

P2 14458

UNIVERZITET U BEOGRADU
FILOZOFSKI FAKULTET U BEOGRADU
1992. 11. 15.

UNIVERZITET U BEOGRADU
FILOZOFSKI FAKULTET U BEOGRADU

Mirjana M. RAŠEVIĆ

DEMOGRAFSKI I DRUŠTVENI ASPEKTI NAMERNOG PREKIDA TRUDNOĆE

Doktorska disertacija



odbrana doktorske disertacije
Datum promocije doktorske disertacije

Beograd, 1992.



UNIVERSITETSKA BIBLIOTEKA
"VEZOBAR MARKOVIĆ" - BEOGRAD
ST. N. Br. 97004

2011

UNIVERSITET U BEOGRADU
FIZIČKI FAKULTET U BEOGRADU

Milica M. Ristić

DEMOGRAFSKI I DRUŠTVENI ASPEKTI KAMENOG PRAKTA TERENOVA

Doktorska disertacija



Beograd, 2011.

Mentor: Profesor dr Ruža PETROVIĆ

Filozofski fakultet u Beogradu

Članovi Komisije:

Datum odbrane doktorske disertacije:

Datum promocije doktorske disertacije:

Doktorat nauka



**DEMOGRAFSKI I DRUŠTVENI ASPEKTI
NAMERNOG PREKIDA TRUDNOĆE
(Rezime)**

Namerni prekid trudnoće je istorijska kategorija. U Srbiji bez pokrajina on je dugi niz godina bio dominantan metod kontrole radjanja. Kao i u većini drugih zemalja, tranzicija fertiliteta bila bi neostvariva bez ovog grubog vida čovekove intervencije. Medjutim, i pored toga što je moderna nauka pružila nove metode i sredstva kontrole radjanja, koja su sa zdravstvenog i ličnog stanovišta prihvatljivija, broj namernih prekida trudnoće je u Srbiji veliki i danas i to u toj meri da se može govoriti o epidemiološkim razmerama njegove rasprostranjenosti.

U ovom radu autor je razmotrio demografska i socijalna pitanja abortusa sa posebnim naglaskom na istraživanja njegovih determinanata. U tom smislu obuhvaćena su teorijska znanja o namernom prekidu trudnoće, pravni aspekt i politika, tendencije i osobine abortusa u Srbiji bez pokrajina i rezultati dubinske ankete o abortusu sprovedene za potrebe ovog rada.

Nalazi ovoga rada otkrili su bitne elemente složene osnove velikog broja abortusa u Srbiji bez pokrajina. To su nedovoljno znanje žena o fiziologiji prokreacije, rizicima namernog prekida trudnoće i osobinama kontracepcije, nizak opšti, zdravstveni i seksološki kulturni nivo oba partnera, psihološke barijere upotrebi kontracepcije, nezadovoljavajući stav muškarca prema kontroli radjanja i nedostatak institucionalizovanog, savremenog koncepta planiranja porodice.

Ključne reči: abortus, znanje, stavovi, ponašanje, fertilitet, kontrola radjanja, planiranje porodice, stanovništvo.

DEMOKRATIJA I DRUŠTVENI PROMENI
NARODNE PRAVNE TRUDNOŠĆE
(Kazina)

U ovom radu autor je razmatrao demokratske i društvene promene u Srbiji kao i u vešini drugih zemalja. Razmatrajući te promene, autor je pokušao da pokaže da one nisu samo rezultat vanjskih faktora, već da su rezultat unutrašnjih procesa. U ovom radu autor je razmatrao demokratske i društvene promene u Srbiji kao i u vešini drugih zemalja. Razmatrajući te promene, autor je pokušao da pokaže da one nisu samo rezultat vanjskih faktora, već da su rezultat unutrašnjih procesa.

U ovom radu autor je razmatrao demokratske i društvene promene u Srbiji kao i u vešini drugih zemalja. Razmatrajući te promene, autor je pokušao da pokaže da one nisu samo rezultat vanjskih faktora, već da su rezultat unutrašnjih procesa. U ovom radu autor je razmatrao demokratske i društvene promene u Srbiji kao i u vešini drugih zemalja. Razmatrajući te promene, autor je pokušao da pokaže da one nisu samo rezultat vanjskih faktora, već da su rezultat unutrašnjih procesa.

U ovom radu autor je razmatrao demokratske i društvene promene u Srbiji kao i u vešini drugih zemalja. Razmatrajući te promene, autor je pokušao da pokaže da one nisu samo rezultat vanjskih faktora, već da su rezultat unutrašnjih procesa. U ovom radu autor je razmatrao demokratske i društvene promene u Srbiji kao i u vešini drugih zemalja. Razmatrajući te promene, autor je pokušao da pokaže da one nisu samo rezultat vanjskih faktora, već da su rezultat unutrašnjih procesa.

U ovom radu autor je razmatrao demokratske i društvene promene u Srbiji kao i u vešini drugih zemalja. Razmatrajući te promene, autor je pokušao da pokaže da one nisu samo rezultat vanjskih faktora, već da su rezultat unutrašnjih procesa.

**DEMOGRAPHIC AND SOCIAL ASPECTS OF
INDUCED ABORTION**
(Summary)

Induced abortion is a historical category. Abortion has been a prevailing method of birth control in Serbia Proper for a long period. Like elsewhere, the fertility transition could not have occurred without use of abortion as a crude mean of intervention. Although, today other family planning means are available, which are more acceptable from the health and individual point of view, the number of induced abortions in Serbia is so large that we can speak of its epidemiological magnitude.

In this work the author has considered demographic and social aspects of induced abortion in order to establish its determinants. In this sense, theoretical knowledge about induced abortion, legal aspect and policy, trends and characteristics of induced abortions in Serbia Proper, as well as the results of profound survey were discussed.

The findings of this work point out the main causes for abortion prevalence in Serbia Proper. There are insufficient knowledge about physiology of procreation, the risks of induced abortion and characteristics of contraception, low level of health, sex and general culture of both partners, psychological barriers, unsatisfactory male attitude toward contraception and lack of institutionalized family planning services which would include modern concepts and operational programs.

Key words: abortion, knowledge, attitudes, practice, fertility, birth control, family planning, population.

S A D R Ź A J

DEMOGRAFSKI I DRUŠTVENI ASPEKTI NAMERNOG PREKIDA TRUDNOĆE	5
I NAMERNI PREKID TRUDNOĆE KAO METOD KONTROLE RADJANJA	8
MORALNE OSNOVE NAMERNOG PREKIDA TRUDNOĆE	15
ZAKONSKE OSNOVE NAMERNOG PREKIDA TRUDNOĆE	22
REPRODUKTIVNO PONAŠANJE I NAMERNI PREKID TRUDNOĆE	28
POSLEDICE NAMERNOG PREKIDA TRUDNOĆE	48
II PRAVNI ASPEKT NAMERNOG PREKIDA TRUDNOĆE U SRBIJI	62
III TENDENCIJE I OSOBINE NAMERNOG PREKIDA TRUDNOĆE U SRBIJI	73
VRSTA PREKIDA TRUDNOĆE	85
STAROST ŽENE	87
BRAČNI STATUS	93
PARITET	94
PONOVLJENI ABORTUS	97
GESTACIONA STAROST	101
KOMPLIKACIJE I SEKVELE	104
MORTALITET	111
IV ZNANJE, STAVOVI I PONAŠANJE ŽENA RELEVANTNI ZA NAMERNI PREKID TRUDNOĆE (Rezultati anketnog istraživanja)	115
METODOLOŠKA PITANJA	115
ZNANJE	136
STAVOVI	157
PONAŠANJE	181
KONTRACEPTIVNO PONAŠANJE	182
ABORTUS KAO METOD KONTROLE RADJANJA	212
NAKNADNI RAZGOVOR SA ŽENAMA KOJE SU PREKINULE TRUDNOĆU	220
V ZAKLJUČNA RAZMATRANJA	232
LITERATURA	240

DEMOGRAFSKI I DRUŠTVENI ASPEKTI

NAMERNOG PREKIDA TRUDNOĆE

Namerni prekid trudnoće je istorijska kategorija koja još traje u svetu. U našoj sredini on je dugi niz godina bio dominantan metod kontrole rađanja. Kao i u većini drugih zemalja, tranzicija fertiliteta bila bi neostvariva bez ovog grubog vida čovekove intervencije. Međutim, i pored toga što je moderna nauka pružila nove metode i sredstva kontrole rađanja, koja su sa zdravstvenog i ličnog stanovišta prihvatljivija, broj namernih prekida trudnoće je u Srbiji veliki i danas i to u toj meri da se može govoriti o epidemiološkim razmerama njegove rasprostranjenosti. Otuda, je broj namernih prekida trudnoće dva puta veći od broja živorodjene dece na području Srbije bez pokrajina odnosno jedan i po put u Vojvodini. Jedina razvijena zemlja koja ima višu stopu abortusa, i to ubedljivo, je SSSR, dok sve ostale evropske zemlje imaju u manjoj ili većoj meri niže stope. Očigledno, Srbija sledi razvijene zemlje samo u pogledu reproduktivnog ponašanja, ali ne i kada je reč o izboru racionalnog metoda kontrole rađanja.

Zbog veličine problema ovaj fenomen je privlačio pažnju istraživača raznih disciplina, posebno demografije, medicine, sociologije i

psihologije. No i pored toga istraživanja su ostala uglavnom parcijalna. Ona su se koncentrisala na rasprostranjenost abortusa i njegove osobine, zatim na pravni aspekt i politiku abortusa u okviru planiranja porodice. Uzroci, kao centralno pitanje ove teme, su samo delimično istraživani, tako da su objašnjena uopštena i svode se na obrazovne, psihološke, socijalne i druge karakteristike žena koje pribegavaju abortusu. Otuda su izostali odgovori na mnoga važna pitanja.

Cilj ovog rada je da utvrdi rasprostranjenost, tendencije i osobine namernog prekida trudnoće u Srbiji, ispita medjusobni odnos namernog prekida trudnoće i kontracepcije u regulisanju radjanja, istraži uzroke namernog prekida trudnoće i predloži moguća rešenja za efikasno ublažavanje ovog krupnog socijalnog i zdravstvenog problema. Saglasno ovom ciju osnovna hipoteza rada je da rasprostranjenost namernog prekida trudnoće nastaje usled nesklada izmedju shvatanja o potrebi regulisanja radjanja i načina na koji ono treba da se ostvari. Uzroci nesklada su nedovoljno znanje o modernoj kontracepciji, psihološke barijere, nedovoljni kulturni nivo (opšti, zdravstveni, seksološki) stanovništva i nedostatak institucionalizovanog, savremenog koncepta planiranja porodice.

U prvom delu rada razmotrena su teorijska znanja o namernom prekidu trudnoće. Kao okvir u tom smislu poslužila je osnovna teorijska pretpostavka da je abortus rezultanta usvojenih reproduktivnih normi i ostvarenih ljudskih prava na jednoj strani i ograničenja kontracepcije i osobina savremene žene i muškarca kao reproduktivnih subjekata na drugoj strani. Pored uzroka, razmotrene su i potencijalne posledice koje abortus, kao složen fenomen, nosi u više oblasti koje se tiču i individue i društva.

Zakonodavstvo i politika prema namernom prekidu trudnoće u Srbiji

i Jugoslaviji ¹ je predmet drugog dela rada.

Treći deo rada obuhvata nekoliko tema bitnih za razumevanje problema namernog prekida trudnoće u Srbiji bez pokrajina. Prva se odnosi na obim abortusa, tendencije u posleratnom razdoblju i prostornu rasprostranjenost. Druga tema obuhvata osobine abortusa i karakteristike žena koje koriste namerni prekid trudnoće (starost, bračni status, školska sprema, broj živorođene dece, broj prethodnih abortusa, gestaciona starost i druge). I na kraju razmatrane su posledice abortusa.

U okviru četvrtog dela izloženi su rezultati dubinske ankete koja je sprovedena za potrebe ovog rada. Istraživanje je koncentrisano na Beograd u kojem je problem namernog prekida trudnoće vrlo akutan. U analizi su razmotrene demografske, socijalne, medicinske, ekonomske i kulturne karakteristike žena koje namerno prekidaju trudnoću, njihova znanja o fiziologiji reprodukcije, načinu regulisanja radjanja i obnavljanja stanovništva, stavovi o namernom prekidu trudnoće, kontracepciji i važnim demografskim pitanjima kao i prošla, sadašnja i buduća ponašanja u regulaciji fertiliteta. Time je u predmet analize uključeno nekoliko važnih pitanja socijalnog i medicinskog sadržaja sa ciljem da se potpunije shvate uzroci i posledice namernog prekida trudnoće kao metoda kontrole radjanja.

U završnom poglavlju razmatrani su osnovni nalazi rada i pitanja koja oni postavljaju.

¹ U ovom radu Jugoslavija je tretirana kao politička zajednica šest republika, s obzirom da su podaci korišćeni zaključno sa 1988. godinom.



I NAMERNI PREKID TRUDNOĆE KAO METOD KONTROLE RADJANJA

Reprodukcija stanovništva nikada nije bila animalna, ona je uvek humana i društvena, oplemenjena ljudskim vrednostima i ciljevima. Čovek, na svakom stepenu svog razvitka, nezavisno od načina na koji je organizovana zajednica u kojoj je živeo, morao se susretati sa problemima održavanja života i opstanka (uključujući i dva populaciona problema: da se u društvu radja dovoljan broj dece i da se ne radja i ne podiže previše dece), zauzimati stav i tražiti puteve za njihovo rešavanje. Sociološke i antropološke studije, istraživanja u okviru istorijske demografije kao i proučavanje primitivnih zajednica koje žive danas u izolovanim delovima sveta govore da su i najstarije ljudske populacije bile svesne mogućnosti regulisanja svoje plodnosti. Otuda odgovor na pitanje kada fertilitet počinje da se kontroliše je da se on uvek kontrolisao. Uvek je bilo društava ili grupa u okviru njega koje su imale razloga u nekom periodu istorije da ograničavaju svoj biološki potencijal. To znači da je kontrola radjanja stara koliko i ljudska vrsta. Norman Himes u svojoj pionirskoj studiji "A Medical History of Contraception" ¹ zaključuje da "želja za kontrolom radjanja nije ni vremenski ni prostorno ograničena. Ona je univerzalna karakteristika života u grupi".

¹ Norman E. Himes, A Medical History of Contraception, Williams and Wilkins, Baltimore, 1936.

Jedan od najstarijih metoda kontrole radjanja koji se održao do današnjih dana je namerni prekid trudnoće. Nema podataka niti istorijskih dokumenata kada namerni prekid trudnoće počinje da se primenjuje u regulisanju fertiliteta. U najstarijim ljudskim zajednicama kao što je bio Lepenski Vir (VII-VIII. milenijum p.n.e.) bili su poznati samo metod izlaganja dece nepovoljnim klimatskim uslovima i gladi i čedomorstvo.² Generalno je prihvaćena procena da je infanticid u "zajednicama koje su se bavili lovom i sakupljanjem plodova iznosio 15 do 50% svih živorodjenja".³

Abortus verovatno nastaje kao rezultat čovekovog traganja za humanijim rešenjem, njegove invencije, hrabrosti, ali i znanja o fiziologiji ljudske reprodukcije. Bez obzira što je to bilo na primitivnom nivou i što je moralo da ima teške posledice po ženino zdravlje i život predstavljalo je napredak. O abortusu se razmišljalo u starim civilizacijama, Kineskoj, Egipatskoj, Grčkoj, Rimskoj, mada ostaje nepoznato koliko je on bio rasprostranjen. Prvi pisani dokument o nekom metodu kontrole radjanja je stari kineski medicinski tekst pisan za vreme vladavine Shen Nunga 2 737-2 696. godine pre naše ere u kome se preporučuje živo srebro kao oralni abortificijent. Egipatski Ebers Papirus star oko 4 000. godina sadrži i recept (kombinacija urme, luka i određene vrste voća potopljena u med i putem vate stavljena u vulvu) za izvodjenje namernog prekida trudnoće.⁴ Godine 1922. objavljena je studija o staro grčkim medicinskim tekstovima koji su diskutovali problem izvodjenja namernog prekida trudnoće uključujući i dvanaest strana nabiranja tehnika i abortificijenata. Hipokrat u svojim spisima

² Dragoslav Srejšović, Lepenski Vir, Beograd, 1969.

³ Thomas Mc Keown, The Modern Rise of Population, Edward Arnold, London, 1977.

⁴ "Pregnancy Termination", Population Reports, Series F, Number 7, July, 1980.

kao savet za izvodjenje abortusa navodi intenzivno skakanje.⁵ Kada Platon izlaže shvatanje o konceptu državnog uredjenja on se zalaže i za čedomorstvo i za namerni prekid trudnoće.⁶ Pored medicinskih i filozofskih tekstova u antičkom Rimu abortus se pominje i u istorijskim zabeleškama. Tako, Amianus Marćelinus, istoričar iz četvrtog veka, piše da je žena cara Konstantina dala abortivno sredstvo svojoj rivalki da bi rodila dete pre nje.⁷

Studirajući primitivne zajednice koje žive izolovano antropolozi kao što je Žorž Devero su u mogućnosti da objasne ponašanje ljudi koji su živeli pre pisane istorije uključujući i motive za abortus. Žene prvobitne zajednice su pribegavale namernom prekidu trudnoće u slučaju silovanja, incesta, ako nisu bile udate za oca budućeg deteta, usled nedostatka hrane ili opšteg siromaštva. Žene pripadnice nordijskih plemena koje su se plašile da bi u slučaju trudnoće bile ostavljene kao i one koje su bile svesne da ne mogu putovati sa puno dece prekidale su trudnoću. Bilo je uobičajeno da se prekine trudnoća da bi se dete spaslo ropstva. Udate žene su se odlučivale na abortus i kada bi bile nezadovoljne odnosom sa mužem.⁸ Moderna žena se oslanja na namerni prekid trudnoće i pored toga što joj je nauka pružila nove metode i sredstva kontrole radjanja. Čvrst stav o niskim reproduktivnim normama, nepostojanje kontraceptivnog sredstva koje bi zadovoljilo sve zahteve i čitav niz specifičnih razloga uslovljavaju prihvatanje abortusa. Otuda i veliki broj motiva za prekidanje trudnoće. Jednu od najpotpunijih lista motiva za abortus ponudili su Švedjani. Njihov komitet za

⁵ Angus Mc Laren, A History of Contraception - From Antiquity to the Present Day, Basil Blackwell, Oxford, Cambridge Center, 1990.

