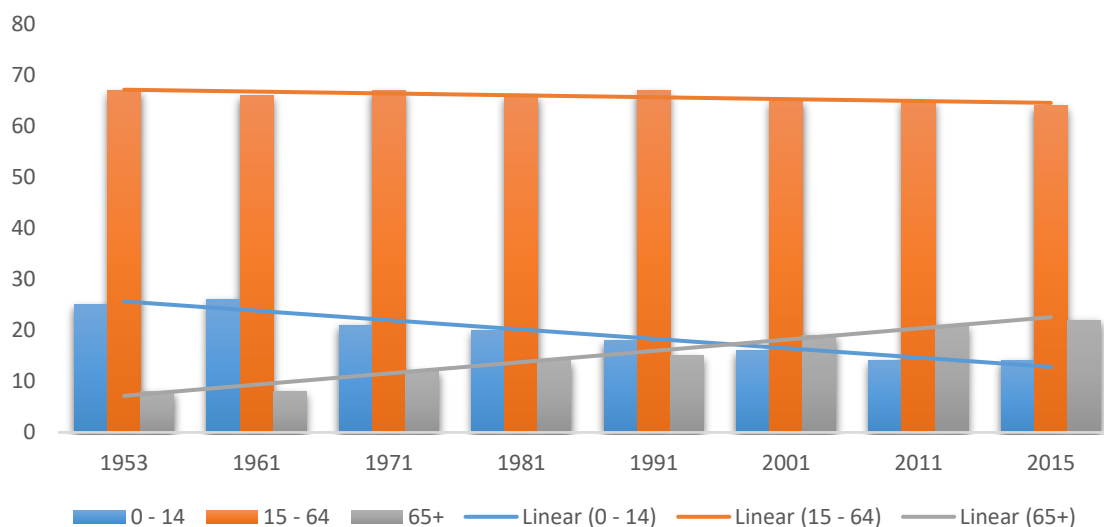
Na Slici 2. prikazali smo očekivano trajanje života žena u periodu od 1952. do 2052. godine u Hrvatskoj.

Tablica 3. Žensko stanovništvo prema dobnoj strukturi u periodu od 1953. do 2015. godine

| Godina mjerenja | Udio žena po dobnoj skupini | | |
|-----------------|-----------------------------|---------|-----|
| | 0 - 14 | 15 - 64 | 65+ |
| 1953. | 25 | 67 | 8 |
| 1961. | 26 | 66 | 8 |
| 1971. | 21 | 67 | 12 |
| 1981. | 20 | 66 | 14 |
| 1991. | 18 | 67 | 15 |
| 2001. | 16 | 65 | 19 |
| 2011. | 14 | 65 | 21 |
| 2015. | 14 | 64 | 22 |

U tablici 3. prikazali smo žensko stanovništvo prema dobnoj strukturi u periodu od 1953. do 2015. godine u Hrvatskoj.

Žensko stanovništvo prema dobnoj strukturi



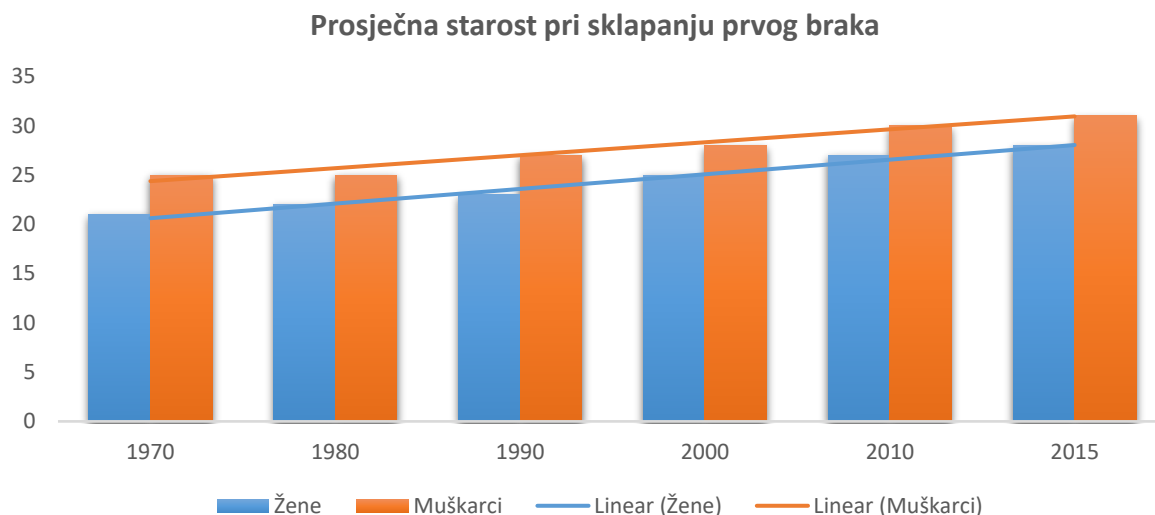
Slika 3. Žensko stanovništvo prema dobnoj strukturi u periodu od 1953. do 2015. godine

Na slici 3. prikazali smo žensko stanovništvo prema dobnoj strukturi u periodu od 1953. do 2015. godine u Hrvatskoj.

Tablica 4. Prosječna starost stanovnika pri sklapanju prvog braka u periodu od 1970. do 2015. godine

| Godina mjerenja | Dob stanovnika pri sklapanju prvog braka | |
|-----------------|--|----------|
| | Žene | Muškarci |
| 1970. | 21 | 25 |
| 1980. | 22 | 25 |
| 1990. | 23 | 27 |
| 2000. | 25 | 28 |
| 2010. | 27 | 30 |
| 2015. | 28 | 31 |

U tablici 4. prikazali smo starost stanovnika pri sklapanju prvog braka u periodu od 1970. do 2015. godine u Hrvatskoj.



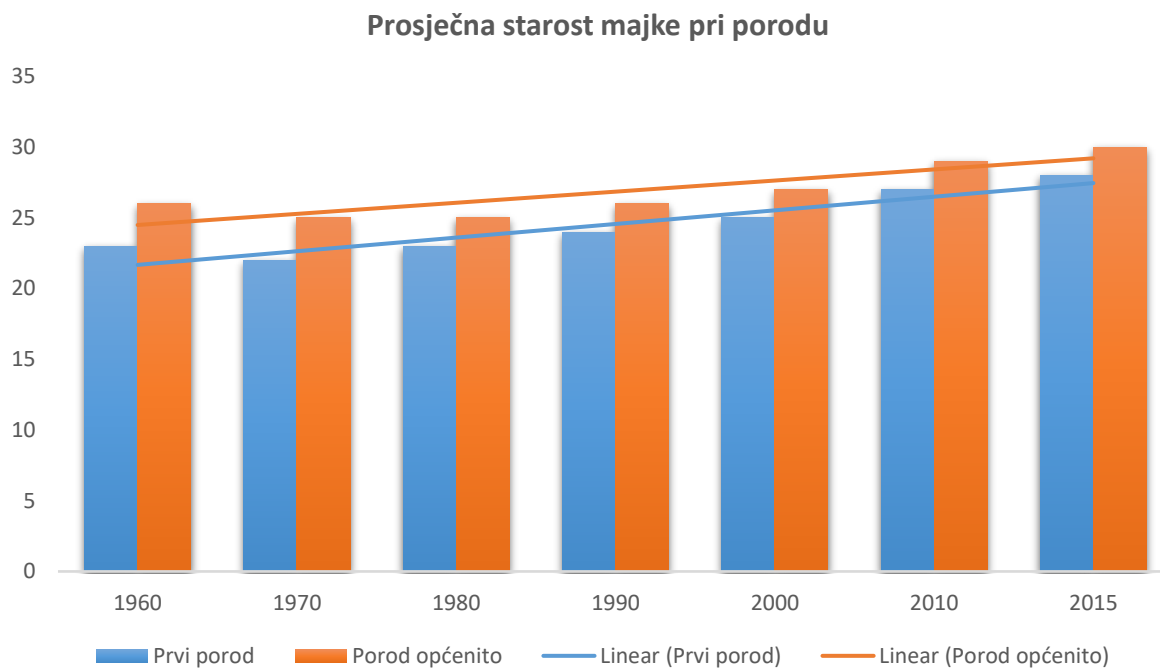
Slika 4. Prosječna starost stanovnika pri sklapanju prvog braka u periodu od 1970. do 2015. godine

Na Slici 4. prikazali smo starost stanovnika pri sklapanju prvog braka u periodu od 1970. do 2015. godine u Hrvatskoj.