⁶ Platon, Država, BIGZ, Beograd, 1983.

⁷ Angus Mc Laren, A History of Contraception ... ", op. cit.

⁸ George Devereux, A Study of Abortion in Primitive Societies, Julian, New York, 1955.

abortuse nakon obavljenog istraživanja sastavio je listu od 46 motiva.⁹ Ona je sadržavala sledeće:

1. Fizička bolest i/ili slabost pre trudnoće.
2. Fizička bolest i/ili slabost koja se duguje ili je u vezi sa trudnoćom.
3. Zabrinutost stvorena stavom lekara protiv velikog broja trudnoća.
4. Teškoće trudnoće (ekstremna nausea).
5. Mentalna bolest ili slabost pre trudnoće.
6. Mentalna bolest ili slabost koja se duguje ili je u vezi sa trudnoćom.
7. Ekstremna averzija prema deci (patološke prirode).
8. Suviše umorna, iscrpljena, ne može se suočavati sa problemima vezanim za odgajanje dece.
9. Suviše kratak vremenski period između dve sukcesivne trudnoće.
10. Suviše mnogo trudnoća.
11. Suviše mnogo dece.
12. Bolest, povrede ili druge muke sa ranijom decom.
13. Smrt prethodnog deteta.
14. Strah od spontanog pobačaja.
15. Strah od oštećenog fetusa.
16. Strah od porodjaja.
17. Suviše stara.
18. Suviše mlada.
19. Humanitarni razlozi (stara ispod 15 godina, žrtva kriminalnog prestupa, silovanje, incest).
20. Iskustvo silovanja.
21. Postojanje nasledne bolesti u porodici.
22. Bezbožnost.
23. Ozbiljna ugroženost karijere (studija).

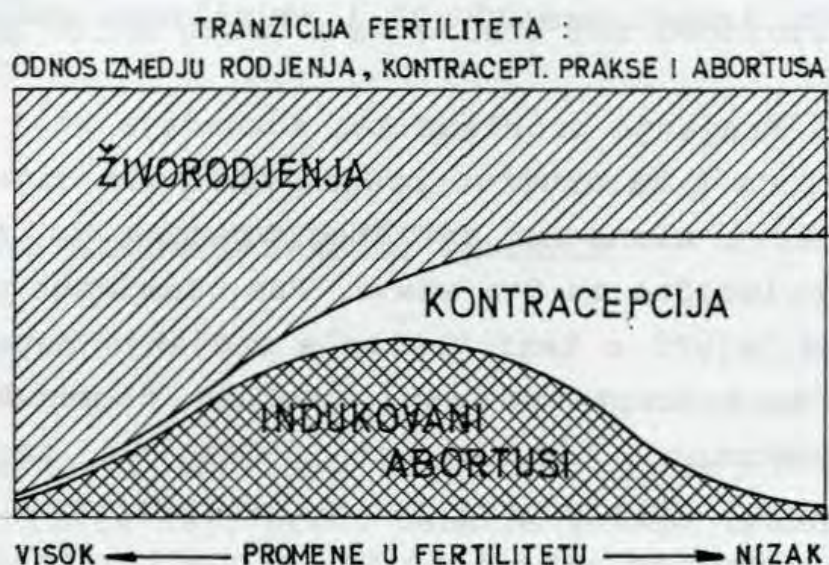
⁹ Rita Liljestrom, A Study of Abortion in Sweden, Royal Ministry For Foreign Affairs, Stockholm, 1974.



24. Konvencionalni razlozi (sramota).
25. Socijalni razlozi: stanovanje.
26. Socijalni razlozi: finansijski (nezaposlenost, nizak dohodak).
27. Status imigranta ili izbeglice.
28. "Ne želi decu" - bez davanja razloga
29. Nepoznat partner
30. Nekoliko partnera.
31. Napuštena od muža ili partnera.
32. Slaba veza sa mužem ili partnerom.
33. Muž odnosno partner insistira na abortusu.
34. Nedostatak podrške od muža ili partnera.
35. Muž ili partner alkoholičar, kriminalac ili mentalno bolestan.
36. Muž ili partner ozbiljno fizički bolestan i/ili slab.
37. Muž ili partner stranac.
38. Muž ili partner druge rase.
39. Muž ili partner pripadaju drugoj kulturi, drugoj religiji ili drugom tipu porodice.
40. Loša veza između roditelja.
41. Roditelji insistiraju na abortusu.
42. Nedostatak podrške od strane roditelja.
43. Mentalno ili socijalno neadaptirani roditelji.
44. Partner se oženio drugom.
45. Neudata
46. Ostali motivi.

Tokom vremena, uprkos suprostavljanja većine religija, medicine i države, namerni prekid trudnoće postaje centralni metod kontrole radjanja. Zajedno sa tranzicijom fertiliteta i razvojem kontracepcije nastao je odredjen odnos između ova tri fenomena. Imajući u vidu različite nivoe svakog od njih u toku demografskog razvitka Kristofer Tice razlikuje tri stepena ove veze (grafikon 1). Pre demografske tranzicije natalitet je bio visok, a kontrola radjanja je bila neznatna, s tim što je namerni prekid trudnoće bio znatno rasprostranjeniji od kontracepcije. U prvoj fazi demografske

tranzicije fertilitet je lagano opadao, broj abortusa je ubrzano rastao, dok se kontracepcija samo neznatno širila. U drugoj fazi tranzicije fertilitet je nastavio da opada, abortus se još jedno kraće vreme širio, a zatim je počeo da opada pod uticajem sve veće rasprostranjenosti kontracepcije. U trećoj fazi, fertilitet se



stabilizovao na niskom nivou, prekidi trudnoće su nastavili da opadaju, a kontracepcija da se širi. Na kraju demografske tranzicije i u njenoj posttranzicionoj fazi kontracepcija je postala dominantan metod kontrole radjanja, dok namerni prekid trudnoće daleko zaostaje za njom sa neznatnim učešćem.¹⁰

Ticeov model je opšti i odnosi se na najrazvijenije zemlje danas. Moguće je da i medju njima postoje razlike, ali su one manjeg stepena. Sigurno je medjutim da postoji znatna pa i velika razlika izmedju Ticeovog modela i odnosa ova tri fenomena u zemljama u razvoju pogotovo u onima u kojima se sprovodi antinatalitetne populaciona politika (Kina).

¹⁰Predgovor Kristofera Ticea u knjizi Jean Van der Tak, Abortion, Fertility and Changing Legislation: A International Review, Lexington Books, Lexington, 1974.

Tačan broj indukovanih abortusa je nepoznat u svetu. Uključujući procene o broju neregistrovanih legalnih abortusa u zemljama čiji su izveštaji nepotpuni (na primer Indija) i u zemljama koje ne publikuju podatke (Turska, Koreja) procena ukupnog broja legalnih abortusa ¹¹ iznosila bi godišnje najmanje 26 a najviše 31 milion. Dodajući ovom broju procenjen broj ilegalnih abortusa ukupan broj abortusa u svetu iznosi između 35 i 55 miliona godišnje.¹²

Zbog veličine i trajanja problema kao i značaja koji ovaj fenomen ima i za pojedinca i za društvo prekid trudnoće nije prestajao da zaokuplja čovekovu misao od antičkog vremena do danas. U tom pogledu karakteristična su dva stava. Pre osamdeset godina Sigmund Frojd je razmišljajući o temi kontrole rođanja napisao: "Ne može se poreći da kontraceptivne mere postaju neophodne u braku i teorijski posmatrano, bio bi to jedan od najvećih uspeha čovečanstva ako bi bilo moguće da se akt prokreacije podigne na nivo voljnog i namernog akta i da se oslobodi veze sa neophodnim zadovoljenjem prirodne želje".¹³ Savremenim metodama kontracepcije omogućeno je odvajanje seksa od prokreacije i stvorena je mogućnost da biološka reprodukcija postane voljni i namerni akt čoveka o kome govori Frojd. Međutim, po mišljenju Meja odvajanje seksa od reprodukcije "može da poveća ambivalenciju ljudi. Takodje, postoji i dilema lične odgovornosti od slobode da se bira da se ima dete ili nema Nikada nismo prihvatili psihološku i ličnu odgovornost za to jer više nije bog koji odlučuje da li ćemo

¹¹ Broj ilegalnih abortusa se može proceniti preko bolničkih podataka o broju inkompletnih i septičkih abortusa, na osnovu priznanja žena i/ili izvršioca prekida trudnoće i oslanjajući se na mišljenje lokalnih autoriteta (Stanley Henshaw, "Induced Abortion: A World Perspective", International Family Planning Perspectives, Volumen 13, Number 1, 1987).

¹² Stanley K. Henshaw, Evelyn Morrow, Induced Abortion: A World Review 1990 Supplement, The Alan Guttmacher Institute, New York, 1990.

¹³ Sigmund Freud, Sexuality in the etiology of the neuroses, Collected Papers, New York, 1959. (Navedeno prema Nila Kapor-Stanulović, Psihologija roditeljstva, Nolit, 1985).

imati decu ili ne, mi odlučujemo. Nova sloboda ma koliko se želela otvara puteve novim dilemama i savremenim anksioznostima".¹⁴

No i pored toga, što je namerni prekid trudnoće privlačio pažnju istraživača raznih disciplina posebno demografije, medicine, sociologije i psihologije, fenomen abortusa nedovoljno je istražen i otuda mnoga važna pitanja su ostala bez odgovora.

MORALNE OSNOVE NAMERNOG PREKIDA TRUDNOĆE

Pitanje moralnosti abortusa nije novo pitanje. Razmišljajući o moralnom konfliktu koji prati namerni prekid trudnoće Mor podseća da je on predmet debate najmanje 5 000 godina.¹⁵ Debata o moralnim dilemama vezanim za indukovani abortus, koja se vodi u okviru filozofije, teologije, medicine, sociologije, zakonodavstva, pokušava da odgovori na niz pitanja. Centralno pitanje je da li je fetus ljudsko biće a ako jeste da li on postaje ljudsko biće začecem, implantacijom, posle odredjenog broja nedelja, sticanjem sposobnosti preživljavanja ili rođenjem?

Odgovor na ovo pitanje se menjao kroz ljudsku istoriju. U ranoj grčkoj i rimskoj civilizaciji fetus je upoređivan sa "voćem koje je plod na drvetu dok ne sazri i ne padne na zemlju".¹⁶ Platon je,

¹⁴ R. May, Love and Will, Northon, New York, 1969. (Navedeno prema Nila Kapor-Stanulović, Psihologija roditeljstva, Nolit, 1985).

¹⁵ James C. Mohr, Abortion in America: The Origins of and Evaluation of National Policy 1800-1900, Oxford University Press, 1978.

¹⁶ Angus McLaren, A History from Contraception ..., op. cit.

takodje, smatrao da ljudski život počinje rođenjem.¹⁷ Aristotel, pak, u svojoj knjizi "History of Animals" iznosi uverenje da racionalan život muški fetus počinje da poseduje četrdesetog dana a ženski fetus devedesetog dana posle začeća. "Do tada se embrion može uporedjivati sa biljkom", smatra Aristotel.¹⁸

Numeričko vrednovanje početka života u toku devetomesečnog perioda gestacije postaje jako važno sa razvojem hrišćanske religije. No ni ona ne nudi jasan odgovor. Sveti Gregorije u četvrtom veku piše da duša ulazi u telo pri začeću. Prihvatajući ovakav stav Sveti Avgustin u petom veku uporedjuje abortus sa ubistvom. Ali Sveti Toma Akvinski veruje da se abortus za vreme ranog perioda gestacije može dozvoliti jer fetus dobija dušu tek kada je razvijen. Dugo u okviru Katoličke crkve mišljenje Tome Akvinskog preovladava. Papa Gregorije IX (1227-1241) i papa Gregorije XIV (1588) dozvoljavaju abortus u prvih četrdeset dana gestacije verujući da fetus postaje ljudsko biće kada žena oseti pokrete ploda. Tek Papa Pius 1869. godine revitalizuje stav dvanaest Apostola "Ne vrši abortus" presudjujući da začećem fetus stiće dušu. Suprotna su uverenja nekih drugih religija. Jevrejski teolozi smatraju da je fetus deo majke i da ličnost postaje rođenjem. Ideničan stav zastupa i japanska Šinto religija. U Islamu preovladava mišljenje da fetus nema dušu u prvih stodvadeset dana.¹⁹

Potpun, jedinstven odgovor na pitanje da li je i kada fetus postaje ljudsko biće nije dat ni danas. Zbog njegove kompleksnosti ili zbog

¹⁷Leslie Aldridge Westoff, Charles Westoff, From Now to Zero - Fertility, Contraception and Abortion in America, Little, Brown and Company, Boston, Toronto, 1971.

¹⁸David Granfield, The Abortion Decision, Doubleday and Company, New York, 1969.

¹⁹Emily Campbell Moore-Čavar, International Inventory of Information on Induced Abortion, International Institute for the Study of Human Reproduction, New York, 1974; David Granfield, The Abortion Decision, op. cit.; Leslie Aldridge Westoff, Charles Westoff, From Abortion to Zero ..., op. cit.

našeg nedovoljnog znanja. Nude se različiti odgovori uključujući i ekstremne. Striktni sledbenici empirizma smatraju da fetus nije ljudsko biće jer se vizuelno ne može poistovetiti sa čovekom. Fetus, takodje, nije ljudsko biće ni za sledbenike Dekarta. Stravson podvlači da je za mnoge ljude svest identifikaciona karakteristika ljudskog bića. Po Flečeru fetus nije ljudsko biće jer ne poseduje funkcije cerebralnog korteksa kao što su "svest o sebi, racionalnost, sposobnost da izabere ciljeve i sredstva kao i znanje".²⁰ Drugi, pak, veruju da početak ljudskog života treba odrediti putem genetskog kriterijuma. On glasi da ako je neko začet od roditelja koji su ljudska bića onda je i on automatski ljudsko biće.

Mnogi mislioci veruju u takozvani razvojni kriterijum. Problem nastaje kada treba da se odredi na liniji razvoja tačka posle koje fetus mora da se smatra ljudskom jedinkom. Tice je odredjen. On kao biolog smatra da status ljudskog bića fetus dobija u vreme kada je sposoban da preživi izvan materice majke bez većih defekata.²¹ Nekoliko protivargumenata ovom mišljenju se često navode u diskusiji. Pošto od stepena razvoja medicinske nauke zavisi sposobnost preživljavanja fetusa, prvi protivargumenat je da ne može tehnički činilac odredjivati moralni status fetusa. Zatim, i pre implantacije u uterus fertilno jaje sadrži potpuni genetski kod koji determiniše razvoj ljudske jedinke pa je otuda veštačko postavljanje bilo koje granice posle koje će se fetus vrednovati kao ljudska jedinka. Mnogi, pak, ne vide bitnu razliku izmedju identifikovanja ljudskih karakteristika fetusa kao što su, na primer, otkucaji srca koji se mogu registrovati ultrazvukom u desetoj nedelji a neki vitalni organi i ranije tokom gestacije i

²⁰Donald De Marco, Abortion in Perspective, Hiltz and Hayes Publishing Co., Ohio, 1974.

²¹Cristopher Tietze, "Human Rights in Relationship to Induced Abortion", in Fertility Regulation and the Public Health, edited by Sarah L. Tietze and Richard Lincoln, Springer-Verlang, New York, 1987.

njegove sposobnosti preživljavanja.

Psiholozi su skloni da emotivnom kriterijumu daju prednost u razrešenju osnovnog moralnog pitanja. Oni polaze od premise da žena ne oseća trudnoću, nezavisno što je racionalno prihvata, pre nego što oseti pokrete ploda. Otuda svest, osećaj žene da u njenom telu živi novo biće određuje ljudski status tog novog bića. Odbacujući optužbe kojima je zajedničko da u njihovom razmišljanju nedostaje čvrst logički koncept, pobornici ove ideje tvrde da je "ono što mislimo determinisano onim što osećamo. Logika je izvan svega toga. Lakše je živeti sa izvesnom dozom konfuzije i ambivalentnosti nego sa logički utemeljenim stavovima".²²

Postoji, takodje, mišljenje da u odgovoru na osnovno moralno pitanje socijalni kriterijumi, socijalne konsekvence moraju da se uvažavaju. Oni kojima je ovakav stav blizak veruju da odgovor na pitanje da li je zigot, embrion ili fetus ljudsko biće zavisi da li majka želi dete ili ne. Za njih nije bitno u kojoj tački, X ili Y, počinje ljudski život jer ne osećaju da ga treba i vrednovati od te tačke. Bitno je, smatraju zastupnici ove teorije da je socijalno zlo sadržano u forsiranju trudnoće protiv volje majke mnogo veće zlo od mogućeg zla nastalog usled uništenja fetusa.²³

Danijel Kalahan je definisao jednu vrstu kompromisnog pogleda na problem moralne prihvatljivosti abortusa smatrajući da je genetski koncept uzan a široka i opasna definicija humanog. On je tvorac "tissue" teorije po kojoj fetus ima izvestan moralni status verujući da ova teorija poštuje i ljudski život i biološke

²²Juliet Cheetham, Unwanted pregnancy and counselling, Routledge and Kegan Paul, London, 1977.

²³Daniel Callahan, Abortion Law, Choice and Mortality, Macmillan Publishing Co., New York, 1970.

zakonitosti. On se ne zalaže za puni moralni status fetusa niti misli da je fetus ličnost. Fetus kao "važna i vredna forma ljudskog života" ima neku vrstu parcijalnog moralnog statusa po Danijelu Kalahanu.²⁴

Postoji još niz otvorenih pitanja vezanih za fetus koja su bitna pri razmatranju moralnog aspekta abortusa. Koji nivo oštećenja fetusa anulira pitanje njegovog moralnog statusa? Uzimajući u obzir mogućnost da fetus može osećati bol, da li anestezirati fetus pre prekida trudnoće? Ako je prekinuta trudnoća a fetus pokazuje znake života, da li treba uložiti napore da se njegov život spase uprkos riziku ozbiljnih oštećenja? Da li se mogu i pod kojim uslovima vršiti eksperimenti na fetusu u uterusu?

Pitanje moralnosti abortusa mora da se posmatra i iz drugog ugla. Iz ugla žene koja je trudna. Da li žena ima moralno pravo da prekine trudnoću? A ako ima, kada to pravo prestaje - krajem prvog semestra, sa sposobnošću preživljavanja fetusa ili porođajem?

Bitan moralni princip je autonomnost. Ljudska sloboda je, pre svega, prirodno pravo čoveka da sam sebi odredjuje merila na osnovu kojih će donositi odluke i delovati ne sukobljavajući se sa slobodom drugih. Prirodno pravo na slobodu izbora, je najvažnije medju svim prirodnim pravima. Jedan filozof je rekao: "Ako postoji jedno moralno pravo za sve, to je pre svega prirodno pravo, jednako pravo za sve ljude da budu slobodni".²⁵ A tvorac egzistencijalizma, Žan Pol Sartr, da se čovek definiše i dostiže suštinu preko slobode

²⁴ Daniel Callahan, "Abortion Decisions: Personal Morality", in Social Ethics, edited by Thomas Mappes and Jane Zembaty, McGraw-Hill Book Company, New York, 1987.

²⁵ Ruth Macklin, "Liberty, utility and justice: an ethical approach to unwanted pregnancy", in Women's Health in the Third World: The Impact of Unwanted Pregnancy, edited by A. Rosenfield and M. F. Fathalla, Elsevier, New York, 1989.

i njenog autentičnog izraza kao što je sloboda izbora.²⁶ U pluralistiškom društvu svako je slobodan da bira između različitih religioznih, filozofskih, ideoloških, političkih opcija uključujući i opcije vezane za reprodukciju i kontrolu reprodukcije. Moralni princip, autonomnost podrazumeva da svaka žena odlučuje da li je i iz kojih razloga namerni prekid trudnoće moralno prihvatljiv za nju. Otuda pojedine indikacije ili motivi za abortus nemaju niti moraju imati istu vrednost za sve žene.

U kontekstu neželjene trudnoće dileme nastaju pri interpretaciji moralnog principa individualne slobode. Da li se pravo žene na namerni prekid trudnoće sukobljava sa pravima drugih. Prvo, sa analognim pravom ženinog partnera. I drugo, s pravom na život fetusa. Činjenica da je fetus deo tela žene i da je ženino biološko, psihološko i socijalno ulaganje u roditeljstvo veliko su osnove koje njoj, a ne muškarcu, daju moralno pravo da definitivnu odluku o namernom prekidu trudnoće donosi ona. Napred je već raspravljano o moralnom statusu fetusa. Ovde treba podvući da, nezavisno od argumenata na kojima se zasnivaju, dva razmišljanja preovladjuju. Fetus ima moralno pravo na život ali je ono manje vredno nego isto pravo nezavisnog bića i manje vredno u odnosu na pravo žene na slobodu izbora. I fetus se ne može smatrati ličnošću do rođenja ili pre nego što dostigne odredjen stepen razvoja pa postoji period tokom gestacije kada ne dolazi do sukoba prava žene i prava fetusa.

Teorijsko, hipotetičko razmatranje moralnog konflikta u okviru namernog prekida trudnoće je svakako važno za prepoznavanje bazičnih ljudskih prava, kreiranje javnog mnjenja i rešavanje legalnih pitanja koje indukovani abortus pokreće. Medjutim, rezultati nekoliko psiholoških studija su pokazali da je ovakav način tretiranja moralnih dilema vezanih za namerno prekidanje

²⁶ Donald De Marco, Abortion in Perspective, op. cit.

trudnoće samo jedan od mogućih puteva za njihovo razrešenje. Mnoge žene abortusne dileme doživljavaju na drugi način. Umesto postavljanja pitanja o ljudskim pravima i početku života razmišlja se u okviru koncepta ljudskih odnosa, odgovornosti i brige. Žene ne tvrde da fetus nije ličnost. Naprotiv, ali to nije dovoljno da reši njihove moralne dileme. One problem doživljavaju mnogo kompleksnije. Fetus je, za njih, jedan deo u mreži ljudskih odnosa a one osećaju odgovornost za sve ljude sebi bliske uključujući i vremensku dimenziju. Da li će moje dete imati oca? Kakav kvalitet života mogu da mu pružim? Šta je sa mojom odgovornošću prema već rodjenoj deci? Da li ja treba da imam odgovornost i prema sebi, svom životu i svojoj budućnosti? To su neka od pitanja koje žene sebi postavljaju pri razrešavanju moralnih dilema vezanih za prekid neželjene trudnoće. Pokazano je, takodje, da se moralni koncept - šta je ispravno a šta pogrešno - više formira pod uticajem bliskih prijatelja nego putem školovanja, javnog mnjenja ili zakona.²⁷

Ljudska sloboda, kolektivno dobro i pravda su tri moralne pretpostavke naše civilizacije.²⁸ Princip ljudske slobode je pravo na slobodu delovanja. Princip kolektivnog dobra podrazumeva moralna pravila koja će obezbediti najveće dobro za pripadnike jedne zajednice a princip pravde da svaki član društva ima pravo na jednaku šansu ostvarivanja neophodnih dobara. Primenjeni na pitanje prekida neželjene trudnoće ovi moralni principi nam omogućavaju da zaključimo da svaka žena ima prirodno pravo, pravo čiji je izvor priroda, Bog ili racio, da prekine trudnoću i socijalno pravo, istorijski izboreno pravo, na planiranje porodice i institucije za abortus. Ostvarivanje prirodnih i socijalnih prava podrazumeva postojanje liberalnog zakona o abortusu u jednom društvu. U odredjenjim situacijama kao što je prevelik broj abortusa koji

²⁷ Kristina Holmgren, Swedish evidence about decision - making in respect to abortion, Stockholm, 1988.

²⁸ Ruth Macklin, Liberty, utility and justice ..., op. cit.

ugrožavaju zdravlje stanovništva ili njegov biološki opstanak, društvo ima moralno pravo da ne dovodeći u pitanje liberalan zakon o abortusu preduzima odgovarajuće aktivnosti delovanjem na svest: preko informisanja, savetovanja, etičkog i drugog vaspitanja.

ZAKONSKE OSNOVE NAMERNOG PREKIDA TRUDNOĆE

Ljudska prava, kao fundamentalna prava bitna za odnos pojedinica i grupe ljudi s jedne strane i države s druge strane, osnova su zakonskih rešenja o namernom prekidu trudnoće. Zakon o abortusu je reakcija na prepoznavanje nužnosti postojanja namernog prekida trudnoće i stepen prihvatanja njegove prakse u jednoj zajednici.

Danas u svetu zakon o abortusu varira medju zemljama počev od njegove potpune zabrane pa do dozvole kao prava trudne žene. Početkom 1990. godine 25% svetskog stanovništva živi u zemljama u kojima je abortus potpuno zabranjen ili dozvoljen samo kada je u pitanju život trudne žene. Bliže rečeno, većina muslimanskih zemalja Azije, dve trećine zemalja Latinske Amerike, polovina zemalja Afrike i dve zemlje Evrope (Irska i Malta) zastupaju restriktivnu politiku prema prekidu trudnoće. Republika Irska je unela amandman u svoj Ustav kojim zaštićuje "pravo na život" nerodjenom detetu. To je bio povod da Evropska i Medjuamerička komisija za ljudska prava razmotre temu o "zaštiti života" i zaključe da se to pravo ne odnosi na embrion.²⁹

Većina svetskog stanovništva (75%) živi u zemljama gde je indukovan

²⁹ Christopher Tietze, Stanley Henshaw, Induced Abortion: A World Review 1986, The Alan Guttmacher Institute, New York, 1986.

aborus legalan, najmanje zbog široko definisanih medicinskih razloga.

Okolo 12% svetskog stanovništva živi u zemljama čijim zakonom je dozvoljen abortus radi zaštite zdravlja a ne samo života žene i u nekim slučajevima usled eugeničkih indikacija (dokazanog gentskog ili drugog oštećenja fetusa, procenjenog velikog rizika za takvo oštećenje) ili pravnih indikacija kao što su silovanje i incest. To je slučaj i u Albaniji, Španiji, Portugaliji, Švajcarskoj, polovini afričkih zemalja, u trećini zemalja Latinske Amerike.

Gotovo jedna četvrtina stanovništva (23%) živi u zemljama gde se socijalni faktori (neadekvatan dohodak, loši uslovi stanovanja, nezaposlenost, nerešen bračni status) uzimaju u razmatranje kao mogući uzroci pogoršanja zdravstvenog stanja žene (takozvane socijalno-medicinske indikacije) ili gde su samo socijalni razlozi priznati kao dovoljni za prekid trudnoće. Na osnovu ovako definisanih indikacija dozvoljava se prekid trudnoće i u Nemačkoj, Velikoj Britaniji, Poljskoj, Madjarskoj, Australiji, Indiji, Japanu.

Dvadeset tri zemlje imaju najmanje restriktivne pravne normative jer dozvoljavaju abortus na zahtev trudne žene. U ovoj grupi zemalja, koje učestvuju sa 40% u svetskom stanovništvu, nalaze se i neke od najmnogoljudnijih (Kina, Sovjetski Savez, Sjedinjene Američke Države), kao i polovina evropskih zemalja. Jedno od ograničenja je gestaciona starost. U većini zakona prekid neželjene trudnoće je ograničen na prvi trimestar.³⁰ Kina je izuzetak. U okviru antinatalitetne politike u Kini je korišćen abortus kao jedno od sredstava s tim što je dozvoljavan prekid trudnoće

³⁰ Stanley K. Henshaw, Evelyn Morrow, Induced Abortion: A World Review 1990 Supplement, The Alan Guttmacher Institute, New York, 1990; "Special Feature: Abortion", Planned Parenthood in Europe, Volumen 18, Number 1, 1989; Abortion Research Notes, Volumen 19, Number 1-2, 1990.

nezavisno od gestacione starosti. To je tipičan primer forsiranja mere u prilog cilja. Najčešća ostala ograničenja su odobrenje roditelja za prekid trudnoće adolescenata, nužan period čekanja između potvrde o trudnoći i njenog prekida, upućivanje u savetovalište kao i snošenje dela materijalnih troškova abortusa.³¹ Ograničenja druge prirode odnose se na nedostatak medicinskog osoblja, opreme, konzervativne stavove lekara i bolničke administracije kao i nedostatak informacija o mogućnosti i dozvoli za vršenje abortusa u zdravstvenim ustanovama. Tako liberalna zakonska rešenja mogu biti u manjoj ili većoj meri neutralizovana nepostojanjem uslova za njihovo sprovođenje.

Status abortusa u praksi ne zavisi samo od postojećeg zakona već i od zvanične interpretacije vladinih autoriteta. Tako, na primer u zemljama Latinske Amerike postoje klinike koje vrše prekide trudnoće uprkos činjenici da je to ilegalan čin. Vlade u Bangladešu i Indoneziji podržavaju postojanje takozvanih klinika za menstrualnu regulaciju (jedna varijanta sukcionne kiretaže koja se mora uraditi u prve dve nedelje posle izostanka menstruacije kada se trudnoća ne može utvrditi palpacijom) mada zakon odobrava abortus samo kada je ugrožen život trudne žene.³²

Liberalno zakonodavstvo o namernom prekidu trudnoće bilo je nepoznato u skoroj prošlosti. Sredinom XIX veka mnoge zapadne zemlje unele su u svoje pravne propise zabranu vršenja prekida trudnoće. Glavni razlog je bio postojanje velikog rizika od komplikacija koje prate abortus, ali je na te odluke sigurno uticala i crkva odnosno one su bile inspirisane pronatalitetnim

³¹Hans Georg Koch, K. Newman, Review of the abortion legislation in Europe: an analysis of the "de jure" and "de facto" situation with regard to abortion in Europe, UNFPA, WHO, IPPF Conference From abortion to contraception, Tbilisi, 10-13 October 1990.

³²Stanley K. Henshaw, Evelin Morrow, Induced Abortion..., op. cit.

stavovima većine vlada.

Početak XX veka abortus je bio ilegalan u većini regiona u svetu. Pravna rešenja vezana za prekid trudnoće u Africi, Aziji i Latinskoj Americi su preuzimana iz zakona Evrope i Severne Amerike. Prva zemlja koja je promenila zakon o abortusu bio je SSSR 1920. godine. Sovjetska vlada je uvela punu liberalizaciju abortusa, bez ikakve restrikcije u prvih dvanaest nedelja trudnoće. Tako je usvojen Lenjinov stav da su "restriktivni zakoni o abortusu najbolji dokaz hipokrizije vladajuće klase. Lična je stvar pojedinca da li će radjati decu ili ne".³³ S ciljem da zaštite zdravlje i život žene nekoliko skandinavskih zemalja (Island, Švedska, Danska) menja svoja normativna akta o abortusu pre drugog svetskog rata ³⁴ i Japan 1948.³⁵ Sredinom pedesetih godina tada socijalističke zemlje istočne i centralne Evrope priznaju legalitet abortusu tokom prvog trimestra trudnoće. Ovaj trend liberalizacije zakona o abortusu sledi većina razvijenih zemalja ali i zemlje u razvoju. Narodna Republika Kina je 1957. godine, mnogo pre proklamovanja vladine težnje za ograničavanjem populacionog rasta, omogućila svakoj ženi da prekine trudnoću u prvih deset nedelja gestacije. Druga zemlja u razvoju po broju stanovnika, Indija, 1971. godine je donela zakon o abortusu, po kome se ženi dozvoljava da prekine neželjenu trudnoću kada ona pretstavlja rizik za njeno fizičko i menralno zdravlje kao i kada je trudnoća posledica kontraceptivne greške. Tunis je prva muslimanska zemlja koja je 1965. godine potpuno liberalizovala abortus.³⁶

³³ Henry David (editor), Abortion Research: International Experience, Transnational Family Research Institute, Lexington Books, Washington D.C., 1974.

³⁴ Cristopher Tietze, "Report of the Swedish Abortion Committee", Studies in Family Planning, Volume 3, Number 2, February 1972.

³⁵ Traditional Abortion Practices, Three Studies of Illegal Abortion in the Developing World, Research Triangle Park, Nort Caroline, 1981.

³⁶ Stanley Henshaw, "Induced Abortion", International Family Planning Perspectives, Volumen 13, Number 1, 1987.

Postojalo je više razloga za liberalizaciju abortusa nazvanu socijalna revolucija za razliku od tehnološke revolucije u sferi kontracepcije. Izmenjena socijalna svest reflektuje nužnost postojanja abortusa kao metoda kontrole radjanja prihvatajući realnost. Visok mortalitet i morbiditet koji se duguju ilegalnom abortusu su najsnažniji argumenti za legalizaciju prekida trudnoće. Takodje, želja da se i siromašnim ženama omogući prekidanje neželjene trudnoće u bezbednim uslovima je bitan faktor. Mada veći broj ljudskih prava podržava liberalan stav prema prekidu trudnoće, ljudsko pravo koje je direktna osnova je pravo žene da slobodno raspolaže svojim telom odlučujući o sopstvenoj reprodukciji. Utvrđena je negativna korelativna veza između stepena socijalne i ekonomske razlike u statusu žene i muškarca i stepena liberalizacije abortusa u jednoj sredini.³⁷ Potreba o kontroli populacionog rasta, pogotovo u zemljama gde je on sputavao ekonomski i socijalni razvoj, bila je jedan od razloga zamene restriktivnih zakona u Kini, Singapuru, Tunisu i drugim zemljama.

Pozitivni zdravstveni efekti liberalizacije abortusa su evidentni. Prvo, drastičan pad mortaliteta koji prati i posledica je namernog prekida trudnoće. Najraniji nacionalni podaci o mortalitetu nastalom usled legalnog abortusa potiču iz zemalja severne Evrope koje su u tridesetim godinama počeli promenu zakonodavstva vezanog za namerni prekid trudnoće. Tako u Švedskoj možemo konstatovati drastičan pad mortaliteta koji prati i posledica je abortusa u poslednje četiri decenije od 250 umrlih na 100 000 legalnih abortusa u periodu 1946-1948. godina na 0,4 na 100 000 u godinama 1980-1987.³⁸ U Rumuniji, pak, u vreme kada je liberalan zakon o abortusu zamenjen restriktivnijim rešenjima došlo je do velikog

³⁷ Mariano Requena-Bichet, "The Problem of Induced Abortion from the Standpoint of Human Rights", in Population and Human Rights, United Nations, New York, 1990.