Tablica 5. Prosječna starost majke pri porodu u periodu od 1960. do 2015. godine

| Godina mjerenja | Dob majke prilikom poroda | |
|-----------------|---------------------------|----------------|
| | Prvi porod | Porod općenito |
| 1960. | 23 | 26 |
| 1970. | 22 | 25 |
| 1980. | 23 | 25 |
| 1990. | 24 | 26 |
| 2000. | 25 | 27 |
| 2010. | 27 | 29 |
| 2015. | 28 | 30 |

U tablici 5. prikazali smo prosječnu starost majke pri porodu u periodu od 1960. do 2015. godine u Hrvatskoj.



Slika 5. Prosječna starost majke pri porodu u periodu od 1960. do 2015. godine

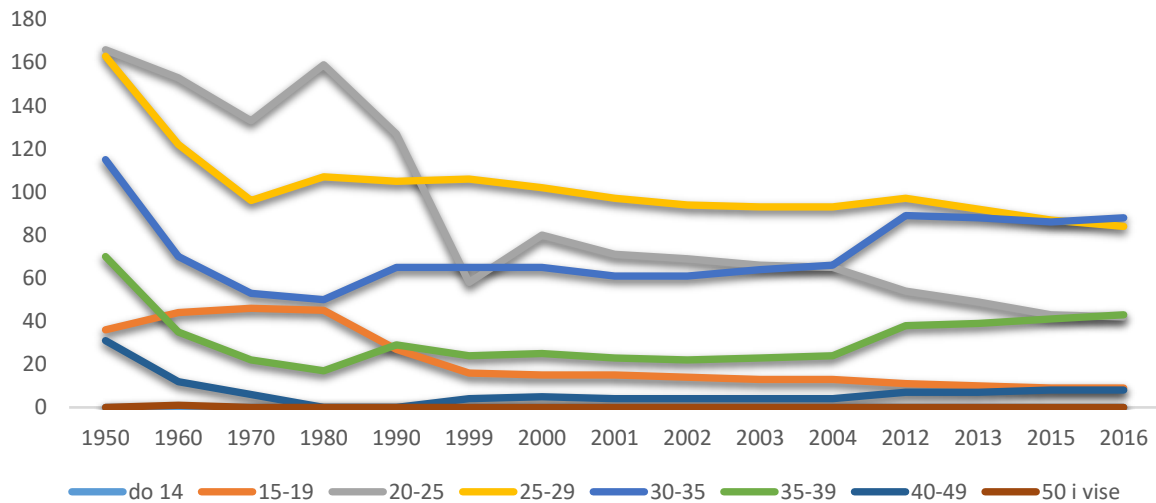
Na Slici 5. prikazali smo prosječnu starost majke pri porodu u periodu od 1960. do 2015. godine u Hrvatskoj.

Tablica 6. Kretanje specifičnih stopa fertiliteta i totalne stope fertiliteta od 1950. do 2016. godine

| Godina | Starost majke | | | | | | | |
|--------------|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------|
| | Stopa rađanja u pojedinoj godini na 1000 žena specifične dobne skupine | | | | | | | |
| | 10-14 | 15-19 | 20-25 | 25-29 | 30-35 | 35-39 | 40-49 | 50 i više |
| 1950. | 0,0 | 36,9 | 166,4 | 163,2 | 115,1 | 70,2 | 31,5 | 0,6 |
| 1960. | 0,0 | 44,8 | 153,1 | 122,3 | 70,7 | 35,9 | 12,7 | 1,1 |
| 1970. | 0,1 | 46,9 | 133,6 | 96,9 | 53,1 | 22,5 | 5,9 | 0,6 |
| 1980. | 0,2 | 45,4 | 159,3 | 107,3 | 50,8 | 17,2 | 0,3 | - |
| 1990. | 0,0 | 27,4 | 127,0 | 105,1 | 15,9 | 2,9 | 0,2 | 0,0 |
| 1999. | 0,1 | 16,4 | 85,9 | 106,4 | 65,7 | 24,9 | 4,6 | 0,2 |
| 2000. | 0,1 | 15,6 | 80,1 | 102,3 | 65,0 | 25,1 | 4,8 | 0,0 |
| 2001. | 0,1 | 15,4 | 71,6 | 97,1 | 61,7 | 23,9 | 4,3 | 0,2 |
| 2002. | 0,1 | 14,9 | 69,6 | 94,8 | 61,4 | 22,7 | 4,6 | 0,2 |
| 2003. | - | 13,9 | 66,8 | 93,0 | 64,1 | 23,0 | 4,2 | 0,2 |
| 2004. | 0,1 | 13,6 | 65,7 | 93,2 | 66,9 | 24,6 | 4,6 | 0,1 |
| 2012. | 0 | 11,3 | 54,0 | 97,4 | 89,2 | 38,7 | 7,4 | 0,0 |
| 2013. | - | 10,6 | 49,4 | 92,8 | 88,1 | 39,4 | 7,4 | 0,0 |
| 2015. | - | 9,7 | 43,8 | 87,5 | 86,3 | 41,3 | 7,5 | 0,4 |
| 2016. | - | 9,2 | 42,7 | 84,1 | 88,9 | 43,6 | 8,7 | 0,4 |

U tablici 6. prikazali smo kretanje specifičnih stopa fertiliteta i totalne stope fertiliteta u periodu od 1960. do 2015. godine u Hrvatskoj.

Stopa rađanja u pojedinoj godini na 1000 žena specifične dobne skupine



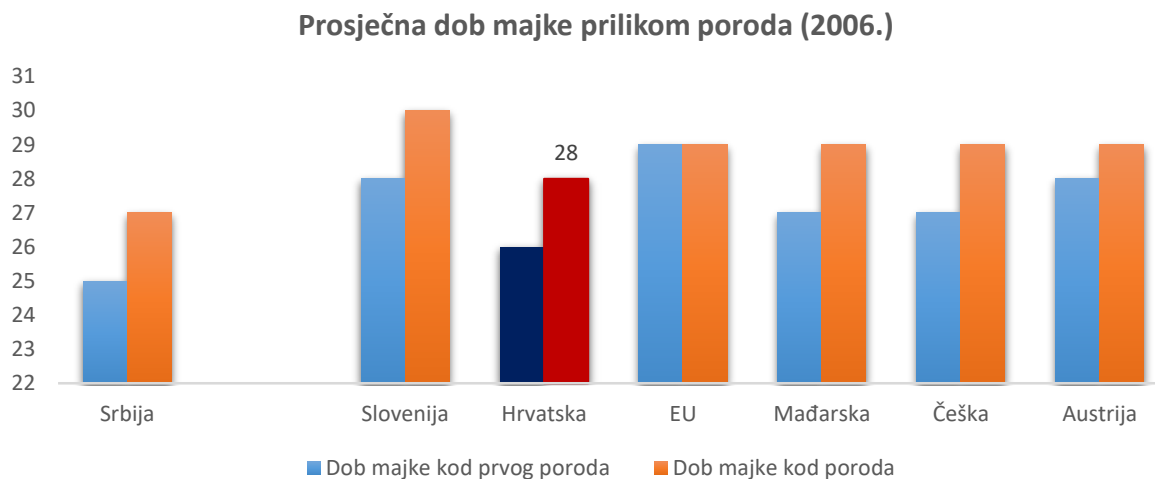
Slika 6. Kretanje specifičnih stopa fertiliteta od 1950. do 2016. godine

Na Slici 6. prikazali smo kretanje specifičnih stopa fertiliteta u periodu od 1950. do 2016. godine u Hrvatskoj.

Tablica 7. Prosječna dob majke prilikom prvog poroda i kod poroda 2006. i 2015. godine u zemljama EU