³⁸ Christopher Tietze, Stanley Henshaw, Induced Abortion: A World Review ..., op. cit. i Stanley Henshaw, Evelyn Morrow, Induced Abortion..., op. cit.

porasta smrtnosti koja se duguje prekidu trudnoće. Stopa mortaliteta vezanog za namerne prekide trudnoće izaržena na 100 000 živorodjenih porasla je od 27,8 u 1965. na 129,3 u 1984. godini.³⁹ Drugo, žene sa medicinskim kontraindikacijama, specijalno siromašne žene i adolescenti imaju daleko veću šansu da legalno prekinu trudnoću. Tice je pokazao da je danas u SAD broj terapeutskih abortusa dvostruko viši iako su kriterijumi striktnije definisani nego u doba restriktivnog zakona.⁴⁰ Treći pozitivni efekat liberalizacije abortusa je sprečavanje radjanja dece sa velikim fizičkim i mentalnim defektom. Smatra se da je zakon o abortusu glavni razlog vrlo visoke stope incidencije spine bifide i drugih defekata neuralne tube u Irskoj.⁴¹

Opšte je pravilo da liberalizaciju abortusa prati povećanje broja namernih prekida trudnoće. To se duguje u velikoj meri prelasku ilegalnih abortusa u kategoriju legalnih. Tice i Bogart su pokazali da je čak 70% porasta indukovanog abortusa u Njujorku u toku prve dve godine primenjivanja novog zakona pretstavljalo ustvari zamenu ilegalnih prekida trudnoće.⁴² Porast broja abortusa direktno zavisi od stepena liberalizacije i dostupnosti abortusnih servisa. Dužina trajanja tendencije porasta je, pak, u velikoj meri determinisana fazom kontrole fertiliteta u kojoj je došlo do zamene restruktivnog liberalnim zakonom o abortusu. U Istočnoj Evropi i Japanu do liberalizacije je došlo u vreme pada nataliteta koji je ostvarivan pre nego što je moderna kontracepcija bila dostupna. Otuda je porast legalnih abortusa bio viši i duže je trajao nego u SAD i

³⁹ "Romania: on the road to success", Safe Motherhood, July-October 1990.

⁴⁰ Christopher Tietze, "The Public Health Effects of Legal Abortion in the United States", in Fertility Regulation and the Public Health, op. cit.

⁴¹ "International Tribunal on Abortion in Northern Ireland", Planned Parenthood in Europe, Volumen 16, Number 2, 1987.

⁴² Cristopher Tietze, John Bongaarts, "Demographic effect of Induced Abortion", in Fertility Regulation and the Public Health, op. cit.

Velikoj Britaniji, na primer, gde je liberalizacija abortusa ostvarena u kvalitativno drugačijim uslovima (nizak natalitet, efikasna kontracepcija široko rasprostranjena medju udatim ženama). Inercija je bitan faktor ponašanja i u kontroli radjanja. Pilula, spirala, sterilizacija se teže prihvataju u sredini gde je sloboda pristupa abortusu dugo egzistirala.

Nasuprot opštem trendu zamene restriktivnih zakona sa progresivnijim i širim tumačenjem prava žene na prekid trudnoće, bilo je i suprotnih pokušaja u novije vreme. U nastojanju da podignu stopu nataliteta Rumunija u dva maha 1966. i ponovo 1984-1989. godine, Bugarska, Čehoslovačka i Madjarska u periodu od 1961-1974. godine odlučile su se na manje ili više restriktivnu politiku prema abortusu.⁴³ Drugi motiv, religioznog karaktera, bio je u osnovi zamene liberalnog zakona o abortusu jednim od najrestriktivnijih u svetu od strane sadašnje iranske vlade.⁴⁴ Isti motiv je rukovodio novu vladu Poljske da se u 1990. opredeli za restriktivnija zakonska rešenja.⁴⁵ Takodje, neke države u okviru SAD upravo razmatraju nova zakonska rešenja o abortusu koja se zalažu za zaštitu života nerodjenom detetu nasuprot zaštiti prava žene na izbor kao što je bio slučaj do sada.

REPRODUKTIVNO PONAŠANJE I NAMERNI PREKID TRUDNOĆE

Ograničavanje radjanja je istorijska kategorija. Ono, pak, što

⁴³ Cristopher Tietze, Stanley Henshaw, Induced Abortion ..., op.cit.

⁴⁴ Stanley Henshaw, Induced Abortion ..., op. cit.

⁴⁵ Reed Boland, "Abortion rights under threat in Eastern Europe", People, Volumen 18, Number 1, 1991.

danas obeležava fertilitet stanovništva u razvijenim zemljama je intenzivno ograničavanje radjanja. Nasuprot očekivanjima, fertilitet nastavlja da opada ne obezbedjujući u najvećem broju zemalja prosto obnavljanje stanovništva. U okviru razvijenih zemalja i medju njima došlo je do hegemonizacije reproduktivnih normi ⁴⁶ na niskom nivou. Norme stanovništva o idealnom broju dece u porodici se kreću izmedju dvoje i troje ⁴⁷ a stvarno radjanje i ispod tog nivoa. Hautorn je, na osnovu sličnog trenda fertiliteta u zemljama severne i zapadne Evrope i SAD, zaključio da je fertilitet postao zavistan od zajedničkih normi čija je čvrstina i jedinstvo bez presedana u ljudskoj istoriji. "Predindustrijska porodica je vršila izbor u okruženju u kome je često izgledalo da objektivno može veoma malo da se bira. Porodica kasno-industrijskog doba progresivno bira još manje u okruženju u kome na izgled ima veoma mnogo mogućnosti za izbor".⁴⁸ A Rašević smatra da su niske reproduktivne norme duboko zakonite i da kao takve spadaju u kategoriju dugoročnih fenomena.⁴⁹ Klike razmišlja o transferu normi sa individualnog na genetski nivo.⁵⁰

Ne postoji jedna jedinstvena teorija o determinističkoj osnovi niskih reproduktivnih normi. Mnogobrojni psihološki, socijalni i ekonomski faktori se ističu kao bitni. Jedna od njihovih osnovnih

⁴⁶ Henri Leridon, "Overview", in Determinants of Fertility Trends: Theories re-examined, edited by Charlotte Hohn and Rainer Mackensen, IUSSP; Ordina editions, Liege, 1980.

⁴⁷ Council of Europe, Exchange of Views on Opinions and Attitudes with Regard to Demographic Problems in the Member States of the Council of Europe, Strasburg, 1986.

⁴⁸ G. Hawthorn, "The Paradox of the Modern: Determinants of Fertility in Northern and Western Europe since 1950", in Determinants of Fertility Trends ..., op. cit.

⁴⁹ Miroslav Rašević, "Mere u prilog radjanja", u Problemi politike obnavljanja stanovništva, urednik Miloš Macura, SANU, Beograd, 1989.

⁵⁰ Robert Cliquet, Attitudes on values and norms with respect to family size variation, C.B.G.S. - werkdokumental nr. 42, 1987.

zajedničkih karakteristika je da deluju, kao kompleks činioca, usled tesne povezanosti, uzajamnih uticaja i medjusobne zavisnosti.⁵¹ Druga je, da različiti psihološki i socijalni faktori deluju u okviru biološki postavljene gornje granice plodnosti a nasuprot i/ili u okviru mehanizama koji leže u osnovi želje za radjanjem. Priroda i poreklo želje za detetom se različito tumače. Kao urodjena potreba, kompenzacija za kastracioni kompleks (Frojd), fiziološki determinisana plus instiktivne težnje (moderna psihoanalitička škola), rezultat učenja odrastanjem u socijalnoj sredini (teorija socijalnog učenja), ili, pak, kao zadovoljenje nekih potreba (po Rabinu to su četiri kategorije potreba: altruistički, fatalistički, narcistički i instrumentalni motivi).⁵² Treća zajednička karakteristika faktora koji čine determinističku osnovu niskih reproduktivnih normi je da su oni proizvod modernog društva.

Modernizacija je donela fundamentalne promene u uslovima života i filozofiji življenja izmenivši bitno i čoveka i porodicu.

Bazične potrebe čoveka koji živi u sadašnjim uslovima su i mnogobrojnije i na višem nivou postavljene u odnosu na preindustrijsko doba. Takodje, sa tehnološkim i socijalnim razvojem izbor stremljenja individue i mogućnosti za njihovo ostvarivanje su velike. Samim tim su veliki i zahetvi koji individua sebi postavlja. Pored težnji vezanih za individualni razvoj i samoostvarivanje, javljaju se i hedonističke težnje i okretanje materijalnim vrednostima. Individua se oslobadja tradicionalnih i religijskih pritisaka ali je pod uticajem pritisaka druge prirode. Uspešnost u mnogim sferama života, koja podrazumeva i kompeticiju

⁵¹ Miroslav Rašević, "Biološki faktori u istraživanju fertiliteta", Statistička revija, broj 3-4, 1981.

⁵² James Fawcett, Psychology and Population, The Population Council, New York, 1970.

i izbegavanje rizika, je jedan od njih. Strah od mogućeg gubitka šansi i gubitka statusa leže u osnovi "nove senzibilnosti".⁵³

Izmenjene potrebe, mnogobrojne aspiracije i različiti pritisci života u savremenom društvu se postavljaju i pred ženu i pred muškarca i to manje ili više ravnopravno. Jedna od najbitnijih kulturnih promena modernog društva je emancipacija žene i promene njenog položaja i uloge u porodici i društvu. Obrazovanje, zaposlenje, status u društvu, visok životni standard, mobilnost, aktivno učešće u društvenom životu, su neke od životnih opcija kojima teže i žene. Jedna od opcija je svakako stvaranje porodice i radjanje dece. U novom sistemu vrednosti život u zajednici i roditeljstvo su zadržali visoko mesto ali ne ono koje su imali u tradicionalnoj kulturi.⁵⁴

Pre socijalnog i tehnološkog razvoja individua je bila upućena na život u porodici jer je to značilo zadovoljenje najvećeg broja njenih potreba od egzistencijalnih, preko edukativnih i statusnih do osećanja sigurnosti i pripadnosti zajednici. Brak, kao racionalni individualni i kolektivni interes, pod uticajem tradicije i religije, bio je univerzalan i stabilan i rano se u brak stupalo. Veliki broj dece bio je i potreba i osnovni cilj braka.

Moderno društvo sa svojim socijalnim mehanizmima je preuzelo većinu funkcija porodice. Emocije su glavna osnova na kojima počiva porodica. Samim tim brak više nije univerzalan, ni stabilan a muškarac i žena kasnije zasnivaju bračnu zajednicu. Moderan brak je

⁵³Dragana Avramov, Tranzicija fertiliteta i populacione politike u Evropi, doktorska disertacija, Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu, 1990.

⁵⁴Miroslav Rašević, "Antropološki i vrednosni činioci nedovoljne plodnosti stanovništva", Ekonomski zbornik, knjiga 1, 1982.

"okrilje individualizma" ⁵⁵. Muškarac i žena zasnivaju bračnu zajednicu unoseći u nju svoje ambicije, aspiracije, zahteve, ciljeve. Nezavisnost prilikom ostvarivanja ciljeva stimuliše preokupiranost vlastitim zahtevima i stvara otpor prema preuzimanju dugoročnih obaveza.⁵⁶ Izmenjeni porodični odnosi su na izvestan način "inkompatibilni sa radjanjem velikog broja dece".⁵⁷

Suština vrednosti koju deca predstavljaju za roditelje se izmenila. Bulato ⁵⁸, čak, smatra da tranzicija u poimanju vrednosti dece prati tranziciju fertiliteta. Prema njegovoj šemi u savremenim uslovima ekonomska vrednost dece i vrednost dece za učvršćivanje rodbinskih veza i statusnog položaja postaje zanemarljiva. Psihiloški i emotivni aspekt vrednosne dimenzije deteta je dominantan. Neegzistencijalna osnova vrednosti deteta je bitan faktor niskih reproduktivnih normi. Psihološke potrebe koje se zadovoljavaju dobijanjem potomstva (življenje kroz decu, osećaj odgovornosti, ispunjenja i svrsishodnosti, podstrek da se ostvari uspeh) i obogaćivanje emotivnog života roditelja (druženje, ljubav, igranje, zabava, pojačanje bračne veze) se mogu ostvariti sa jednim i dvoje dece. Pogotovo u uslovima diferenciranih ciljeva i u uslovima kada su "gubici" vezani za decu veliki.

U modernom društvu ekonomsko ulaganje u decu (troškovi obrazovanja i drugi troškovi) je veliko. Pored toga bitni su i "cena majčinog vremena", naročito u prvim godinama života i "psihološki trošak"

⁵⁵ Jean Morsa, "Socio-economic Factors Affecting Fertility and Motivation for Parenthood", Population Studies, Number 3, 1979.

⁵⁶ Ron Lesthaeghe, "A Century of Demographic and Cultural Change in Western Europe", Population and Development Review, Number 3, 1983.

⁵⁷ Jean Morsa, "Socio-economic Factors ...", op. cit.

⁵⁸ Rodolfo Bulatao, "The Transition in the Value of Children and the Fertility Transition", in Determinants of Fertility Trends ...", op. cit. i "Content and process in fertility decisions: a psychosocial perspective", Fertility and Family, Proceedings of the Expert Group on Fertility and Family, New Delhi, 5-11 January, United Nations, New York, 1984.

vezan za probleme i ograničenja koja prate radjanje, podizanje i odgajanje dece kao i konflikti i traume usled teškoća uskladjivanja različitih aspiracija i potreba i roditeljstva.⁵⁹ Značajno ekonomsko i psihološko investiranje u decu ilustruje insistiranje roditelja danas na "kvalitetu"⁶⁰ deteta umesto na kvantitetu. Štaviše, radjanje malog broja dece je po Klikeu najracionalniji kompromis izmedju prednosti i mana radjanja deteta.⁶¹ Kao što je radjanja velikog broja dece predstavljalo osiguranje od rizika u predindustrijsko doba, tako je danas neradjanje više od jednog ili dva deteta, takodje, vid izbegavanja rizika.

Socijalne, kulturne i ekonomske promene su oslobodile i forsirale individualizam. Pojedinaac ne razmišlja i/ili ne uvažava društvene potrebe uključujući i potrebe vezane za biološku reprodukciju društva. Moderno društvo, pak, u uslovima kada je radjanje oslobodjeno moralnog i egzistencijalnog pritiska postalo stvar slobodnog izbora pojedinca nije svojim mehanizmima omogućilo da ravnopravna životna opcija bude radjanje troje, četvoro ili više dece.⁶²

Efikasna kontracepcija (pilula, spirala, sterilizacija) je proizvod modernog doba. Sa otkrivanjem pilule početkom šezdesetih počinje takozvana sekundarna kontraceptivna revolucija. Liberalan zakon o abortusu je, takodje, vezan za moderno društvo i socijalne promene koje su u njemu ostvarene. Mada saznanje o dostupnosti efikasne

⁵⁹ Gordana Matković, "Determinante fertiliteta u posttranzicionoj fazi razvoja stanovništva", Ekonomska misao, broj 3, 1991.

⁶⁰ Hein Moors, Attitudes Towards Demographic Trends and Population Policy Acceptance in an International Perspective, Interuniversity Centre of Postgraduate Studies, Demographic Trend and Population Policy, Dubrovnik, 5-11 June, 1989.

⁶¹ Robert Cliquet, "Attitudes on values and norms ...", op. cit.

⁶² Robert Cliquet, "The second demographic transition: fact or fiction?", Population studies, Number 23, 1991.

kontrole radjanja verovatno učestvuje kao jedan od elemenata pri stvaranju reproduktivnih motiva, stavova i normi, kontrola radjanja ne predstavlja bitan faktor determinističke osnove niskih reproduktivnih normi. Njena uloga je prvenstveno "instrumentale prirode".⁶³ I moderna kontracepcija i legalni abortus omogućavaju ostvarivanje niskih reproduktivnih normi. Za intenzivnu primenu kontrole radjanja bilo je potrebno "stvaranje uslova koji utiču na motive planiranja porodice".⁶⁴

Svaka žena, kada je reč o ograničavanju radjanja, može slediti nekoliko modela živiljenja: a) stalna upotreba kontracepcije a u slučaju kontraceptivne greške radjanje; b) stalna upotreba kontracepcije a u slučaju kontraceptivne greške pribegavanje namernom prekidu trudnoće; c) u početku seksualnog života upotreba kontracepcije a zatim prelazak na abortus kao vid kontrole radjanja; d) posle iskustva sa jednim ili više namernih abortusa stalna upotreba kontracepcije; e) oslanjanje na namerni prekid trudnoće kao jedini vid kontrole radjanja; f) stalno menjanje odluke i naizmenična upotreba namernog prekida trudnoće i kontracepcije. Pored niza mogućih kombinacija i različitih međusobnih odnosa, abortus i kontracepcija su, u osnovi, dva alternativna rešenja. Medjutim, ova dva vida kontrole radjanja se često u praksi dopunjuju jer ne postoji idealna kontracepcija tako da se namerni prekid trudnoće pojavljuje kao realna potreba.

Mnoge žene veruju da nema kontraceptivnog metoda ili sredstva koje bi ih potpuno zadovoljilo. Nema kontracepcije koja bi ispunila sve njihove važne kriterijume. Naime, sumirano idealno kontraceptivno sredstvo ili metod bi trebalo da bude lako dostupno, univerzalno primenljivo, jednostavno za upotrebu, dugotrajno efikasno,

⁶³ Ibid.

⁶⁴ Miroslav Rašević, Determinante fertiliteta stanovništva Jugoslavije, Institut društvenih nauka, Centar za demografska istraživanja, Beograd, 1971.

apsolutno bez propratnih efekata, potpuno reverzibilno i jeftino. Takodje, idealna kontracepcija ne bi trebalo da interferira sa seksualnim aktom i seksualnim zadovoljstvom, kao ni sa religioznim i kulturnim senzibilitetom sredine u kojoj se primenjuje. Puno se zahteva od kontracepcije jer se polazi od tri bitna elementa njene uloge. Kontracepcija ne treba samo da prevenira začće već kao zdravstvena mera da prevenira namerni prekid trudnoće kao i da oslobodi seks straha. Različiti elementi kontraceptivne uloge su različito vrednovani u različitim kulturama i različitim socijalnim sredinama. To je i objašnjenje za kontinuiranu diskusiju o prednostima i manama svakog kontraceptivnog sredstva i metoda.

Poslednjih godina istraživači donošenje odluke o metodu kontrole radjanja posmatraju, pre svega, kao individualno uverenje o kosekvencama ponudjenih alternativa. Ono se zasniva na komparaciji prednosti sa manama upotrebe različitih oblika kontracepcije, kao i na uporedjivanju pozitivnih i negativnih efekata upotrebe kontracepcije i abortusa. Rosen ⁶⁵ razlikuje osam nivoa (koraka) u izboru oblika kontrole radjanja. Njegov model uključuje: 1) svest o mogućnosti postojanja problema; 2) verifikaciju postojanja problema što uključuje i definisanje situacije kao problematične; 3) uopštavanje, razmatranje i evaluaciju ponudjenih alterativnih rešenja koji se zasnivaju na vaganju ulaganja i dobiti primenom svakog rešenja (pri tom je bitno sopstveno verovanje ali i iskustvo i uverenje ljudi koji okružuju individuu kao i stavovi, aspiracije i tip ličnosti osobe koja donosi odluku); 4) izbor rešenja; 5) evaluaciju neposrednih posledica primene rešenja; 6) promenu odluke u nekim slučajevima; 7) primenu izabranog oblika kontrole radjanja; 8) evaluaciju posledica akcije nakon primene odluke.

⁶⁵ Raye Hudson Rosen, "Pregnancy resolution decisions: A Review and Appraisal of Research", in The Childbearing Decision - Fertility Attitudes and Behavior, edited by John Scanzoni, Sage Publications, London, 1981.

Uprkos napretku tehnologije, ponudjena kontraceptivna sredstva i metode objektivno nisu prihvatljiva za sve žene. Na primer, intrauterina spirala se ne preporučuje ženama koje nisu radjale, koje imaju hronično zapaljenje genitalnih organa ili ženama koje nemaju stalnog partnera. Intaktni cerviks je uslov za stavljanje spirale. Upotreba kondoma zahteva saradnju sa muškim partnerom što je teško ostvarivo za mnoge žene. Sterilizacija je prihvatljiv kontraceptivni metod nakon rođenja željenog broja dece. Korišćenje kontraceptivne pilule je relativno ili apsolutno kontraindikovano u čitavom nizu bolesti ili pri postojanju predisponirajućih faktora određenih bolesti. Takodje, iracionalan je izbor pilule kao kontracepcije pri neredovnim seksualnim odnosima.

Percepcija stepena efikasnosti kontraceptivnih sredstava i metoda je vrlo bitan faktor u opredeljivanju za određenu kontracepciju kao i za njeno prihvatanje i efikasnu upotrebu. Na efikasnost kao karakteristiku kontracepcije su posebno osetljive populacije gde abortus nije legalan. Objektivno ne postoji potpuno efikasno kontraceptivno sredstvo ili metod. Efikasnost određene kontracepcije u preveniranju trudnoće se izražava brojem trudnoća na 100 korisnika tokom jedne godine. Najmanju teorijsku kontraceptivnu grešku imaju sterilizacija (0,15) i oralna pilula (0,5). U srednje efikasna kontraceptivna sredstva spadaju kondom (teorijska kontraceptivna greška 1-2), dijafragma (2) i intrauterina spirala (1-3). Najveću teorijsku kontraceptivnu grešku imaju periodična apstinencija i vaginalna kontraceptivna sredstva (3-11).⁶⁶

U praksi, pak, kontraceptivne greške koje se javljaju primenom određenog vida kontracepcije su veće i veće su razlike u

⁶⁶ P. Senayake, "Prevention of Contraceptive Failure: A Overview", in Prevention and Treatment of Contraceptive Failure, edited by Uta Landay and S.S. Ratnam, Plenum Press, New York, 1986.

efikasnosti između različitih kontraceptivnih sredstava i metoda od teorijskih, tokom istraživanja utvrđenih grešaka. Tako, na primer istraživanje sprovedeno među udatim ženama u SAD koje koriste reverzibilne kontraceptivne metode i sredstva sredinom osamdesetih godina je pokazalo da je najefikasnije kontraceptivno sredstvo pilula. 2,5% žena je ostalo trudno tokom prve godine upotrebe oralne pilule. Kontraceptivna greška intrauterine spirale je dvostruko veća a kondoma četiri puta veća. Upotreba dijafragme, hemijskih kontraceptivnih sredstava i periodične apstinencije izlaže ženu pet do šest puta većem riziku neželjene trudnoće u odnosu na ženu koja koristi kontraceptivnu pilulu.⁶⁷ Za svako kontraceptivno sredstvo i metod utvrđena je i širina intervala u kome se javlja kontraceptivna greška. Za pilulu, subgrupa sa najvećom kontraceptivnom greškom (8,1%) deset puta češće ostaje trudna u odnosu na žene koje najefikasnije upotrebljavaju pilulu (0,8). Širina intervala kontraceptivne greške za ostale metode i sredstva je veća i iznosi 14% za intrauterinu spiralu, 35-45% za kondom, dijafragmu i hemijska kontraceptivna sredstva a 53% pri upotrebi periodične apstinencije u prevenciji začeca.⁶⁸

Jasne razlike između teorijske i stvarne kontraceptivne greške svih kontraceptivnih sredstava i metoda kao i velike razlike između najefikasnije i najmanje efikasne upotrebe određene kontracepcije se mogu objasniti, pre svega, ličnim faktorom oba partnera. Lični faktor uključuje sposobnost začeca, frekvenciju seksualnih odnosa, zdravstvenu kulturu, sposobnost kontrole, strah od rizika i propratnih efekata, znanje o korektnoj upotrebi izabranog kontraceptivnog sredstva i metode, kao i vrednovanje pribegavanju namernog prekida trudnoće u slučaju kontraceptivne greške.

⁶⁷ Jacqueline D. Forrest, "Factors Contributing to Use-Effectiveness", in Prevention and Treatment..., op. cit.

⁶⁸ Ibid.

Količina uloženog vremena, novca ali, pre svega, količina psihološkog ulaganja da bi se kontraceptivno sredstvo ili metod primenjivao je vrlo važan faktor pri opredeljivanju za upotrebu kontracepcije uopšte odnosno za upotrebu odredjenog vida kontracepcije. Tako je, Brus ⁶⁹ na primer, pokazao da je češći izbor onih kontraceptivnih sredstava čiju kontrolu obavlja sama žena. Ali nedostatak ovakvih kontraceptivnih sredstava kao što su dijafragma ili hemijska kontraceptivna sredstva je što interferiraju sa seksualnim aktom pa su usled toga manje prihvatljivi za dužu upotrebu.

Važnost dimenzije reverzibiliteta kontraceptivnih sredstava i metoda kao i vreme potrebno da se vrati sposobnost začeća po prestanku upotrebe kontracepcije je, takodje, bitan element pri donošenju odluke o vidu kontrole rađanja. Posebno za žene koje nisu rodile željeni broj dece kao i za žene za čije samoostvarivanje i samouvažavanje je materinstvo bitno.

Najvažnija od svih karakteristika kontraceptivnih sredstava i metoda za prihvatanje kontracepcije uopšte kao i za izbor odredjenog vida kontracepcije je uverenje ili strah od njegovog realnog ili irealnog rizika za ozbiljno oboljenje ili život i uverenje ili strah od realnog ili irealnog propratnog efekta korišćenja kontracepcije.

Istraživanja su pokazala da upotreba kondoma, dijafragme i spermicida kao i vazektomija nisu povezani ni sa kakvim rizikom za morbiditet. Kondom i dijafragma a verovatno i hemijska kontraceptivna sredstva, pak, redukuju rizik za dobijanje veneričnih bolesti i redukuju rizik za karcinom cerviksa. Što se

⁶⁹ Navedeno prema Susan Philliber, "Psychosocial Factors in Contraceptive Efficacy", in Demographic and Programmatic Consequences of Contraceptive Innovations, edited by Sheldon Segal, Amy Tsui, Susan Rogers, Plenum Press, New York, 1989.

duže upotrebljavaju nabrojana mehanička i hemijska kontraceptivna sredstva to je niži rizik za razvoj ovog karcinoma. Medjutim, upotreba ostalih kontraceptivnih sredstava i metoda nosi izvestan rizik.

Na bazi bioloških eksperimenata se, čak, pretpostavlja da periodična apstinencija može biti povezana sa fetalnom abnormalnošću usled smanjenog vitaliteta jajne ćelije i/ili spermatozoida.⁷⁰ Bitno je kada se govori o riziku upotrebe visoko efikasne kontracepcije da se on posmatra u odnosu na odgovarajući rizik povezan sa trudnoćom i radjanjem ili abortusom kao i u odnosu na pozitivne zdravstvene efekte upotrebe pilule, spirale ili sterilizacije. Tako, na primer, žena koja koristi intrauterinu spiralu ima veći rizik za pelvičnu inflamatornu bolest i tubarni sterilitet u odnosu na ženu koja koristi bilo koje drugo kontraceptivno sredstvo ili metod ali ne i u odnosu na ženu koja ne upotrebljava kontracepciju i ostane trudna.⁷¹ Signifikantno najveći rizik za pomenuta patološka stanja imaju žene sa više partnera koje koriste intrauterinu spiralu. Takodje, mada je trudnoća koja je rezultat greške intrauterine spirale ili tubalne sterilizacije češće ektopična nego kada je posledica greške drugih kontraceptivnih sredstava i metoda, upotreba bilo kog oblika kontracepcije redukuje rizik za ektopičnu trudnoću.⁷²

Upotreba oralne pilule, po dosadašnjim saznanjima, smanjuje rizik za ovarijalni i endometrijalni kancer. Taj protektivni efekat

⁷⁰Piet H. Jonglloet, Johanna H.J. Van Erkelens-Zwets, "Rhythm Methods: Are There Risks to the Pregnancy", in Risk, Benefits and Controversies in Fertility Control, edited by John Sciara, Gerald Zatuchni, Joseph Speidel, Harper and Row Publishers, Hagerstown, 1978.

⁷¹Susan Harlap, Kathryn Kost, Jacqueline Darroch Forrest, Preventing Pregnancy, Protecting Health: A New look at Birth Control Choice in the United States, The Alan Guttmacher Institute, New York, 1991.

⁷²Ibid.

započinje sa prvim danom korišćenja pilule, pojačava se tokom upotrebe i perzistira po prestanku prevencije začeca pilulom. Veza između oralne pilule i kancera dojke nije sasvim jasna. Posle 45. godine starosti karcinom dojke se podjednako javlja i među ženama koje su koristile i među ženama koje nisu koristile pilulu. Rezultati nekih studija, međutim, pokazuju da žene koje upotrebljavaju pilulu u adolescenciji i ranim dvadesetim godinama imaju veću šansu da obole od malignog tumora dojke u tridesetim i četrdesetim godinama života.⁷³ Negativan efekat pilule na kardiovaskularni sistem počinje sa prvim danima korišćenja pilule i traje onoliko dugo koliko se ovo kontraceptivno sredstvo koristi. Rizik za miokardni infarkt, šlog i vensku trombozu i emboliju je naročito visok kod žena pušača koje upotrebljavaju pilulu.

Mortalitet u većoj meri nego morbiditet se može uzeti kao indikator kontraceptivnog rizika po zdravlje. Posebno ako se efekat kontracepcije, abortusa i trudnoće i porodjaja želi sintetički posmatrati jer se njihove komplikacije teško mogu direktno uporedjivati pošto im je priroda različita.

Tice je procenio mortalitet povezan sa različitim metodama planiranja porodice putem simuliranja reproduktivnih događaja (plodnost, trudnoća, sterilitet) iz meseca u mesec tokom fertilnog perioda hipotetične kohorte žena. Podaci o mortalitetu i kontraceptivnoj efikasnosti su dobijeni iz različitih istraživanja obavljenih u razvijenim zemljama. Ova analiza je pokazala da je vazektomija jedini vid kontracepcije čija upotreba ne nosi rizik po život. Glavni nalaz je da je mortalitet povezan sa upotrebom različitih kontraceptivnih sredstava i metoda niži u odnosu na rizik smrti od abortusa i upadljivo je niži od mortaliteta koji je posledica trudnoće i porodjaja sa jednim izuzetkom. To je upotreba oralne kontracepcije i posle 40. godine starosti žene. Među

⁷³ Ibid.

kontraceptivnim sredstvima i metodama najniži je mortalitet povezan sa upotrebom intrauterine spirale. Takodje, utvrđeno je da korišćenje tradicionalne kontracepcije nosi rizik po život koji je manji od rizika upotrebe oralne kontracepcije do četrdesete godine života ali veći od kombinovane upotrebe tradicionalne kontracepcije i namernog prekida trudnoće u slučaju kontraceptivne greške.⁷⁴ U nerazvijenim zemljama, identični su odnosi nivoa mortaliteta povezanog sa metodama planiranja porodice s tim što su nivoi mortaliteta viši i za kontracepciju i za abortus i za radjanje.⁷⁵

Upotreba svakog kontraceptivnog sredstva i metoda podrazumeva i prihvatanje nekog od njegovih mogućih propratnih efekata. Većina propratnih efekata nisu ozbiljni. Mnogi su psihosomatski. Predimenzioniranje, nemogućnost tolerancije i neposmatranje propratnih efekata kontracepcije u kontekstu mnogih prednosti njene upotrebe je često. Negativna iskustva vezana za kontracepciju se brzo šire. Dugo se pamte. Veruje se više ljudima iz neposredne okoline nego lekarima.

Mnoga istraživanja su se bavila osnovama irealnog straha od rizika i nerealnog doživljavanja propratnih efekata upotrebe kontracepcije. Njihovi rezultati pokazuju da ovi strahovi reflektuju teškoće u prihvatanju odgovornosti za svoj život i kontrolu života, sprovođenju dugoročnih ciljeva i donošenju seksualnih odluka. Više i češće psihičke i fizičke propratne efekte doživljavaju žene koje su u sukobu sa svojom ženskom ličnošću (identitetom). Takodje, gojaznost, nervoza, depresija, frigidnost, sve su to simptomi koji imaju karakter kažnjavanja i javljaju se

⁷⁴Christopher Tietze, John Bongaarts, Bruce Schearer, "Mortality Associated with the Control of Fertility", in Fertility Regulation and the Public Health, op. cit.

⁷⁵Malcom Potts, "Sterilization and abortion in middle age", in Fertility in middle age, edited by Alan Parkers and Jane Cole, I.P.P.F., Galton Foundation, Cambridge, 1979.

kod žena koje se za kontraceptivnu pilulu odlučuju da bi zadovoljili druge. Depresija se često javlja pri upotrebi pilule i usled neispunjenja očekivanja vezanih za pilulu. Naime, svaka individua ima potrebu da sebe doživljava kao seksualno uskladjenu osobu. Kada strah od trudnoće upotrebom kontracepcije više ne maskira seksualne probleme, pojedinac se susreće sa svojom seksualnom nesavršenošću. Često individua nije u stanju da ih prihvati i pokuša da reši. Odustajanje od kontracepcije i ponovo uvodjenje straha od trudnoće je najlakši put za psihičku stabilnost i prihvatljiv odnos sa partnerom.⁷⁶

Nekoliko studija je dokumentovalo direktnu vezu između povećanog straha od rizika upotrebe kontracepcije, smanjenog korišćenja kontraceptivne pilule i intrauterine spirale i povećanog broja abortusa. Tako, na primer u Engleskoj i Velsu stope abortusa opadaju među udatim i neudatim ženama od 1970. do 1977. godine. U vremenskom periodu 1978-1980. stope abortusa i nataliteta su se povećale u obe grupe reflektujući smanjenu upotrebu kontraceptivne pilule. Povod za oslanjanje na manje efikasna sredstva i metode kontracepcije je bilo naglo širanje straha od negativnih efekata pilule prouzrokovano serijom napisa u štampi.⁷⁷ Adolescenti u SAD rutinski izjavljuju da ne koriste kontracepciju usled straha od propratnih efekata što se smatra bitnim uzrokom visokih stopa abortusa u ovoj starosnoj grupi.⁷⁸

Nezavisno od niza dokaza da je upotreba kontracepcije povezana sa

⁷⁶Judit Bardwick, "Psychological Factors in the Acceptance and Use of Oral Contraceptives", in Psychological Perspectives on Population, edited by Fawcett James, Basic Books, New York, 1973.

⁷⁷I. Laurance, "Legacy of the pill scare", New Society, Number 73, 1985. (Navedeno prema Christopher Tietze, Stanley Henshaw, "Induced Abortion: A World review 1986", op. cit.)

⁷⁸Aida Torres, Jacqueline Darroch Forrest, "Why Do Women Have Abortions?", Family Planning Perspectives, Volume 20, Number 4, July/Avgust, 1988.

manjim rizikom nego trudnoća i radjanje ili namerno prekidanje trudnoće kao i da su propratni efekti upotrebe kontracepcije zanemarljivi, mnoge žene i muškarci to ne žele ili ne mogu da prihvate. Različito subjektivno doživljavanje objektivnih ograničenja kontracepcije pokazuje važnost psihičkih karakteristika ličnosti u opredeljenju i prihvatanju odredjenog vida kontrole radjanja. To su isticali mnogi autori. Tako, Mor-Čavar ⁷⁹ smatra da je abortus uvek posledica greške ali da je ta greška u većoj meri vezana za ženu koja namerno prekida trudnoću nego za kontraceptivnu metodu, partnera ili zdravstvo.