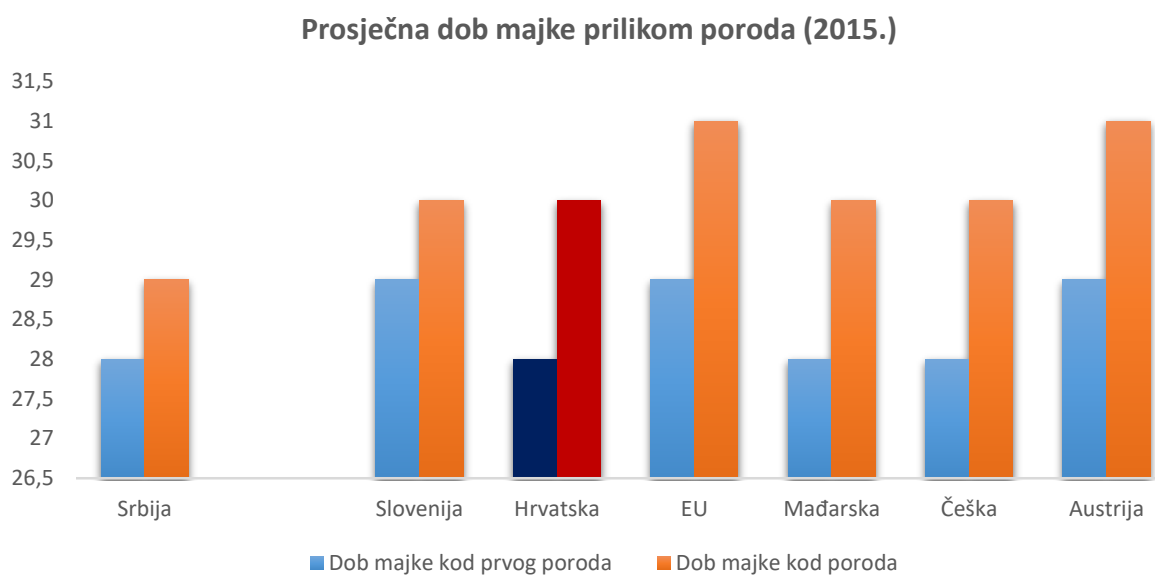
| Zemlja | 2006. | | 2015. | |
|-----------|----------------------------|----------------------|----------------------------|----------------------|
| | Dob majke kod prvog poroda | Dob majke kod poroda | Dob majke kod prvog poroda | Dob majke kod poroda |
| Srbija | 25 | 27 | 28 | 29 |
| Slovenija | 28 | 30 | 29 | 30 |
| Hrvatska | 26 | 28 | 28 | 30 |
| EU | 29 | 29 | 29 | 31 |
| Mađarska | 27 | 29 | 28 | 30 |
| Češka | 27 | 29 | 28 | 30 |
| Austrija | 28 | 29 | 29 | 31 |

U tablici 7. prikazali smo prosječnu dob majke prilikom prvog poroda i kod poroda u periodu od 2006. do 2015. godine u zemljama Europske zajednice.



Slika 7. Prosječna dob majke prilikom prvog poroda i kod poroda 2006. godine u zemljama EU

Na Slici 7. prikazali smo prosječnu dob majke prilikom prvog poroda i kod poroda 2006. godine u zemljama Europske zajednice.



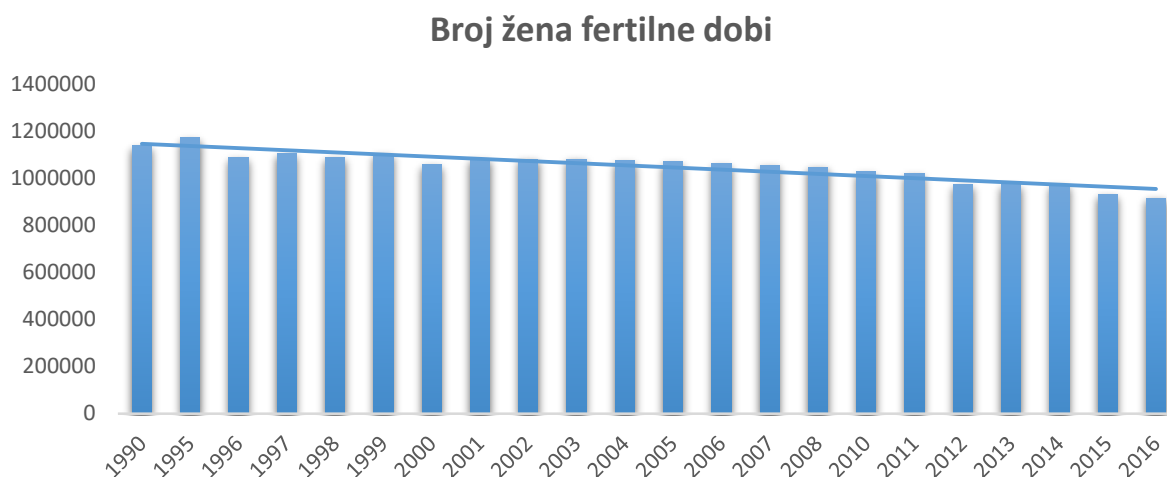
Slika 8. Prosječna dob majke prilikom prvog poroda i kod poroda 2015. godine u zemljama EU

Na Slici 8. prikazali smo prosječnu dob majke prilikom prvog poroda i kod poroda 2015. godine u zemljama Europske zajednice.

Tablica 9. Broj žena fertile dobi, broj živorođene djece i opća stopa fertiliteta u Republici Hrvatskoj u razdoblju od 1990. do 2016. godine

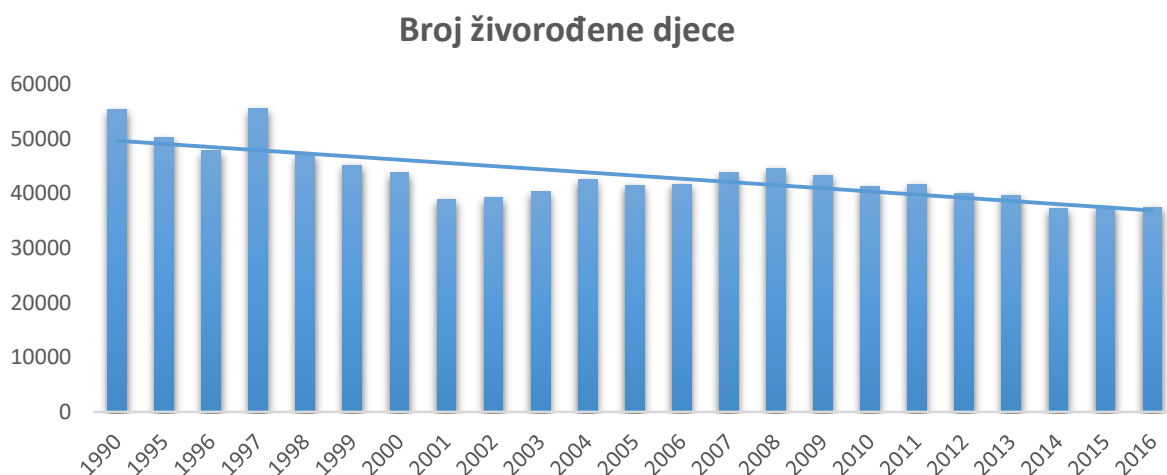
| Godina | Broj žena fertile dobi | Broj živorođene djece | Opća stopa fertiliteta |
|--------|------------------------|-----------------------|------------------------|
| 1990 | 1.138.036 | 55.409 | 48,5 |
| 1995 | 1.171.189 | 50.182 | 45,7 |
| 1996 | 1.086.025 | 47.792 | 49,5 |
| 1997 | 1.105.089 | 55.501 | 50,2 |
| 1998 | 1.087.853. | 47.068 | 43,3 |
| 1999 | 1.101.861 | 45.179 | 41,0 |
| 2000 | 1.057.247 | 43.746 | 41,4 |
| 2001 | 1.080.121 | 38.887 | 36,0 |
| 2002 | 1.080.121 | 39.180 | 36,7 |
| 2003 | 1.080.121 | 40.307 | 36,3 |
| 2004 | 1.074.066 | 42.492 | 37,5 |
| 2005 | 1.069.100 | 41.446 | 39,7 |
| 2006 | 1.061.800 | 41.711 | 39,0 |
| 2007 | 1.053.600 | 43.753 | 40,0 |
| 2008 | 1.047.430 | 44.577 | 42,0 |
| 2010 | 1.028.120 | 41.197 | 42,2 |
| 2011 | 1.018.876. | 41.627 | 40,4 |
| 2012 | 972.948 | 39.962 | 42,8 |
| 2013 | 972.948 | 39.652 | 41,0 |
| 2014 | 972.948 | 37.241 | 40,7 |
| 2015 | 930.899 | 37.501 | 40,0 |
| 2016 | 915.591 | 37.486 | 40,9 |

U Tablici 9. prikazali smo broj žena fertile dobi, broj živorođene djece i opću stopu fertiliteta u Republici Hrvatskoj u razdoblju od 1990. do 2016. godine.



Slika 9. Broj žena fertile dobi u Republici Hrvatskoj u periodu od 1990. do 2016. godine

Na Slici 9. prikazali smo broj žena fertile dobi u Republici Hrvatskoj u razdoblju od 1990. do 2016. godine.



Slika 10. Broj živorođene djece u Republici Hrvatskoj u periodu od 1990. do 2016. godine

Na Slici 9. prikazali smo broj živorođene djece u Republici Hrvatskoj u razdoblju od 1990. do 2016. godine.



Slika 11. Kretanje opće stope fertiliteta u Republici Hrvatskoj u periodu od 1990. do 2016. godine

Na Slici 11. prikazali smo kretanje opće stope fertiliteta u Republici Hrvatskoj u razdoblju od 1990. do 2016. godine.