Psihološka karakteristika ličnosti koja je često istraživana kao varijabla oslanjanja žene na kontracepciju ili namerni prekid trudnoće je "mesto kontrole" individue. Ljudi se razlikuju na one koji veruju da mogu kontrolisati događaje u životu i na one koji sebe doživljavaju kao objekte koje kontroliše sudbina, sreća ili neka druga snaga van njih samih. Više puta je potvrđeno da žene sa unutrašnjom kontrolom češće koriste kontracepciju a da se na abortus oslanjaju, pre svega, žene sa fatalističkim stavovima koje u moć sopstvene kontrole ne veruju.

Bitna osobina ličnosti koja uključuje "mesto kontrole" je stepen efikasnosti individue. U istraživanju koje je obavila, Kapor-Stanulović je utvrdila da žene koje uspešno koriste kontracepciju imaju veliki stepen lične efikasnosti, odnosno da žene iz ove grupe pokazuju veću sklonost da kontrolišu, planiraju i prihvate aktivnu ulogu u životu. Korišćenje modernih kontraceptivnih sredstava znači da je ta žena preuzela aktivnu ulogu u oblasti seksualnih odnosa i reproduktivnog ponašanja, to jest da preuzima inicijativu u odredjenim aktivnostima života i da je sposobna da upravlja tokom

⁷⁹ Emily Moore-Čavar, "Induced Abortion and Contraception in Sociological Perspective", in *Abortion Research: International Experience*, edited by Henry David, Transnational Family Research Institute, Lexington Books, 1974.

dogadjaja. Ovakav stav u životu zauzimaju žene sa visokim skorom na skali lične efikasnosti. Ova vrsta uloge ne odgovara ženama čiji je stav pasivan, submisivan i više stav iščekivanja i prepuštanja, što su karakteristike žena sa niskim skorom na skali lične efikasnosti. One putem abortusa kontrolišu svoju reprodukciju.⁸⁰

I za mnoge druge osobine ličnosti je utvrđeno da su direktno povezane sa izborom metode kontrole rađanja. Osobe orijentisane ka budućnosti, pune planova, okrenute ka pozitivnim životnim vrednostima i optimisti se češće opredeljuju za kontracepciju. Veština dobre komunikacije sa okolinom, netvrdoglavost u branjenju sopstvenih stavova i sposobnost izgradnje stava na znanju su povezani sa upotrebom efikasne kontracepcije.⁸¹ Pokazano je, takodje, da većina ovih osobina ili sve one nedostaju ženama koje prihvataju namerni prekid trudnoće kao metod kontrole rađanja.

Istraživanje obavljeno u Finskoj je pokazalo da u odnosu na žene koje koriste kontracepciju, žene sa ponovljenim abortusom imaju manju sposobnost individualne kontrole i uspostavljanja emotivne ravnoteže, manji su realisti, teže uspostavljaju kontakt sa muškarcima i u manjoj meri poštuju svoju ličnost.⁸² Neki psihijatri, čak, žene koje se oslanjaju na namerni prekid trudnoće vide kao nezrelu, inkompletnu, iracionalnu i istovremeno mazohističnu osobu koja želi da bude žrtva sa agresivnim tendencijama.⁸³

Istraživači sugerišu da je bitan i način na koji osoba doživljava seksualnost. Osećaj seksualne krivice, zbunjenost i uznemirenost

⁸⁰ Nila Kapor-Stanulović, Psihologija roditeljstva, Nolit, 1985.

⁸¹ Susan Philliber, "Psychosocial Factors ...", op. cit.

⁸² Ibid.

⁸³ Raye Hudson Rosen, "Pregnancy Resolution Decisions ...", op. cit.

onemogućavaju da se preventivno razmišlja.⁸⁴ Ovi osećaju su češći u adolescenciji. Tada je prihvatljiv seksualni odnos koji je baziran na velikoj ljubavi i koji se ne planira. Na taj način se rešavaju moralne dileme i održava samopoštovanje. Za mlade devojke je teško da prihvate sebe kao seksualno biće koje može koristiti kontracepciju.⁸⁵ Ovo doba karakteriše i pogrešno ocenjivanje odnosa sa muškim partnerom kao i romantizam što su sve faktori koji vode neželjenoj trudnoći i namernom prekidu trudnoće.

Neophodna psihosocijalna varijabla za prihvatanje kontracepcije kao i za njeno kontinuirano i efikasno korišćenje je znanje iz oblasti kontrole radjanja. Ono obuhvata elementarno znanje o načinima kontrole radjanja, dostupnosti različitih metoda, prednostima, manama i rizicima opredeljenja za različite oblike kontracepcije i namernog prekida trudnoće kao i specifično znanje o korektnoj upotrebi svakog metoda i promenama koje se mogu očekivati u organizmu usled njegove primene.

U zemljama kao i socijalnim grupama gde korišćenje kontracepcije nije rašireno utvrđen je nizak nivo relevantnog znanja. Mnogi ljudi u Indiji poseduju informaciju o različitim mogućnostima kontrole radjanja ali ne i o korektnoj upotrebi nekog kontraceptivnog metoda.⁸⁶ Različite studije u SAD su dokumentovale neadekvatno znanje medju adolescentima o efikasnoj kontracepciji i kontracepciji uopšte. Različiti nivoi seksualne edukacije se smatraju glavnim uzrokom dva i po puta većeg broja adolescentnih

⁸⁴Hyman Rodman, The Abortion Question, Columbia University Press, New York, 1987.

⁸⁵Juliet Cheetham, Unwanted pregnancy and counselling, op. cit.

⁸⁶Susan Philliber, "Psychosocial factors ...", op. cit.

abortusa u SAD u odnosu na Dansku.⁸⁷

Istraživanja i u nerazvijenim i u razvijenim zemljama su pokazala da je odluka o upotrebi kontracepcije uslovljena, u velikoj meri, odnosom medju partnerima. Zreo i stabilan odnos je preduslov otvorene komunikacije izmedju muškarca i žene o njihovim osećanjima, željama i očekivanjima vezanim za budućnost. Takodje, ona je osnov zajedničkog donošenja odluka i zajedničkog prihvatanja odgovornosti i konsekvenci donetih odluka u različitim sferama uključujući i kontrolu radjanja. Medjutim, diskusija o ovim pitanjima za mnoge parove predstavlja teškoću, frustraciju ili čak stres. I to u većoj meri nego što bi ih prouzrokovala neželjena trudnoća i indukovani abortus.⁸⁸ Henri Dejvid smatra da je često lakše učestvovati u seksualnom odnosu nego razgovarati o pitanjima koja on pokreće.⁸⁹ Takodje, oba partnera mogu želeti da budu nezavisni, oba partnera mogu želeti da kontrolišu odnos i oni mogu imati potpuno različita očekivanja vezana za budućnost što rezultira neupotrebom ili neefikasnom upotrebom kontracepcije.⁹⁰

Postoje žene koje imaju potrebu da budu zavisne, da njihov partner donosi odluke i "brine o njima". One ne upotrebljavaju kontracepciju ako njihov partner to ne želi i one prekidaju trudnoću ako njihov partner to smatra opravdanim.

⁸⁷ Henry David et al., "United States and Denmark: Different Approaches to Health Care and Family Planning", Studies in Family Planning, Volume 21, Number 1, January/February, 1990.

⁸⁸ Robert Cliquet, R. Schoenmaeckers, From Incidental to Planned Parenthood, Interuniversity Demographic Institute, Population and Family Study Centre, Leiden, 1976.

⁸⁹ Henry David, "The Abortion Decision: National and International Perspectives", in Abortion Parley, edited by James Tunstead Burtchell, A Universal Press Company, New York, Washington, 1980.

⁹⁰ Ellen Taves, But why did not she use birth control, Planned Parenthood of Rochester, New York, 1981.

Lekari i ostalo medicinsko osoblje imaju veliki uticaj pri opredeljenju za metodu kontrole radjanja. Njihov uticaj je i direktan i indirektan. Ne samo što direktno sugerišu izbor kontracepcije već i način na koji lekar daje informaciju i objašnjava prednosti i mane različitih metoda i sredstava je bitan. Pri tome često lekari svoje dileme, ambivalenciju, strahove, stavove i lično iskustvo jasno projektuju.

Opredeljenja vlada koja se ispoljavaju kroz zakonska rešenja, načine finansiranja i sadržaj njihovih programa, takodje, utiču na individualni izbor metode kontrole radjanja. U Japanu, na primer, nije nijednom akcijom stimulisana upotreba pilule i rezultat je retko oslanjanje žena na ovaj vid kontracepcije.⁹¹ U SAD je odlučeno da se ne dozvoli Depo-Provera, metod hemijske kontracepcije koji se široko koristi u svetu. Ekstremna restrikcija izbora kontraceptivnih metoda i sredstava je zabeležena u Rumuniji.

Na drugoj strani, vlade mnogih zemalja su sprovodile niz akcija stimulisanja odredjenih vidova kontrole radjanja. U Danskoj je distribucija kondoma olakšana postavljanjem velikog broja mašina za njegovu prodaju u samoposlugama, disko klubovima, metro stanicama i na ulici. Materijalno su stimulisani i lekari koji su izvodili operaciju i pojedinci koji su prihvatili sterilizaciju u Indiji. Istraživanje sprovedeno u dvadeset zapadnih zemalja je pokazalo da je upotreba kontracepcije i upotreba efikasne kontracepcije šire rasprostranjena kada je lekarima opšte prakse omogućeno da daju kontraceptivni savet, prepisuju pilulu, stavljaju i kontrolišu intrauterinu spiralu i na druge načine učestvuju u sprovođenju

⁹¹ W. Parker Mauldin, Sheldon Segal, "Prevalence of Contraceptive Use: Trends and Issues", Studies in Family Planning, Volume 19, Number 6, November/December, 1988.

primarne zdravstvene zaštite u oblasti planiranja porodice.⁹² U našoj sredini država plaća medicinskim ustanovama za svaki izvršen abortus neuporedivo više nego za pružanje kontraceptivnih usluga što se smatra jednim od uzroka velikog broja abortusa.

POSLEDICE NAMERNOG PREKIDA TRUDNOĆE

Kao što je već konstatovano abortus je jedna od važnih neposrednih varijabli fertiliteta stanovništva. U većini razvijenih zemalja dostizanje niskog nivoa fertiliteta bilo bi neostvarivo bez široke upotrebe namernog prekida trudnoće. Ovaj grubi vid čovekove intervencije tokom demografske tranzicije je nekad bio ilegalan, nekad legalan ali gotovo uvek jako prisutan. Danas u populacijama u kojima se u velikoj meri koriste visoko efikasna kontraceptivna sredstva demografski značaj abortusa nije više veliki. I obrnuto. U sredinama gde se žene najčešće oslanjaju na tradicionalne metode prevencije začeca demografska uloga abortusa je jasna. Medjutim, bitno je naglasiti da nije moguće kontrolisati fertilitet isključivo upotrebom reverzibilnih metoda i sredstava kontracepcije. Prihvaćene niske reproduktivne norme ne bi se mogle ostvariti i kada bi žene tokom čitavog reproduktivnog perioda pravilno i redovno koristile reverzibilne metode kontracepcije. Efikasna kontrola fertiliteta je rezultat kombinovane upotrebe pre i post koncepcijskih metoda.

U odsustvu mogućnosti da se na legalan način prekine trudnoća u

⁹²Elise F. Jones, Jacqueline Darroch Forrest, Stanley Henshaw, Aida Torres, Pregnancy, Contraception and Family Planning Services in Industrialized Countries, Yale University Press, London, 1989.

jednoj sredini, uz veliku socijalnu, psihološku i zdravstvenu cenu, fertilitet bi bio viši od ostvarenog. Niz primera to ilustruje. Tako jedini baby boom ikada registrovan u Madjarskoj se vezuje za prohibiciju abortusa.⁹³ Takodje, liberalizaciju abortusa u mnogim zemljama je pratio znatan pad fertiliteta. To ne bi bio slučaj da su samo ilegalni abortusi zamenjeni legalnim. Želeći da ilustruje efekat legalnih abortusa na fertilitet u uslovima dostignutog niskog nivoa rođanja Tice⁹⁴ je procenio hipotetične stope ukupnog fertiliteta u odsustvu namernog prekida trudnoće za različite razvijene zemlje imajući u vidu nivoa upotrebe kontracepcije i abortusa. Procenjene stope su više najmanje za 14% a najviše dvostruko u odnosu na stvarno registrovane stope ukupnog fertiliteta u određenoj sredini. To naravno ne znači da bi fertilitet dostigao procenjeni nivo supresijom abortusa. U izmenjenim uslovima individua bi, bez sumnje, reagovala promenom seksualnog ponašanja i ponašanja vezanog za upotrebu kontracepcije. Takodje, ilegalno namerno prekidanje trudnoće bi bilo jedno od rešenja. Primer Rumunije, medjutim, pokazuje da efekat restriktivne politike na fertilitet nije dugog trajanja. U nastojanju da podigne stopu nataliteta (15,6° u 1965. godini) rumunska vlada je oktobra 1966. godine onemogućila ženama pristup modernoj kontracepciji a dozvolila je prekid trudnoće samo kada žena ima 40 godina starosti i najmanje četvoro dece. Dodatno je bila predviđena istraga svakog spontanog abortusa. Kao rezultat novih zakonskih rešenja, stopa nataliteta je naglo porasla na 27,4° u 1967. godini. Medjutim, ona je ubrzo počela da opada i u 1983. godini iznosila je 13,6° . Posle još striktnije borbe protiv ilegalnih abortusa stopa nataliteta se

⁹³ Ferenc Kamaras, Attitudes on Fertility Control Related Values and Policies on Basis of the Hungarian Studies, Interuniversity Centre of Postgraduate Studies, Demographic Trend and Population Policy, Dubrovnik, 5-11 June, 1989.

⁹⁴ Christopher Tietze, John Bongaarts, "The Demographic Effect of Induced Abortion", in Fertility Regulation and the Public Health, op. cit.

blago povećavala na 15,5 u 1984. i 15,8° u 1985. godini.⁹⁵

Više istraživanja je obavljeno sa ciljem da se utvrdi uticaj indukovanog abortusa na učeše žena u prokreaciji a time i na visinu fertiliteta u budućnosti. Dobijeni rezultati su neretko bili dijametralno suprotni pa se pitanje o legalnom namernom prekidu trudnoće kao uzroku steriliteta još smatra otvorenim. Često se citira jedna prospektivna studija u Lindu u Švedskoj koja je pokazala da je sekundarni sterilitet vezan za pelvično zapaljenje moguć u jednom od 1 000 slučajeva prekida trudnoće. Na incidenciju steriliteta utiče prevalencija genitalnih oboljenja u populaciji, kvalitet usluga u zdravstvenim ustanovama gde se vrši abortus kao i tretman pelvičnog zapaljenja.⁹⁶

Nekoliko velikih studija nije utvrdilo statistički značajnu vezu između legalnog abortusa i ektopične trudnoće. Takođe, njihovi rezultati nisu pokazali ni da ponovljeni legalni abortus povećava rizik za ektopičnu trudnoću.⁹⁷

Demografski je važno i kako indukovan abortus utiče na tok i ishod sledeće trudnoće. Svetska zdravstvena organizacija je organizovala veliko multicentrično istraživanje da ispita koliko namerni prekid trudnoće povećava rizik za spontani abortus, prevremeni porodaj i za nisku težinu novorodjenčeta. U ovu studiju je bilo uključeno preko 33 000 trudnica. Studijsku grupu su predstavljale žene koje su neposredno pre ispitivane trudnoće imale legalni abortus. Postojale su tri kontrolne grupe: primagravide, žene koje su pre

⁹⁵ Henry David, "Pronatalist Experience in Europe", Planned Parenthood in Europe, Volumen 18, Number 2, Winter 1989.

⁹⁶ Christopher Tietze, Stanley Henshaw, Induced Abortion: A World Review 1986, op. cit.

⁹⁷ "Contraception and Ectopic Pregnancy", Out Look, Volume 6, Number 3, September 1988.

toga rodile živo dete i žene koje su pre ove trudnoće imale spontani pobačaj ili su rodile mrtvo dete. Dokazano je da rizik od spontanog abortusa postoji samo u žena kod kojih je bila prekinuta prva trudnoća. Ustanovljeno je, takodje, da žene sa dva ili više namernih prekida trudnoće češće radjaju pre 37. nedelje trudnoće i da je češće porodjajna težina njihove dece manja od 2 500 grama.⁹⁸ Nalazi drugih istraživanja se u manjoj ili većoj meri razlikuju čak su i suprotni rezultatima citirane studije. To je i bio razlog da je Tice, zaključujući jedan sastanak posvećen ovoj temi, podvukao da još nije jasno da li, u kojoj meri, na koji način i koje grupe žena namerni prekid trudnoće izlaže riziku neželjenog ishoda naredne trudnoće.⁹⁹

Demografski značajne dugotrajne komplikacije ilegalnog abortusa su retko istraživane. Međutim, priroda, težina i učestalost ranih komplikacija daju osnova da se pretpostavi da budući fertilitet kao i tok i ishod sledeće trudnoće mogu biti ozbiljno ugroženi ilegalnim prekidom trudnoće.

U demografskoj sferi indukovani abortus, takodje, deluje direktno i indirektno preko mortaliteta ženskog stanovništva. Ovaj demografski efekat indukovnog abortusa u razvijenim zemljama je zanemarljiv. Na osnovu rezultata iz više zemalja utvrđeno je da je godišnja stopa mortaliteta za namerni prekid trudnoće 2 na 100 000 legalnih abortusa izvršenih u bolnici u prvom trimestru trudnoće, što je niže od mortaliteta čiji je uzrok trudnoća i porodjaj (stopa mortaliteta od 8 na 100 000 živorodjenih).¹⁰⁰ Čak

⁹⁸ Navedeno prema Ljiljana Randić, Lidija Andolšek, Planiranje obitelji, Otokar Krešovani, Rijeka, 1984.

⁹⁹ Navedeno prema Deborah Maine, "Does Abortion Affect Later Pregnancies?", Family Planning Perspectives, Volume 11, Number 2, March/April 1979.

¹⁰⁰ Henry David, Abortion in Europe : a public health perspective, UNFPA, WHO, IPPF Conference From abortion to contraception, Tbilisi, 10-13 October 1990.

i u Rumuniji, gde je za vreme restriktivne politike prema abortusu zabeležen upadljiv rast mortaliteta od namernog prekida trudnoće, ukupna stopa mortaliteta od abortusa za žene stare 15-44. godine nije dostigla 1000 na 100 000 žena ili 1% od ukupnog mortaliteta ženskog stanovništva.¹⁰¹

Nasuprot razvijenim sredinama gde namerno prekidanje trudnoće nosi minimalan rizik po život niži i od tonzilektomije ¹⁰², u nerazvijenim zemljama umire između 155 000 i 204 000 žena od komplikacija izazvanih abortusom.¹⁰³ Tako, u Latinskoj Americi mortalitet od abortusa čini polovinu ukupnog materinskog mortaliteta.¹⁰⁴ U sredinama gde je većina abortusa samoindukovana ili izvršena od nemedicinskog osoblja stopa mortaliteta iznosi 1 000 na 100 000 prekida trudnoće.¹⁰⁵ U literaturi se često citira rezultat studije koja je utvrdila u seoskim područjima Bangladeša 2 400 smrtnih slučajeva na 100 000 namernih prekida trudnoće.¹⁰⁶

Za mortalitet koji prati abortus bitno je trajanje trudnoće u momentu prekida. Sa svakom nedeljom gestacije rizik se povećava. Na primer, u SAD stopa mortaliteta iznosi 0,2 u osmoj nedelji, 0,3 u 9-10, 0,6 u 11-12, 3,7 u 16-20 i 12,7 u 21. i višoj nedelji

¹⁰¹ Christopher Tietze, John Bongaarts, "The demographic Effects of Induced Abortion", in Fertility Regulation and the Public Health, op. cit.

¹⁰² Ansley Coale, "The Voluntary Control of Human Fertility", Proceedings of the American Philosophical Society, Volume 11, Number 3, 1967.

¹⁰³ J. L. Jacobson, "Planning the Global Family", Worldwatch Paper 80, 1987.

¹⁰⁴ "The Impact of Unsafe Abortion in the Developing World", Out Look, Volume 7, Number 3, October 1989.

¹⁰⁵ "Complications of Abortion in Developing Countries", Population Reports, Series F, Number 7, July 1980.

¹⁰⁶ A. Khan et al. "Maternal mortality in rural Bangladesh: the Jamalpur District", Studies in Family Planning, Volume 17, Number 1, January/february 1986.

gestacije.¹⁰⁷

Nivo mortaliteta je usko povezan i sa vrstom medicinske intervencije. Instrumentalna evakuacija nosi najmanji rizik (1,6), veće su stope vezane za indukciju (15,4) a najviše stope mortaliteta daje hirurgija uterusa (61,3).¹⁰⁸ Ekstremno visok mortalitet hysterotomije i histerektomije se može delom objasniti i postojanjem težeg oboljenja koje je i uslovalo izbor ove metode. Uticaj vrste medicinske intervencije na nivo smrtnosti dobro ilustruje primer SAD u kojoj je mortalitet radikalno smanjen zahvaljujući većem stepenu korišćenja instrumentalne evakuacije u kasnom peridu gestacije. Broj umrlih žena na 100 000 legalnih abortusa opao je od 24,2 u 1972-1976. na 3,2 u 1977-1981. godini.¹⁰⁹

Ostali faktori za koje je utvrđena direktna korelativna veza sa visinom mortaliteta koji prati i posledica je namenog prekida trudnoće su: starost žene, broj ranijih trudnoća i opšta anestezija. Tako žena od 40-44. godine starosti prekida trudnoću sa pet puta većim rizikom po život nego pod istim uslovima žena stara 20 i 30 godina.¹¹⁰

Jedno istraživanje sprovedeno u SAD je utvrdilo glavne uzroke smrtnosti od indukovanog abortusa. U periodu od 1972. do 1982. godine to su bili infekcija (25%), embolija (24%), komplikacije

¹⁰⁷ Stanley K. Henshaw, Evelyn Morrow, Induced Abortion: A World Review ..., op. cit.

¹⁰⁸ Lidija Andolšek, "Squelae of abortion", in Regulation of Human Fertility, edited by E. Diczfalusy, Copenhagen, 1977.

¹⁰⁹ I. Cates D. Grimes, Abortion and Sterilization: Medical-Social Aspects, New York, 1981.

¹¹⁰ Christopher Tietze, John Bongaarts, Bruce Schearer, "Mortality Associated with the Control of Fertility", Family Planning Perspectives, Volumen 8, Number 1, 1976.

lokalne i opšte anestezije (16%) i hemoragija (15%).¹¹¹

Indukovani abortus uvek izlaže ženu riziku rane komplikacije. Rane komplikacije mogu biti neposredne (ispoljavaju se za vreme intervencije ili nekoliko časova posle njenog završetka) i odložene (razvijaju se kasnije, do jednog meseca po abortusu).

Ozbiljne rane komplikacije su: perforacija uterusu, ponekad kombinovana sa povredom creva ili nekog drugog organa, laceracija cerviksa, krvarenje, poremećaj koagulacije povezan sa indukcijom abortusa salinom, posledice lokalne i opšte anestezije.

Najčešće odložene komplikacije su postabortusno krvarenje, koje je posledica retencije fragmenata placentae, infekcija koja može biti u formi srednjeg endometritisa, ozbiljnog karličnog zapaljenja, generalizovanog peritonitisa i septikemije kao i tromboflebitisa koji može biti uzrok pulmonalne embolije ili infarkta i produžetak trudnoće kao posledica neuspeha medicinske intervencije, ektopične ili višestruke trudnoće.

Rizik, broj i težina komplikacija generalno rastu sa porastom dužine trajanja trudnoće u momentu prekida. Istraživanja su pokazala da su važni faktori i: zakonski status prekida trudnoće (okolnosti pod kojima je abortus izvršen), zdravstveno stanje žene pre indukovanih abortusa, njena starost i broj prethodnih namernih prekida trudnoće, metod namernog prekida trudnoće, stručnost i iskustvo operatora, vrsta dilatatora i medicinska kontrola posle prekida trudnoće.¹¹²

¹¹¹Hany Atrash, Trent Mac Kay, Nancy Biukin, "Legal abortion mortality in the United States: 1972 to 1982", American Journal of Obstetrics and Gynecology, Volumen 156, Number 3, 1987.

¹¹²Christopher Tietze, Sarah Lewit, "Joint Program for the Study of Abortion: Early Medical Complications of Legal Abortion", Studies in Family Planning, Volume 3, Number 6, 1972; James W. Buehler et al., "The risk of serious complications from induced abortion: Do personal characteristics make a

Ozbiljne rane komplikacije legalnog abortusa su retke. Najšire istraživanje o ranim medicinskim komplikacijama legalnog abortusa sprovedeno je u SAD u okviru "Joint Program for the Study of Abortion" koje je organizovao Population Council 1970. i 1971. godine. Istraživanjem je obuhvaćeno 7 300 žena koje su namerno prekinule trudnoću. Registrovane su samo glavne komplikacije pod kojima je podrazumevano: pelvično zapaljenje sa temperaturom od najmanje 38 stepeni koja je trajala tri ili više dana, hemoragija koja je zahtevala transfuziju i hiruška intervencija koja nije bila predviđena i nameravana (laparotomija, histerotomija, histerektomija). Stope posmatrane prema nedeljama gestacije kretale su se od 0,27 na 100 abortusa za 7-8. nedelju do 1,78 za 15-16. nedelju. Prosečno za sve prekide trudnoće stopa je iznosila je 0,70. Stope izražene prema vrsti medicinske intervencije pokazale su da sukciona kiretaža daje najmanji rizik (0,32), veće su stope vezane za medicinsku indukciju (1,55) a najviše stope komplikacija daje hirurgija uterusa (11,05).¹¹³

Druge studije su utvrdile veću učestalost javljanja ranih komplikacija namernog prekida trudnoće. Tako na primer nedavno sprovedeno istraživanje u Danskoj je utvrdilo da 6% žena ima neku od ranih komplikacija koja zahteva hospitalizaciju.¹¹⁴ Bitno je naglasiti da je nemoguće direktno uporedjivati podatke iz različitih studija. Načini prikupljanja podataka i definicije komplikacija se veoma razlikuju. Čest je nedostatak adekvatne kontrolne grupe. Takodje, u različitim istraživanjima kontrolisani su različiti faktori koji bitno utiču na nivo komplikacija.

difference?", American Journal of Obstetrics and Gynecology, Volume 153, Number 1, 1985.

¹¹³ Christopher Tietze, Sarah Lewit, "Early Complications of Abortions under Medical Auspices", Studies in Family Planning, Volume 2, Number 7, July 1971.

¹¹⁴ Stanley K. Henshaw, Evelyn Morrow, Induced Abortion ..., op. cit.

Zvanično saopštene stope ranih komplikacija za Kanadu, Dansku, Englesku i Vels, Zapadnu Nemačku i državu Njujork kreću se u rasponu od 0,4-3,4% za prvi semestar do 1,1-8,7% za prekid trudnoće u drugom semestru.¹¹⁵ Ovako širok raspon se objašnjava razlikama u definiciji i razlikama u sistemu zdravstvene zaštite. Medjutim i pored teškoća u poredjenju, i rezultati različitih istraživanja i statističko registrovanje komplikacija pokazuju da su stope ranih komplikacija legalnog abortusa niske.

Komplikacije posle namernog ilegalnog prekida trudnoće su mnogo brojnije i teže, posebno kada prekid trudnoće obavljaju nestručna lica u nesterilnim uslovima. Teško je, iz razumljivih razloga, da se kvantifikuje rizik komplikacije ilegalnog abortusa. Najčešće rane komplikacije su pelvična infekcija, hemoragija i šok. Takodje, je česta trauma pelvičnih organa (laceracija cerviksa, perforacija uterusa, intestinalne povrede). Mehaničke metode - stavljanje različitih objekata u cerviks uključujući i različite drvene i metalne predmete, urinarni kateter, sondu - češće uzrokuju komplikacije nego druge metode ilegalnog abortusa. Najmanje opasna metoda je dilatacija i kiretaža jer nju koriste, pre svega, lekari i babice.¹¹⁶

Pored otvorenih pitanja vezanih za dugoročne posledice namernog prekida trudnoće prisutna je, takodje, i konfuzija o psihološkim sekvelama indukovanog abortusa. Različite studije su utvrdile vrlo različitu učestalost javljanja negativnih postabortusnih reakcija. To se duguje i različitoj definiciji psihičke sekvele koja može uključivati osećaj krivice, tugu, nesanicu, samonepoštovanje ali i

¹¹⁵Ibid.

¹¹⁶Često se citira studija Armija i Monreala koji su utvrdili da je u Čileu gotovo svaki drugi abortus ilegalno izazvan kateterom bio praćen komplikacijom koja je zahtevala hospitalizaciju. Učestalost komplikacija je bila niža pri primeni hemijskih metoda (35,0%) a tek je svaka peta ilegalno uradjena diletacija i kiretaža zahtevala hospitalizaciju (Emily Campbell Moore-Čavar, International Inventory of Information ..., op. cit.).

depresiju, maniju, i psihozu. Deo objašnjenja leži i u različitim metodološkim pristupima to jest da li je psihijatar, ginekolog ili žena bila izvor informacije. Pregledajući rezultate 250 studija Kop je zaključio da podaci ne podržavaju niti opovrgavaju premisu o abortusu kao uzroku mentalnog poremećaja.¹¹⁷ Takodje Mal, autor "Psychological Aspects of Abortion", smatra da još uvek ima mnogo otvorenih pitanja vezanih za prirodu i učestalost psihološkin sekvela indukovanog abortusa.¹¹⁸

Nasuprot ovakvim stavovima, uprkos kontradiktornim rezultatima sve više istraživača danas smatra da je legalno prekidanje trudnoće u prvom trimestru povezano sa minimalnim rizikom za psihološko oboljenje i ozbiljnu psihosocijalnu reakciju. Za ogromnu većinu žena, po njima, osećaj krivice i depresija su prolazna stanja koja zamenjuje osećaj olakšanja usled uspešnog razrešenja krizne životne situacije.¹¹⁹

Jedno istraživanje Svetske zdravstvene organizacije o indukovanom abortusu je pokazalo da nema sumnje da prekid trudnoće može stvoriti ozbiljne psihoneurotične ili čak psihotične reakcije kod predodređenih osoba, ali su ukazali i da okolnosti pod kojima je abortus izvršen (legalan ili ne), period gestacije, vrsta metode, kao i stavovi ženine porodice i okoline na abortus veoma mnogo utiču kako će se doživeti prekid trudnoće i da li će i u kojoj meri on predstavljati emocionalni stres za ženu.¹²⁰ Ovaj zaključak je

¹¹⁷ Kop, Ministar za zdravlje SAD, je svoje mišljenje izrazio u pismu predsedniku SAD Reganu povodom široke javne diskusije o ograničavanju prava na abortus. Pismo je objavljeno u Population and Development Review (Volume 15, Number 1, March 1989).

¹¹⁸ Sheeran Patrick, Women, society, the state and abortion, Praeger Publishers, New York, 1987.

¹¹⁹ Henry David, Induced Abortion: Psychosocial Aspects, Transnational Family Research Institute, Springer, New York, 1983.

¹²⁰ WHO, Spontaneous and Induced Abortion, Technical Report No. 461, Geneve, 1970.

potvrđen od jedne naučne grupe osam godina kasnije.¹²¹

Bitno je, međutim, naglasiti da je više studija pokazalo da trudnoća, željena ili ne, dovedena do kraja u poredjenju sa indukovanim abortusom izaziva redje negativne psihičke efekte. Najveće evropsko istraživanje te vrste, obavljeno u Danskoj, je pokazalo da stopa prijema u psihijatrijske bolnice iznosi 18,4 na 10 000 abortusa, 12,0 na 10 000 porodjaja dok je opšta stopa za žensko stanovništvo samo 7,5.¹²²

Muškarci takodje aktivno doživljavaju abortus svoje partnerke. Većina muškaraca oseća strah, napetost, anksioznost i dugo kasnije ima neprijatna sećanja vezana za taj period svog života. Ovo je pokazalo jedno istraživanje sprovedeno medju Italijanima.¹²³

Pri razmatranju psiholoških reakcija na namerni prekid trudnoće neophodno je uzeti u obzir psihološke rizike odbijenog abortusa kako za ženu tako i za dete rodjeno iz neželjene trudnoće. Rezultati istraživanja u Švedskoj, Škotskoj i Češkoslovačkoj su pokazali da neželjeno materinstvo dovodi do različitih neurotičnih reakcija prema detetu, neurotičnih seksualnih reakcija i smanjenja radnog kapaciteta.¹²⁴ Rizici odbijenog abortusa nisu samo psihološke prirode. Naime želja ili potreba da se prekine trudnoća kod žena kojima je iz različitih razloga odbijeno izvršenje abortusa u zdravstvenoj ustanovi je tako jaka da one često pribegavaju ilegalnom abortusu izlagajući se svim njegovim

¹²¹WHO, Induced Abortion, Technical Report No. 623, Geneve, 1978.

¹²²Navedeno prema Sheeran Patrick, Women, society ..., op. cit.

¹²³Lana Berman, "Supposing it hurt me too?", Family Planned Parenthood in Europe, Number 3, 1986.

¹²⁴A. Spinelli, I. Figa-Talamanca, Psychosocial effects of early and late abortion, WHO, UNFPA, IPPF Conference From abortion to contraception, Tbilisi, 10-13 October 1990.

rizicima. To je dokumentovalo jedno istraživanje sprovedeno u Švedskoj po kome je 34,7% žena kojima je prvobitno odbijen abortus saopštilo da je "spontano" prekinulo istu trudnoću.¹²⁵

Istraživanja koja su se bavila psihičkim i socijalnim posledicama za dete rodjeno iz trudnoće koju je majka želela da prekine ali joj nije odobreno su potvrdila početnu hipotezu da se neželjena deca potencijalno podižu u manje optimalnim psihološkim i socijalnim uslovima od željene. Tako su nalazi longitudinalne studije sprovedene u Pragu otkrile da rodjeno neželjeno dete može patiti do zrelosti. Ovaj zaključak je usvojen na osnovu rezultata razvoja 110 devojčica i 110 dečaka rođenih od žena kojima je dva puta odbijen abortus. U devetoj godini života ova deca su imala veću incidenciju bolesti i hospitalizacije od dece u kontrolnoj grupi. Ona su, zatim, imala slabiji uspeh u školi i pokazivala su preteranu osetljivost i agresivnost kao i manji stepen integracije u svojoj sredini. U starosti od 14-16. godina manji broj ove dece je pohađao srednju školu u odnosu na kontrolnu grupu a više ih je imalo potrebu da se zbog poremećaja ponašanja konsultuje sa psihijatrom. U adolescenciji emocionalni razlaz između dečaka rođenih iz neželjene trudnoće i njihovih majki dolazio je do punog izražaja. Oni su sebe doživljavali kao zapostavljenje ili čak odbačene od majki verujući da nisu zadovoljili očekivanja. Opisivali su se kao osobe koje imaju više zajedničkih ličnih osobina sa ocem. Svoj odnos sa ocem su najčešće kvalifikovali kao topao. Nasuprot, devojčice rođene iz neželjene trudnoće su svoj odnos sa majkom opisivale na isti način kao i devojčice u kontrolnoj grupi. U odnosu na kontrolnu grupu neželjena deca u većoj meri su izražavala i konzervativne stavove po mnogim pitanjima. Takodje, su bili i manje informisani o seksualnosti i

¹²⁵ibid.

pitanjima vezanim za nju.¹²⁶

* * *

Abortus ako kategorija i pojava ima svoje teorijske interpretacije mada ne ni potpune ni konačne. Namerni prekid trudnoće je realna potreba uslovljena velikim brojem faktora različite vrste. Među njima posebno mesto imaju istorijski koreni, moralni principi naše civilizacije, ograničavanje radjanja naročito intezivna kontrola biološkog potencijala, objektivna ograničenja kontracepcije i njihovo subjektivno doživljavanje kao i osobine žene i muškarca, pre svega, psihološke i socijalne vrste.