5. RASPRAVA

5.1. Obiteljska politika

Obiteljska je politika javna politika kojom država, a u širem smislu društvo, djeluju na obiteljske resurse s ciljem poboljšanja položaja prije svega ugroženih obitelji s djecom. Obiteljska politika utječe na društveni položaj i strukturu obitelji. „Obiteljska je politika cjelovit i sustavan skup mjera koje djeluju u korist obitelji, prije svega obitelji s djecom. Te im mjere pomažu u problematičnim situacijama ekonomskog, socijalnog, zdravstvenog, stambenog i sličnog karaktera, ublažavaju financijski teret što ga za obitelj predstavljaju djeca, omogućuju usklađivanje obiteljskih i radnih obveza, štite trudnice i djecu...” (10). Obiteljska politika djeluje na strukturu i socijalni položaj obitelji.

Od obiteljske populacijske politike bitno je razlikovati demografsku (populacijsku) politiku. Obiteljska politika djeluje na strukturu i socijalni položaj obitelji, a populacijska je politika usmjerena na određene ciljeve vezane uz kretanje i strukturu stanovništva.

Obiteljska i populacijska politika usko su povezane i međusobno se podudaraju. Najznačajnije mjere obiteljske politike, kao što su dječji dodaci, porezne olakšice, plaćeni porodni i roditeljski dopusti, usluge obitelji, istovremeno su i mjere populacijske politike. Obiteljska politika čini važnu komponentu populacijske politike jer su osnovni sadržaji obiteljske politike novčani transferi, davanja i olakšice koje su većinom usmjerene na veće obitelji s djecom. Suvremena obiteljska politika trebala bi u prvom redu poštovati autonomiju pojedinca u slobodnom izboru i ostvarivanju želje za roditeljstvom. Parovima koji se odluče za imanjem djece trebalo bi olakšati ostvarivanje želje za imanjem djece. Obiteljska politika samo je jedna od politika koja može imati učinka na fertilitet. Višestruki su činitelji koji djeluju na fertilitet. Nije riječ samo o želji parova za potomstvom nego bitnu ulogu imaju i ekonomski, socijalni, psihološki, kulturološki, zdravstveni, povijesni i drugi razlozi koji variraju od područja do područja ili od jednog razdoblja do drugog. Objašnjenja niskog fertiliteta moraju uključiti sve te razloge i njihovu povezanost. Bitni su i nematerijalni čimbenici kao što su društveni modeli i norme, brakovi/partnerstva, mogućnosti za formiranjem partnerstva, njegovoj stabilnosti, podjeli rada u obitelji i među partnerima. Mjere obiteljske politike nemaju jednak učinak na sve grupe unutar populacije, a utjecaj mjera obiteljske politike uvelike ovisi

o ekonomskom, socijalnom te političkom kontekstu u kojem se provode. Učinci pojedinih mjera obiteljske politike osjetit će se nakon određenog vremenskog perioda. Osnovni cilj obiteljske politike je blagostanje roditelja i njihove djece. Moderna obiteljska politika trebala bi budućim roditeljima pružiti vrijeme za obitelj, financijsku sigurnost te infrastrukturu za sudjelovanjem u radnom i društvenom životu.

5.2. Demografske promjene i obitelj

U socijalno nesigurnoj okolini obilježenoj događajima koji ometaju tok ljudske egzistencije, kao što su nesigurnost zaposlenosti i promjena modela socijalne zaštite, neka kućanstva češće od drugih mogu biti izložena socijalnim rizicima. Pojedinci koji nakupljaju više problema (biti samohrani roditelj, biti slaba zdravlja, raspolagati s nedovoljno sredstava ili nedovoljno socijalnoga kapitala) mogu postati mnogo ovisniji od drugih o socijalnim transferima ili javno financiranim uslugama (11). U prva tri desetljeća nakon Drugog svjetskog rata europske su se socijalne države, osim na visoke stope rasta, punu zaposlenost, te snažno izraženu solidarnost proizašlu iz ratnog iskustva, oslanjale i na brz demografski rast, visoke stope nataliteta („baby boom”) te stabilnu, klasičnu nuklearnu obitelj. U takvoj obitelji otac je zaposlen i obavlja instrumentalnu ulogu, a majka ostaje kod kuće, rađa i podiže djecu te ima ekspresivnu ulogu. Taj je tip obitelji najbolje odgovarao ondašnjim zahtjevima društva, takva je obitelj bila pouzdan oslonac socijalne države. Od 1970-ih godina, kada je svjetska gospodarska kriza ozbiljno ugrozila dominantne ekonomske i socijalne strukture, uslijedile su bitne preobrazbe europskih društava. Na njih je najviše utjecala globalizacija, tehnološka revolucija, pad socijalizma, promjene u strukturi rada i u društvenim vrijednostima. Promjene su se odrazile u demografskoj sferi: stanovništvo stari, fertilitet opada, slabi klasična nuklearna obitelji. Snažan proces individualizacije koji je zahvatio suvremena društva odrazio se na strukturu i kvalitetu obiteljskih odnosa. Individualizacija podrazumijeva sve veću autonomiju i slobodu izbora pojedinca. Današnja je nacionalna država suočena s nadnacionalnim tržištima kapitala te nastoji smanjiti javne izdatke i gospodarstvo učiniti kompetitivnijim. Ključni demografski procesi kao i promjene u obitelji igraju sve značajniju ulogu u socijalnoj politici. Ako je u prvom poslijeratnom razdoblju obitelj bila snažan oslonac socijalne države, zbog napredovalih procesa disolucije i individualizacije, ona je danas sve više prisiljena transferirati svoje probleme na brigu i postupanje državi. Kad tome pridružimo i procese starenja

stanovništva te njime uvjetovanu promjenu međugeneracijskih odnosa, onda proizlazi da će se u idućem razdoblju povećati utjecaj demografskih promjena na socijalnu i ekonomsku politiku kao pretpostavku održiva razvoja (11).

Obitelj i vanjska zaposlenost su dvije međusobno suprotstavljene strukture. Sustav rada nije sukladan s obitelji i struktura obitelji i kućanstva nije sukladna s radom: podjela na radni i privatni život, sukob vanjskoga rada i obitelji može se prikazati kao sukob načela kompeticije, koje dominira na tržištu rada, i načela solidarnosti, koje vlada u obitelji. Razlikujemo dva načina pomirenja obitelji i vanjskoga rada. Prvi se sastoji u tome da se sama obitelj prilagodi tržištu rada npr. odgodom formiranja obitelji i rađanja djece, smanjenim brojem djece ili potpunom apstinencijom od rađanja. Posljedice se vide u smanjenim stopama fertiliteta, povećanju broja samačkih kućanstava i atipičnim obiteljskim oblicima. Drugi vid izmirenja sastoji se u prilagodbi vanjskoga rada obiteljskim obvezama. To znači razne vrste olakšica, materijalnih potpora i usluga za zaposlene roditelje male djece, posebno za majke, kao i njihov povoljniji položaj u statusu zaposlenosti. Na taj se način stvarno podupire želja roditelja za većim brojem djece i smanjuju se zapreke prema ostvarenju toga cilja. Danas se dosta govori o preokretanju trenda između zaposlenosti žena i stope fertiliteta. Do 1970-ih godina prevladavalo je stajalište prema kojem je visok fertilitet u uskoj korelaciji sa zadržavanjem žene u kući. Posljednjih se desetljeća situacija bitno promijenila. Zaposlenost žena postala je osnovna pretpostavka povećanoga nataliteta. Moderne su obiteljske politike usmjerene na to da zaposlenim ženama što više olakšaju kombiniranje kućnih obveza i zaposlenosti, potiču preraspodjelu kućnih obveza. Postoji i opasnost da novi, atipični obiteljski oblici, kao što su jednoroditeljske obitelji, ostanu bez zaposlenih članova i većem riziku za siromaštvo. Za jednoroditeljske obitelji zapošljavanje majke je najučinkovitije sredstvo u borbi protiv siromaštva. Usporedno sa zapošljavanjem treba razvijati usluge koje će biti dostupne svim obiteljima, a pod najpovoljnijim uvjetima za siromašnije. Atipični oblici rada se umnožavaju u svim europskim zemljama. Djelomičan rad je sve rasprostranjeniji kao i privremeni te povremeni rad. Smanjuje se radno vrijeme, sve je prisutniji rad kod kuće. Na atipičnim poslovima najviše se zapošljavaju žene. To određuje njihovu poziciju na tržištu rada u odnosu na muškarce. Prilagodljivost oblika rada zaposlenima smanjuje radno vrijeme, ali čini rad nestabilnim. Visokokvalificirana i dobro plaćena radna snaga stalno se mora dodatno obučavati, kako bi se prilagodila tehnološkim inovacijama. Takav radni angažman i stalno učenje zahtijevaju sve više vremena. Stabilnu i dobro plaćenu radnu snagu čine visokokvalificirani i obrazovani radnici spremni na stalne prilagodbe u procesu rada. Manje

kvalificirana ili nekvalificirana radna snaga u statusu je nestabilne i periferne zaposlenosti, kojoj treba pridružiti nezaposlene u najnepovoljnijem položaju. Sa stajališta usklađivanja obiteljskih obveza i vanjskoga rada, važno je da majke i očevi, koji zbog obiteljskih obveza biraju skraćeno vrijeme ili neki drugi oblik atipične zaposlenosti, nakon nekoga vremena mogu prijeći u status pune, stabilne zaposlenosti kao u Švedskoj i Finskoj. Za pomirenje rada i obitelji važni su dopusti, odnosno prekidi radne karijere. Takvi prekidi rada u pravilu završavaju povratkom na posao, bilo da je riječ o stalnom ili atipičnom radnom angažmanu. Pomirenje vanjskoga rada i obitelji podrazumijeva određenu žrtvu. S demografskoga gledišta ona može voditi padu nataliteta, a s obiteljskoga gledišta pomirenje može uzrokovati poremećaj u raspodjeli kućnoga rada na štetu žene. Kada se govori o zaposlenosti, uobičajena je posljedica smanjena mogućnost za uspješnu karijeru te niža novčana primanja. Svi koji traže bolju ravnotežu radnih i obiteljskih obveza smanjuju radni angažman ili pak prekidaju radnu karijeru uglavnom trpe negativne ekonomske posljedice. Zbog toga se, osim na političku i ekonomsku podršku obiteljima, treba usredotočiti na razvoj nove „kulture rada“. Poslodavci moraju postati susretljiviji prema onima koji žele voditi vlastiti život. Dokle god postoji ljestvica vrijednosti po kojoj je zaposlenost važnija od drugih dimenzija života, mogućnosti kompromisa između vanjskoga rada i obitelji bit će relativno ograničene bez prijateljskog odnosa prema obitelji (9).

5.3. Europski trendovi i Republika Hrvatska

U Europi demografske promjene utjecale su na uzmicanje klasičnog modela konjugalne obitelji koji je dominirao do sredine 60-ih godina, a kojeg je američki sociolog T. Parsons smatrao najpogodnijim za industrijsko društvo (12). Danas su sve manje zastupljene obitelji sa zaposlenim ocem (instrumentalna uloga) i majkom-kućanicom (ekspresivna uloga). U razvijenim industrijskim zemljama postotak jednoroditeljskih obitelji je između 15 i 30%. Mnogo je konsenzualnih zajednica, rekonponiranih obitelji, samačkih kućanstava. Primjerice, u Zapadnoj Europi 1960. godine bilo je 15,0% samačkih kućanstava, a 1990/1991. godine oko 25% (najviše samaca bilo je u Švedskoj; 39,6%) (13). „Struktura kućanstva postala je u svim zemljama sve raznovrsnijom, i u velikoj mjeri odražava sve veći stupanj slobode izbora životnog stila: živjeti sam. S jednim partnerom ili drugim osobama, ostati sam ili se oženiti/udati; zadržati ili prekinuti vezu, odnosno razvesti se ili se ponovno oženiti/kohabitirati, odreći se/odgađati rađanje djeteta ili imati djecu u braku/izvan braka ili u nekoj vrsti

sporazumne zajednice.“ (14). U Švedskoj je 2000. godine totalna stopa divorcijaliteta iznosila 0,55, u Finskoj 0,51, u Danskoj 0,45, u Češkoj 0,43, u Austriji 0,43 (15). Svugdje se povećao broj izvanbračne djece. Naime, u šezdesetim godinama u zapadnoeuropskim se zemljama izvan braka rađalo 5,1% djece, a 1993. godine 21,8%. Međutim, 2000. godine u Danskoj se izvan braka rodilo 44,6% djece, u Norveškoj 49,6%, u Švedskoj 55,3%, a na Islandu čak 65,8% (15). Radi razumijevanja ovih podataka treba upozoriti da je u nordijskim zemljama postalo uobičajeno da se velik broj djece rađa u predbračnoj zajednici, koja se naknadno legalizira. U odnosu na sjevernu osjetno manji broj izvanbračne djece rađa se u južnoj Europi. U južnoeuropskim su zemljama zamjetni su drugi indikatori koji govore o krizi klasične konjugirane obitelji, a jedan od njih je odgoda sklapanja braka.

1971. godine u Hrvatskoj bilo je ukupno 1.203.244 obitelji i taj se broj povećavao sve do 2001. godine kada se broj obitelji smanjio na 1.252.025. Prosječan broj članova obitelji 1991. godine iznosio je 3,2 člana, a 2001. 3,1 član što govori da se smanjila prosječna veličina kućanstva i obitelji. Broj jednoroditeljskih obitelji kao i brakova bez djece u Hrvatskoj se postupno povećava. Udio jednoroditeljskih u ukupnom broju obitelji 1971. iznosio je 11,5%, 1991. godine 12,4%, a 2001. godine 15,0%. Od toga broja 83% su bile jednoroditeljske obitelji sa majkom, a 17% s ocem. U istom se razdoblju broj brakova bez djece povećao od 24,8% u 1971. godini na 27,1% u 1991. godini. U 2001. godini popisano je 27,0% brakova bez djece (16,17). Broj sklopljenih brakova u prošlom je razdoblju smanjen. Od 1950. do 1954. godine godišnje se prosječno sklapalo 38.094 braka, taj broj je konstantno opadao, a 2000. godine sklopljeno je 22.017 brakova. Porasla je i prosječna dob sklapanja braka. Žene su 1980. godine prilikom sklapanja braka u prosjeku imale 22,1 godinu, 2000 godine 25,3 godine, a 2015. godine 28 godina (18). Razvedenih brakova u razdoblju 1985.-1989. godine bilo 18,3% od svih sklopljenih brakova, a u razdoblju 1990.-1994. godine 19,6%, da bi u razdoblju 1995.-1999. taj udio pao na 16,0%. Međutim, u 2000. godini udio razvedenih u ukupnom broju brakova povećao se na 20,4% (18). Zaključno možemo reći da se Hrvatska obiteljska struktura relativno sporo mijenja i da još uvijek zadržava tradicionalna obilježja. U usporedbi sa drugim europskim zemljama, kod nas je niža stopa razvoda braka kao i udio izvanbračne djece. To je posljedica socijalne i gospodarske krize u kojoj parovi nastoje održati bračne zajednice koje bi inače zbog egzistencijalnih problema napustili.

5.4. Demografske strukture: obrazovna i ekonomska

Demografske strukture imaju veliki utjecaj na demografske procese. Porast odnosno pad broja stanovnika ovisi o razini fertiliteta i mortaliteta, dobnoj strukturi ženske fertile populacije kao i njihovog broja. Kvalificirana i obrazovana radna snaga preduvjet su rasta i razvoja na nacionalnoj, regionalnoj i lokalnoj razini. S oko 20% visoko obrazovane populacije u dobi od 25. do 64. godine prema Popisu 2011. Hrvatska zaostaje za ekvivalentnim prosjekom Europske unije koji iznosi oko 27% (17). Više od polovice hrvatskih županija ima manje od 15% populacije u toj dobi s tercijarnim stupnjem obrazovanja, a najniži udio ima Virovitičko-podravska županija (10,4%). Samo četiri županije imaju natprosječan udio visokoobrazovanih od nacionalnog prosjeka, gdje uz Primorsko-goransku (24,2%), Dubrovačko-neretvansku (23,8%) i Splitsko-dalmatinsku (22,5%) županiju, jedino Grad Zagreb značajnije odskoče te s 35% populacije prelazi prosjek Europske unije. Unutar Hrvatske jedino općina Kostrena u Primorsko-goranskoj županiji ima neznatno veći udio visokoobrazovanih u populaciji od Zagreba, dok je na dnu općina Kijevo u Šibensko-kninskoj županiji u kojoj gotovo i nema visokoobrazovanih (svega 1,6% populacije u dobi 25-64) (17,18). Udio visokoobrazovanih po županijama povezan je i sa stupnjem njihovog ekonomskog razvoja, te bi se isti u budućnosti trebao povećati kao jedna od poluga bržeg društveno-gospodarskog razvoja u narednim desetljećima.

Udio zaposlenih u nekoj populaciji pokazatelj je koji je jako dobar prediktor održivosti neke teritorijalne cjeline. Podaci iz Popisa stanovništva iz 2011. pokazuju da je 41,4% ukupnog stanovništva Hrvatske zaposleno (17). Taj broj nije usporediv s metodologijom koji se primjenjuje kod ankete o radnoj snazi pa usporedbe s Europskom Unijom nisu moguće, no usporedivi anketni podaci svrstavaju Hrvatsku na samo dno zemalja EU prema udjelu zaposlene populacije. Regionalna statistika o zaposlenosti uočava da županije na sjeverozapadu i zapadu Hrvatske bilježe veći udio zaposlenih u ukupnoj populaciji. Pri tome prednjače Grad Zagreb (47,8%), Istarska (46%) i Zagrebačka (45,8%) županija. S druge strane, u Brodsko-posavskoj i Vukovarsko-srijemskoj županiji je zaposleno manje od trećine ukupnog stanovništva. Općina Kraljevec u Krapinskoj-zagorskoj županiji prednjači sa 63,9% zaposlenih, dok je na samom dnu općina Cijlpane sa samo 6,1% zaposlenih (17). U Hrvatskoj je oko 30% općina i gradova u kojima je zaposleno manje od trećine ukupne populacije, što dovodi do ugroženosti ekonomske opstojnosti tih lokalnih jedinica. U onim teritorijalnim

jedinicama gdje udio uzdržavane populacije prelazi dvije trećine postaje upitna i njihova samostalnost.

5.5. Primjeri europske dobre obiteljske politike

Europu i Europsku uniju (EU) čine zemlje različitih običaja stoga se i obiteljske politike razlikuju od zemlje do zemlje. U mnogim zemljama razvoj obiteljske politike započeo je nakon II. Svjetskog rata. Obiteljske politike razvijale su se neovisno jedna o drugoj i u različitim smjerovima, ovisno o potrebama, kulturnim tradicijama, ciljevima, financijskim mogućnostima, a i zbog različitog poimanja obitelji i uzdržavanih članova obitelji. Do 1990-ih godina najrazvijenije zemlje imale su potpuno razvijene politike. Sukladno rastu i razvoju EU obiteljsku politiku počele su razvijati sve zemlje. Obiteljska politika postala je nužnost za EU jer se njome pridonosi dobrobiti i blagostanju obitelji koja je temelj društva. Važni europski ciljevi su dobrobit djece, smanjenje siromaštva u obitelji te mogućnost usklađivanja obiteljskog i poslovnog života. Ipak, svaka država ima svoje prioritete pa su različite politike. Stoga postoje velike razlike u životnim uvjetima između najrazvijenijih i onih manje razvijenih zemalja.

5.5.1. Tipovi i instrumenti obiteljske politike

Najpoznatiju tipologiju obiteljskih politika, koja u središte stavlja ulogu hranitelja obitelji, razvila je britanska autorica J. Lewis (9). Tri su tipa obiteljske politike.

Prvi tip je tip čvrstog muškog hranitelja. U ovom tipu ženama je namijenjena uloga supruge i majke, odnosno uzdržavane članice obitelji koja ovisi o plaći hranitelja, odnosno muža. Ako bi se žena i zaposlila tada se radi o part-time zaposlenosti ili tzv. sekvencijalnom zapošljavanju, koje podrazumijeva smanjeno razdoblje posvećeno uzdržavanju djeteta i razdoblje rada.

Drugi tip je modificirani muški hranitelj koji je prisutan u Francuskoj (10). Većina žena, kao i one s malom djecom, zaposlena je s punim radnim vremenom. Žene s djecom socijalno su dobro zaštićene. Radi kompenzacije troškova djece država raspodjeljuje naknade. Ovaj tip obiteljske politike pogodan je za majke kao i zaposlenice. Također u značajnoj mjeri, ova obiteljska politika kompenzira troškove djeteta. Treba napomenuti kako ovaj tip obiteljske

politike zahtijeva visoke državne izdatke, pa se stoga ne može provoditi u siromašnijim zemljama.

Treći tip je tip obiteljske politike dvaju hranitelja kojeg nalazimo u Švedskoj, odnosno nordijskim zemljama. Ona podržava kombiniranje plaćenog vanjskog i neplaćenog obiteljskog rada. Država podupire ženu kao majku i kao zaposlenicu. Veće značenje se pridaje uslugama nego transferima.

Kod instrumenata obiteljske politike razlikujemo: novac, odnosno razne naknade i porezne olakšice, usluge te vrijeme namijenjeno za obavljanje obiteljskih funkcija kao što su porodni, roditeljski i drugi dopusti.

Novčani transferi vezani su uz kompenzaciju troškova djece. Ti troškovi mogu biti direktni kao što su izdaci za podizanje djece i oportunitetni. Novčani transferi mogu biti različiti, a najvažniji su dječji dodaci. Ako se oni daju svakom djetetu bez obzira na socijalni status postiže se da oni postaju pravo djeteta, a ne dopuna obiteljskog dohotka. Visina dječjih doplata određuje se prema dohotku obitelji, broju djece, redoslijedu rođenja, dobi djeteta, školskom statusu itd. Neke vrste novčanih davanja obitelji vezane su uz socijalne pomoći, što znači da se daju uz prethodnu provjeru prihoda obitelji. Ova novčana davanja dopuna su dječjim doplatcima, a namijenjeni su siromašnijim obiteljima. Poreznim olakšicama nastoji se pomoći obiteljima s djecom. U novčana davanja ubrajaju se i naknade za porodne i roditeljske dopuste, pomoć pri rođenju djeteta, posmrtna pomoć i slično. U mnogim je zemljama posljednjih desetljeća ostvaren napredak u porodnim i roditeljskim naknadama tako da je produženo razdoblje davanja naknada ili su poslodavci oslobođeni plaćanja izdataka. Na taj se način nastoji smanjiti diskriminacija žena prilikom zapošljavanja.

Razlikujemo dvije vrste usluga: one namijenjene djeci kojima se bavi obiteljska politika i namijenjene starim i nemoćnim članovima obitelji koji su zasebno područje socijalne politike.

Treći element obiteljske politike su porodni, roditeljski i druge vrste dopusta. Porodni dopust je dopust koji služi oporavku majke nakon poroda, a roditeljski dopust namijenjen je skrbi o djeci. U mnogim europskim zemljama povećana su jamstva majkama koja im omogućavaju povratak na posao nakon porodnog dopusta. Druge su zemlje, zbog krize, uvele provjeru imovnog stanja zbog prava na ostvarenje obiteljskih davanja. 1992. godine EU u Preporuci državama članicama izdvaja: davanja obiteljima teškog socijalnog položaja, poticaje

za povratak na tržište rada, usklađivanje obiteljskih i profesionalnih obveza. U prvom planu je potpora obiteljima slabijeg imovinskog statusa, ali i zapošljavanje drugog hranitelja.

5.5.2. Obiteljska politika Francuske

Obiteljska politika Francuske je primjer razvijene zemlje s eksplicitnom pronatalitetnom populacijskom politikom (10). U 20. st. najvažniji zakon za reguliranje problema u području stanovništva bio je obiteljski zakon Code de la famille (1939. godine), koji je za svrhu porasta nataliteta proširio sistem obiteljskih dodataka. U drugoj polovini 20. stoljeća, od 1946. do kraja 20. stoljeća kao i prvih godina 21. stoljeća sustav pronatalitetne politike Francuske obuhvaća sljedeće mjere: progresivne dječje doplatke ovisno o broju djece, jednokratne obiteljske dodatke, porodni i roditeljski dopust za oba roditelja, roditeljske naknade, poticajnu stambenu i kreditnu politiku za mlade parove s djecom, sveobuhvatnu zdravstvenu zaštitu majke i djeteta, diferencirano oporezivanje dohotka ovisno o broju djece, diferenciranu politiku cijena u pogledu određenih proizvoda za djecu, fleksibilno radno vrijeme za majke s djecom do određene dobi. U materijalne i nematerijalne povlastice i olakšice ubrajaju se i novčane olakšice u prometu, razni bonusi pri kupnji proizvoda namijenjenih djeci različitih uzrasta, jednokratna novčana naknada pri rođenju djeteta, povlastice za prisustvu raznim kulturnim i sportskim događanjima i sl. 1985. godina važna je za suvremeno razdoblje kada je započeta kampanja pod geslom „Otvorimo Francusku djeci“ kojoj je cilj bio stvaranje pogodnog okružja i prijateljskog odnosa. Izgrađena su brojna igrališta i parkovi za djecu, posebni specijalizirani vrtići, predškolski vrtići, edukativne igraonice. Neposredan cilj kampanje bio je stvoriti uvjete da se među stanovništvom učvrsti reprodukcijaska norma od troje djece. Svojom dugotrajnom populacijskom politikom Francuska nije uspjela podići totalnu stopu fertiliteta na razinu koja bi osigurala obnavljanje generacija, ali je uspjela održati totalnu stopu fertiliteta iznad brojčane razine te stope u većini razvijenih europskih zemalja. Treba napomenuti i da je imigracijska politika također pridonijela povećanju fertiliteta, prirodnog prirasta i porasta ukupnog broja stanovništva (10).

5.5.3. Obiteljska politika Švedske

Švedska je poznata zbog svog „skandinavskog“ pristupa politici prema stanovništvu, a poznata je pod nazivom obiteljska politika (family policy) koja je izravno u funkciji politike blagostanja (welfare policy) u okviru države blagostanja (welfare state) (10). To je implicitna populacijska politika koja kao primarni cilj ne ističe demografski cilj, nego teži poboljšanju materijalnih i socijalnih uvjeta života obitelji za imanjem djece. U skladu s tim povećava se motivacija parova za željenim brojem djece u okviru slobodnog izbora „zajednice života“ (bračne, izvanbračne, zajednice s jednim roditeljem, kohabitacijske zajednice). Tijekom 1930-ih godina bračni par Alva i Gunnar Myrdal zamislili su „skandinavski“ pristup politici prema stanovništvu i radili su na njegovom ostvarenju (10). „Politika Myrdalovih“ temelji se na načelima jednakosti društva i obitelji, suradnje, pomoći i solidarnosti. Politiku prema obitelji potrebno je vrednovati ne samo u odnosu na demografske ciljeve, nego u odnosu na šire socijalne ciljeve, kao što su promicanje ljudskih prava i sloboda u području reprodukcije stanovništva s ciljem blagostanja svih članova obitelji. 1930-ih godina u srednje škole uvedeno je zdravstveno obrazovanje, a posebnu pažnju imale su teme o reprodukcijom zdravlju. Zadatak Kraljevske populacijske komisije osnovane 1935. godine bio je postizanje razine nataliteta koja bi dugoročno održala konstantan broj stanovnika uz što je moguće niži mortalitet. Politika prema stanovništvu bila je usmjerena prema blagostanju obitelji i djece, na pomoć zaposlenoj majci u olakšavanju brige oko djece uz poštivanje svih temeljnih ljudskih prava. Švedska je sve do danas zadržala pristup politici koji je utemeljen u 1930-im godinama, a taj pristup obilježava implicitnu populacijsku politiku. U Izvješću Švedske vlade o demografskim prilikama u zemlji (1993. godine) objavljene su 4 grupe mjera prema obitelji u okviru opće politike blagostanja.

To su:

1. sustav roditeljskog osiguranja koji daje majci i ocu priliku da kod kuće njeguju svoje dijete uz novčanu naknadu,
2. olakšice koje država daje roditeljima vezano uz dnevnu brigu za dijete (usluge čuvanja i njege djeteta, prehrana u kući i izvan kuće, usluge oko dnevnih poslova u kući i sl.),
3. financijska potpora obiteljima vezana uz troškove čuvanja, njege, odgoja i školovanja djeteta odnosno djece

4. zakonski regulirano radno vrijeme prikladno za period kada je dijete predškolske dobi (fleksibilno radno vrijeme, rad „part-time“, privremeni i povremeni rad, rad od kuće) (10).

Politika Švedske vlade prema stanovništvu je implicitna prema temeljnim obilježjima. Ona nastoji podržati normu od prosječno barem dvoje djece. Visoki prioriteti usklađuju funkciju majčinstva i rada žene, te pokazuju da zaposlenost žena, ukoliko ne postoji adekvatna društvena briga, može biti važan faktor porasta nataliteta u razvijenim europskim zemljama.

5.5.4. Hrvatska obiteljska politika

U srpnju 1946. godine u Hrvatskoj uvodi se plaćeni porodni dopust zaposlene majke u trajanju od ukupno 6 tjedana prije i poslije rođenja djeteta. Vremensko trajanje tog prava s godinama je postupno povećavano, a 1978. godine majke su imale pravo na 6 mjeseci obaveznog i 6 mjeseci dodatnog porodnog dopusta (9). Međutim, nisu postojala prava na roditeljske dopuste koji su se mogli koristiti fleksibilno, odnosno ovisno o potrebama obitelji i zahtjevima rada. Zakonom o radu iz 1995. godine potvrđuju se sva dotadašnja prava, ali uređuje se pravo na plaćeni porodni dopust koji počinje od 28 dana ili najviše 45 dana prije očekivanog poroda, pa sve do 6 mjeseci djetetova života. Dodatni porodni dopust može se koristiti nakon obaveznog porodnog dopusta do prve godine djetetova života. Majka ima pravo raditi polovicu radnog vremena do djetetove prve godine života, a to pravo ima djetetov otac ukoliko je majka nezaposlena. Nakon godine dana djetetova života, jedan od roditelja ima pravo na neplaćeni porodni dopust do treće godine djetetova života. Ukoliko dijete ima poteškoća u psihofizičkom rastu i razvoju roditelji imaju pravo i na dodatna prava. 1996. godine prošireno je i pravo na plaćeni porodni dopust i na nezaposlene majke kao i na majke koje obavljaju samostalnu djelatnost, ali samo u slučaju rođenja blizanaca, te trećeg i svakog sljedećeg djeteta. Isto pravo imala je i majka korisnica mirovine. Dokumentom Vlade RH „Polazišta za utvrđivanje socijalne politike do kraja 2001. godine i osnove socijalne politike za 2002. godinu“ iz kolovoza 2001. godine ukinut je trogodišnji porodni dopust koji se koristi u slučaju rođenja blizanaca, trećega i svakog sljedećeg djeteta. Umjesto trogodišnjeg porodnog dopusta uveden je dvogodišnji plaćeni porodni dopust za zaposlene majke i majke koje obavljaju samostalnu djelatnost. Uvedeno je pravo šestomjesečnoga plaćenog porodnog dopusta za sve majke, neovisno o njihovom zaposlenju (9).

1999. godine zakonski su regulirane promjene u sustavu dječjih doplataka. Pravo na dječji doplatok imale su sve kategorije građana, a ne samo zaposleni roditelji. Dječji doplatok ne financira se doprinosima zaposlenih, već iz općih poreznih prihoda države. Uvjet je bio i hrvatsko državljanstvo i prebivalište u Hrvatskoj od najmanje 6 mjeseci prije ostvarivanja prava. Prema Zakonu od 1. listopada 2000. godine korisnici dječjeg doplatka bili su podijeljeni u dvije kategorije (9). U prvu grupu su pripadali oni čiji su prihodi po članu kućanstva bili manji od 27,5% prosječne neto plaće, a u drugu oni čiji su prihodi po članu kućanstva manji od 50% prosječne neto plaće. Djeca iz obitelji sa višim prosječnim prihodima nemaju pravo na doplatok. Hrvatski ratni vojni invalidi Domovinskog rata imaju pravo na viši iznos dječjeg doplatka neovisno o njihovim prihodima. Od 1. siječnja 2002. godine radi socijalnih restrikcija promijenio se sustav dječjih doplataka. Ukinuto je povećanje doplatka za treće i svako sljedeće dijete, ukinuto je statusno pravo doplatka (osim kod težeg oštećenja zdravlja), te su sva djeca izjednačena, a doplatok se prima temeljem dohodovnog cenzusa (time je ukinuto pravo hrvatskih ratnih vojnih invalida). Djeca primaju doplatok do 15. godine života, odnosno do 19. godine ukoliko pohađaju srednjoškolski program (do 21. godine ako se školuju djeca oštećenog zdravlja, odnosno do 27. godine za djecu teže oštećenog zdravlja), a pravo doplatka za redovite studente je ukinuto (9).

Potreba osnivanja jaslica i vrtića vezana je uz povećano zapošljavanje žena. Država nije uspjela zadovoljiti potrebu osnivanja i adekvatnog financiranja jaslica i vrtića s obzirom da raspolaže s malim sredstvima. Zaposleni roditelji oslanjaju se na pomoć obitelji. Jedinice lokalne samouprave osnivaju i financiraju većinu predškolskih ustanova. Propisani su i kriteriji sufinanciranja za roditelje, a smanjena je participacija za siromašne roditelje, te roditelje s većim brojem djece. Osim javnih postoje i privatni vrtići koje su osnovale vjerske zajednice, ali i pravne i fizičke osobe. Povećanje broja javno financiranih servisa za djecu kao i povećanje obuhvata djece predškolske dobi ostaje najprioritetnije područje razvoja obiteljske politike Hrvatske.

6. ZAKLJUČAK

Demografsku sliku Hrvatske uvelike su promijenili niski fertilitet, duži životni vijek i migracija. Najbolje rješenje za suočavanje s nepovoljnim demografskim trendovima je kombinacija obiteljske politike koja bi roditeljima omogućila usklađivanje poslovnih obveza i odgoja djece. Obiteljska politika samo je jedna od politika koja može imati učinka na fertilitet. Višestruki su činitelji koji djeluju na fertilitet, osim želje pojedinca odnosno para za djecom veliku ulogu imaju i ekonomski, socijalni, psihološki, kulturološki i zdravstveni razlozi koji variraju od pojedinca do pojedinca, područja do područja ili od jednog razdoblja do drugog.

Troškovi roditeljstva se iskazuju i preko smanjenih mogućnosti i manje slobodnog vremena, brige o novčanim gubitcima tijekom odsustva s tržišta rada zbog brige o djeci, veći rizik ostanka bez posla kao i teže vraćanje u svijet rada nakon duljeg razdoblja brige o djeci. Također su bitni i nematerijalni čimbenici kao što su društveni modeli i norme, brakovi, mogućnost za formiranje partnerstva i njegova stabilnost.

Treba poštovati i glavne razloge za kasnije rađanje: više vremena provedeno u formalnom obrazovanju, kasniji ulazak na tržište rada, teški uvjeti na tom tržištu kao i veći zahtjevi za osobni razvoj. Mjere obiteljske politike nemaju jednak učinak na sve grupe unutar populacije, a njihov utjecaj ovisi o ekonomskom, socijalnom, političkom kontekstu u kojem se provode. Osnovni cilj obiteljske politike trebao bi biti blagostanje roditelja i djece, a moderna obiteljska politika trebala bi roditeljima pružiti vrijeme za obitelj, financijsku sigurnost i infrastrukturu kako bi mogli sudjelovati u radu i društvenom životu.

7. SAŽETAK

Zanijeti i iznijeti trudnoću u dobi preko 35 godina svakako je teže nego kod mlađih žena. Međutim, uz pravilnu skrb i nadzor tijekom trudnoće i u porodu najveći će broj žena koje se u toj dobi odluče za majčinstvo taj cilj obaviti bez većih smetnji. Posebno je važno da žene koje se na trudnoću odluče u zrelijoj dobi, a uz to boluju od nekih kroničnih bolesti, obave pregled prije planirane trudnoće, tzv. prekoncepcijsku obradu. Kod većine će pažljiv nadzor tijekom trudnoće i u porodu omogućiti optimalan ishod.

Obitelj je primarna zajednica društva koja kroz razvoj pojedinca ima utjecaj i na cjelokupan razvoj društva. Stoga uloga države mora biti zaštita i pružanje blagostanja obitelji koji se postižu metodama obiteljske politike. Obiteljska politika je skup javnih politika koja provođenjem svojih mjera direktno utječe na životni standard obitelji.

Na ulogu žene u obitelji utjecale su ekonomske i društvene promjene. Žene su u obitelji imale manja prava naspram muškaraca, a na njih se gledalo tradicionalno, odnosno imale su ulogu majke i kućanice. Danas i žene i muškarci imaju jednaka prava i obveze kako unutar obitelji tako i izvan nje.

Životni standard obitelji može se postići poboljšanjem ekonomskog, zdravstvenog, socijalnog i ostalih standarda. Mogućnost usklađivanja obiteljskog i poslovnog života obiteljska politika pruža putem ostvarivanja raznih prava i dodataka. Među pravima najvažnija su usluge za djecu koje najviše doprinose usklađenosti. Kod zemalja s nižom razinom usluga za djecu, izražena je manja zaposlenost žena. U takvom slučaju žene u većem broju preuzimaju ulogu kućanice i majke. Iz toga proizlazi veća neusklađenost obiteljskog i poslovnog života žena u odnosu na muškarce. Zbog raznih stajališta postoji velika heterogenost između obiteljskih politika u europskim zemljama.

8. SUMMARY

Pregnancy over the age of 35 is certainly more difficult than in younger age. However, with proper care and supervision during pregnancy and delivery, the most of women who decide to be a mother at the age of 35 or more will not have big problems. It is important that women who have problems with chronic illnesses make an overview before they decide to become a mother. Careful monitoring during pregnancy and delivery will ensure optimal outcome to most of the women.

Family is the primary community of society that through the development of an individual person has an impact on the overall development of society. Therefore, the role of the state must be the protection and provision of family welfare achieved through the methods of family policy. Family policy is a set of public policies that by implementing their measures directly affect the family living standard.

Economic and social changes had an impact on the role of women in the family. Women had less rights than men and they have been regarded traditionally and had the role of mother and housewife. Today, both women and men have equal rights and obligations in the family.

The family living standard can be achieved by improving economic, health, social and other standards. The ability to harmonize family life and business life is provided by family policy through the realization of various rights and benefits. Among the rights, the most important services are benefits for children. In countries with a lower level of benefits for children, women's employment is lower. In that case women are more likely to take on the role of mother and housewives. This results in a greater disparity between the family and business life of women than men. Because of the different perspectives there is a huge heterogeneity between family policies in European countries.

9. LITERATURA

1. Pschyrembel W. Praktička opstetricija i opstetričke operacije. Medicinska knjiga, Zagreb 1975; 17.
2. Kuvačić I., Kurjak A., Đelmiš J. i suradnici. Porodništvo. Medicinska naklada Zagreb 2009; 367,377,482,484.
3. Jajna stanica i oplodnja URL: <https://www.trudnoca.net/jajan-stanica-i-oplodnja/> datum pristupa 25. siječanj 2018.
4. Trudnoća i porod u žena starijih od 35 URL: <http://ginops.hr/trudnoca-i-porod-u-zena-starijih-od-35-godina/> datum pristupa: 25. siječanj 2018.
5. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2013. godinu, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb 2014.
6. Magdić L, Akrap A. Demografski trendovi u Hrvatskoj i uloga reprodukcijskog zdravlja u planiranju obitelji. Medix 2005;58.
7. Puljiz V. Demografski trendovi u Europi. Rev. soc. polit. 2005; 265-266.
8. Grizelj M, Akrap A. Projekcije stanovništva Republike Hrvatske 2004-2051. Državni zavod za statistiku (CROSTAT) 2006;13.
9. Puljiz V, Zrinščak S. Hrvatska obiteljska politika u europskom kontekstu. Revija za socijalnu politiku, 2002; 9, 14-16.
10. Wertheimer-Baletić A. Populacijska politika u razvijenim europskim zemljama; Zbornik Ekonomskog fakulteta u Zagrebu 2006; 313-314.
<https://hrcak.srce.hr/file/16719> datum pristupa: 25. siječanj 2018.
11. Kate A. Ageing in the European Union; Policy Convergence and divergence. Oxford Institute of Population Ageing, University of Oxford, UK 2013.
<https://books.google.hr/books?isbn=113730314X> datum pristupa: 25. siječanj 2018.
12. Parsons T, Bales RF: Family, socialization and interaction process. Free Press, 1955.
https://books.google.hr/books/about/Family_socialization_and_interaction_pro.html?d=HSxHAAAAMAAJ&redir_esc=y datum pristupa: 25. siječanj 2018.
13. Pringle K. Children and social welfare in Europe Open University Press, 1998.
<https://books.google.hr/books?isbn=0335197027> datum pristupa: 25. siječanj 2018.
14. Puljiz V, Bežovan G, Matković T. Socijalna politika Hrvatske, 2008.
<https://books.google.hr/books?isbn=9539732093> datum pristupa: 25. siječanj 2018.

15. Recent Demographic Developments in Europe 2002
<https://books.google.hr/books?isbn=9287150788> datum pristupa: 25. siječanj 2018.
16. Statistički ljetopis Hrvatske 2011.
https://www.dzs.hr/Hrv_Eng/ljetopis/2011/SLJH2011.pdf datum pristupa: 25. siječanj 2018.
17. Pokos N, Mišetić A. Stanovništvo Hrvatske: dosadašnji razvoj i perspektive. Institut društvenih znanosti Ivo Pilar, 2005.
18. Vitalna statistika Državnog zavoda za statistiku RH. <https://www.dzs.hr/> datum pristupa: 25. siječanj 2018.

10. ŽIVOTOPIS

Osobni podaci

Ime i prezime: Katarina Klem
Datum i mjesto rođenja: 18.10.1995., Rijeka
Državljanstvo: Hrvatsko
Adresa stanovanja: M.Gupca 119, 32236 Ilok
E-mail: katarina.ilok@gmail.com
Kontakt broj: 0977179512

Obrazovanje

2002.-2010.: Osnovna škola Julija Benešića Ilok
2010.-2014.: Srednja škola Ilok, Ilok; smjer: opća gimnazija
2014.-2018.: Preddiplomski studij primaljstva, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija Split