Vekovno korišćenje abortusa ako metode kontrole radjanja dobilo je čvrstu socijalnu potvrdu. Osnovna ljudska prava obezbeđuju slobodan izbor i u sferi kontrole radjanja uključujući i pravo na abortus. Zakonodavstvo i politika prema namernom prekidu trudnoće su jedna od determinanti kontrole radjanja. Niske reproduktivne norme, rano stupanje u seksualne odnose, rasprostranjenost kohabitacionih veza i drugi savremeni oblici u životu žene i muškarca zahtevaju intenzivnu kontrolu radjanja. Ograničenja kontracepcije leže pre svega u samoj prirodi njenih metoda i sredstava. Otpornost prema kontracepciji kao neprirodnom činu, nepoverenje i strah prema modernoj kontracepciji, priprema koju iziskuju pojedina sredstva i metode, manja ili veća neefikasnost kontracepcije uopšte, stalna upotreba kontracepcije koja je nužna i drugo. I na kraju, čitav niz karakteristika žene i muškarca kao što su opšta i posebna znanja, odnos medju partnerima, odgovornost za sopstveni život i kontrolu života, sposobnost individualne kontrole, doživljavanje seksualnosti, postojanost u sprovođenju dugoročnih ciljeva i

¹²⁶Henry David, Zdenek Dytrych, Zdeenk Matejcek, Vratislav Schuller, Born unwanted: Developmental Effects of Denied Abortion, Springer Publishing Company, Avicenum Medical Press, New York, Prague, 1988.

donošenje seksualnih odluka.

Abortus, kao složen fenomen, nosi potencijalne posledice u više oblasti koje se tiču i individue i društva. U demografskoj sferi, abortus direktno utiče na smanjene fertiliteta i reproduktivnog potencijala stanovništva (širenje steriliteta, porast spontanih abortusa, prevremenih porodjaja i niske težine novorodjenčadi) a direktno i indirektno deluje preko mortaliteta ženskog stanovništva. Glavne medicinske komplikacije i sekvele abortusa odnose se na reproduktivni sistem žene. Abortus, takodje, kao stresogeno stanje ima rizik za mentalni poremećaj. U socialnoj sferi posledice abortusa se tiču odnosa medju partnerima.

II PRAVNI ASPEKT NAMERNOG PREKIDA TRUDNOĆE U SRBIJI

Jugoslavija je, kao i mnoge zemlje, zbog važnosti abortusa pravno regulisala brojna pitanja koja se tiču ovog fenomena. Istorijski posmatrano zakonska rešenja vezana za kontrolu radjanja imala su u manjoj ili većoj meri iste karakteristike kao što je to bio slučaj i u drugim zemljama koje su se na sličan način pravno odredile prema problemu abortusa. Pritom se pre svega misli na postupnost ostvarivanja puta od potpune zabrane pa do njegove dozvole kao prava žene,¹ kao i na dileme, razloge i otpore koji su se javljali. Sva pravna rešenja koja su se donosila na nivou zemlje važila su za sve njene delove do sedamdesetih godina kada republike počinju da traže individualna rešenja u okviru datog pravnog okvira.

U drugoj polovini XIX veka krivično-pravni propisi u svim jugoslovenskim krajevima, koji su kasnije ušli u sastav Kraljevine, su tretirali prekid trudnoće kao kriminalni akt koji povlači za sobom kaznu kako za ženu koja se odlučila da namerno prekine

¹ Berislav Berić u zakonodavnom odredjenju prema problemu prekida trudnoće u našoj sredini razlikuje tri perioda: period zakonske intolerancije do 1952. godine, period zakonske tolerancije (1952-1959.) i period zakonske liberalizacije koji počinje 1960. godine ("Pobačaji kao dinamička funkcija socijalno-ekonomskog i biološkog kretanja", Zbornik radova, Deveta ginekološko-akušerska nedelja, Srpsko lekarsko društvo, Beograd, 1965).

trudnoću tako i za izvršioca. Glavni razlog bio je postojanje velikog rizika od komplikacija koje prate abortus, ali je na te odluke sigurno uticala i crkva, odnosno one su bile inspirisane pronatalitetnim stavovima tadašnjih vlada. U praksi, međutim, kao posledica nepodudarnosti između individualnih želja i mogućnosti da se te želje ostvare na društveno i medicinski prihvatljiv način, dominirao je abortus koji su tajno vršila najčešće nestručna lica. Zbog toga je Kraljevina Jugoslavije donoseći 1929. godine Krivični zakon ² unela posebnu odredbu kojom je dozvolila prekid trudnoće samo iz medicinskih razloga to jest kada je život žene ugrožen i to po odobrenju specijalne komisije. Istovremeno bila je zabranjena prodaja sredstava za vršenje prekida trudnoće i određene su stroge kazne za sve aktere, ³ koje su podrazumevale i zatvor u visini od 3-5. godina. Uvedena je i obaveza prijavljivanja započetog prekida trudnoće.

Posle drugog svetskog rata broj ilegalnih abortusa bio je veliki i u porastu, pa je država ponovo intervenišala 1951. godine u Krivičnom zakonu ⁴ u kojem su bitna dva stava. Abortus se dozvoljavao kada se na drugi način ne može spasiti život ili

² Medicinski godišnjak Kraljevine Jugoslavije, Jugoreklam K.A., Beograd, 1933.

³ Krivični zakon Kraljevine jugoslavije je zadržao represivni karakter i prema izvršiocu prekida trudnoće i prema ženi koja se odlučila na abortus i pored mnogih suprotnih zalaganja. Tako je Milan Jovanović Batut 1928. godine podneo predlog, koji su potpisali i ugledni srpski ginekolozi, Glavnom sanitetskom savetu Jugoslavije da se u tada novopripremanom zakonu o prekidu trudnoće ne izjednačavaju to jest ne kažnjavaju "za abortus podjednako i činilac i sama žrtva, što je pre svega biološki neopravdano". Takodje, žene okupljene oko "Ženskog lista" u Sloveniji podstakle su da se na skupovima žena usvoji Rezolucija koja se zalagala za nekažnjavanje žena (Berislav Beriç, "Prilog istoriji akušerstva i ginekologije u Srbiji 1914-1945", Zbornik radova, Trideset druga ginekološko-akušerska nedelja, Srpsko lekarsko društvo, Beograd, 1989; A. Milojković, G. Žarković, M. Džumhur, "Istorijat liberalizacije pobačaja u Jugoslaviji", u Izgradnja društvenih stavova o planiranju porodice, Savet za planiranje porodice, Beograd, 1975).

⁴ Službeni list FNRJ, broj 13/1951.

otkloniti ugroženo zdravlje žene za vreme trudnoće, ali i iz drugih opravdanih razloga. Takodje, bila je normirana krivična odgovornost za osobu koja izvrši pobačaj u drugim zakonom nepredvidjenim slučajevima.

Gornje odredbe su bile razradjene u "Uredbi o postupku za vršenje dozvoljenog pobačaja" iz 1952. godine.⁵ Ova Uredba je prvi potpun zakonski akt koji je preciziro indikacije, uslove i mesto gde se može vršiti prekid neželjene trudnoće. Prekid trudnoće se dozvoljavao u slučaju medicinskih, eugeničnih, pravno-etičkih (silovanje, obljuba nad maloletnom osobom, obljuba zloupotrebom položaja, zavodjenje i incest) i socijalno-medicinskih indikacija ("kada se može očekivati da se usled trudnoće u nepovoljnim socijalnim prilikama pogorša zdravlje žene") do kraja trećeg lunarnog meseca trudnoće. Zakonom nije bilo predviđeno ograničenje gestacione starosti kada su u pitanju medicinski razlozi vršenja abortusa.

Takodje, je bilo propisano i da se prekid trudnoće može vršiti samo u zdravstvenim ustanovama i to po odobrenju komisije sastavljene od ginekologa, interniste i socijalnog radnika.

Glavni cilj ovog zakonskog akta bio je da se ženi omogući, ako već ne želi trudnoću, abortus u najpovoljnijim uslovima. Usled nedovoljno precizno formulisanih socijalno-medicinskih indikacija i različitih kriterijuma koje su primenjivale komisije, primećeno je da je u slučajevima kada su njihove odluke bile stroge i formalne veliki broj žena tražio pomoć kod nestručnih lica. Otuda se uz porast legalnih, povećavao i broj ilegalnih abortusa.

Pošto glavni cilj nije bio postignut, donet je drugi zakonski akt "Uredba o uslovima i postupku za dopuštanje pobačaja" 1960.

⁵ Službeni list FNRJ, broj 4/1952.

godine.⁶ Osnovna razlika bila je u jasnom odredjenju socijalno-medicinskih indikacija. Novom Uredbom su priznavani socijalni razlozi za prekid trudnoće jer se abortus dozvoljavao "kada se može osnovano očekivati da bi bremenita žena zbog rođenja deteta došla u teške lične, porodične ili materijalne prilike". U ovaj zakonski akt unet je još jedan značajan član, kojim se predviđalo da članovi komisije bremenitu ženu upozore na štetnost abortusa po njeno zdravlje i upoznaju je kako može ubuduće da spreči trudnoću, upućujući je za sva obaveštenja u savetovalište za kontracepciju. Primena Uredbe prouzrokovala je široko korišćenje socijalnih indikacija kao razloga za prekid trudnoće, a samim tim abortus ali sada legalni postao je dominantan metod kontrole radjanja.

Posle više godina primenjivanja ove Uredbe (1960-1969.) ispostavilo se da problem kontrole radjanja nije rešen na zadovoljavajući način. Zbog toga je Savezna Skupština 1969. godine usvojila "Rezoluciju o planiranju porodice".⁷ U ovom dokumentu su precizirani politički stavovi o savremenom konceptu planiranja porodice. On je polazio od principa da je "ostvarivanje mogućnosti roditelja da sami odredjuju broj dece i vremenski razmak između porodjaja, jedno od osnovnih ljudskih prava i dužnosti". Ostvarivanje ovog prava podrazumevalo je da država obezbedi roditeljima uslove za sticanje znanja i obezbedi kontraceptivna sredstva. U tom smislu u Rezoluciji su bili formulisani zadaci vaspitnih, obrazovnih, zdravstvenih, informativnih, naučnih, društvenih i drugih institucija za rešavanje problema planiranja porodice.

Rezolucija je sadržala nekoliko važnih opredeljenja o prekidu

⁶ Službeni list FNRJ, broj 9/1960.

⁷ Službeni list SFRJ, broj 20/1969.

trudnoće. Istaknuto je da je prekid trudnoće najnepoželjniji vid regulisanja radjanja i da treba da predstavlja samo krajnje sredstvo. Takodje, bila je naglašena potreba prevencije odnosno kontracepcije a "ukoliko žena zahteva da prekine neželjenu trudnoću prekid će se izvršiti samo ako je to u skladu sa propisanim medicinskim i drugim uslovima".

Uporedo sa ovom Rezolucijom bio je usvojen i "Opšti zakon o prekidu trudnoće".⁸ Ovaj zakon je imao samo deset članova i postavljao je opšte principe. Indikacije za prekid trudnoće i mesto njegovog izvršenja ostale su iste kao i u Zakonu iz 1960. godine. Istovremeno bila je istaknuta potreba zdravstveno-prosvetnog rada u pravcu prevencije neželjene trudnoće time što se izričito kaže da su "vaspitanje-obrazovne ustanove dužne da u svoj vaspitanje-obrazovni rad uključe seksualno vaspitanje i obrazovanje omladine a zdravstvene ustanove da upozore bremenitu ženu i bračnog druga na štetnost prekida trudnoće po zdravlje žene i upoznaju ih sa mogućnostima i metodama sprečavanja neželjene trudnoće". Razrada ovih principa u smislu pokretanja zahteva za dozvolu za prekid trudnoće, obrazovanja i sastava komisija, potrebnih medicinskih uslova u zdravstvenim ustanovama koje vrše abortuse ostavljena je za rešavanje posebnim zakonskim propisima republikama i pokrajinama.

Rezolucija je podstakla i doprinela da se u Ustavu Jugoslavije 1974. godine, kao jedno od osnovnih ljudskih prava, definiše da je "pravo je čoveka⁹ da slobodno odlučuje o radjanju dece. To se

⁸ Službeni list SFRJ, broj 20/1969.

⁹ Utvrđujući slobodno roditeljstvo kao ustavno pravo Ustav Jugoslavije nije precizno definisao čije je to pravo? Upotrebljava se neutralna formulacija da je to "pravo čoveka". U razmišljanjima pravnih teoretičara kao titular prava navode se sama žena, muškarac kao i dvojni subjekt - i muškarac i žena. Sa razlogom se, takodje, ističe da i buduće dete može biti subjekt prava slobodnog roditeljstva. Naime, pravo je deteta da bude rođeno željeno. Nerešiva teškoća u ostvarivanju

pravo može ograničiti samo radi zaštite zdravlja".¹⁰ Ova odredba člana 191. je imala značenje novog ustavnog načela i obavezivala je zakonodavstvo da se konkretnim pravnim merama omogući ostvarivanje ovog prava. Iako je unošenje ovog člana predstavljalo nesporno napredak u jugoslovenskom zakonodavstvu, njegov ozbiljan nedostatak je što nije naglašena odgovornost pojedinca i države. Ona bi, međutim, iziskivala stvaranje uslova koji bi omogućili pojedincima da donose odluke o sopstvenoj reprodukciji svesni društvenih potreba.

Sve federalne jedinice su u svoje ustave uključile član o planiranju porodice koji je identičan sa odgovarajućim članom saveznog Ustava. Izuzetno je Slovenija proširila ovaj član dopunivši ga sa obavezom društva da obezbedi uslove za ostvarenje prava na slobodno odlučivanje o radjanju. Saglasno ovom proširenju Skupština Slovenije je iste godine usvojila i "Rezoluciju o planiranju porodice i društvenom zalaganju za njeno formiranje i sigurnost".¹¹

Saglasno ustavnom pravu na slobodno odlučivanje o radjanju dece javila se potreba da se i pravo na prekid trudnoće reguliše na novim osnovama. Zakonsko uredjenje tog prava nakon 1974. godine bila je isključiva dužnost republika i pokrajina, tako da su do 1979. godine svi dotadašnji propisi zamenjeni novim republičkim i

prava deteta je što ovo pravo ne može pratiti pravna zaštita. Nikakvim pravnim sredstvima se ne može sprečiti da se radjaju neželjena deca pošto od začeca do rođenja deteta ne postoji subjekt prava (Radoje Korać, "Neki pravni aspekti planiranja porodice", u Aktuelna pitanja u oblasti zdravstva na stvaranju uslova za ostvarivanje ustavnog prava čoveka da slobodno odlučuje o radjanju dece, Savet za planiranje porodice, Beograd, 1980; Marko Mladenović, "Zakonodavni problemi planiranja porodice", Zbornik radova, VII kongres lekara, Srpsko lekarsko društvo, Beograd, 1976; Olga Cvejić-Jančić, "Legalni aspekti planiranja porodice", u Prirodni priraštaj u SAP Vojvodini i faktori koji na njega utiču, Medicinski fakultet, Novi Sad, 1988).

¹⁰Službeni list SFRJ, broj 9/1974.

¹¹Uradni list SR Slovenije, broj 18/1974.

pokrajinskim zakonima koji i danas važe.¹² Njima je u većini slučajeva regulisano samo pravo na prekid trudnoće, a jedino su u Sloveniji i Hrvatskoj pravno normirana neka medicinska pitanja koja se odnose na pravo čoveka da slobodno odlučuje o radjanju dece (sterilizacija, veštačko oplodjivanje i drugo).

U pogledu prava na prekid trudnoće svi zakonski tekstovi se slažu da se prekid trudnoće vrši na zahtev trudne žene do isteka deset nedelja od začeća, osim ako je to štetno za zdravstveno stanje žene. Jedino u zakonu o prekidu trudnoće Makedonije postoji dodatno ograničenje da se prekid trudnoće ne može izvršiti ako od prethodnog abortusa nije prošla jedna godina. Svi ovi propisi sadrže i odredbe o podnosiocu zahteva za namerni prekid trudnoće. To je gravidna žena osim u slučajevima kada je ona maloletna, nesposobna za rasudjivanje i lišena poslovne sposobnosti (zakoni Makedonije i Bosne i Hercegovine).

Različita su pravna rešenja vezana za osetljivo pitanje prekida trudnoće maloletne osobe. Postoje propisi koji odredjuju da zahtev podnosi odnosno daje saglasnost za abortus roditelj ili staratelj trudne maloletnice (Srbija, Kosovo i Metohija, Makedonija i Crna Gora). Ima i primera da je zdravstvena organizacija koja vrši namerni prekid trudnoće dužna da o intervenciji obavesti roditelja odnosno staratelja osim ako je trudnica pre maloletnosti stekla potpunu poslovnu sposobnost (Slovenija). Starosti maloletne trudnice je dato specifično pravno značenje u tri propisa. Prema odgovarajućem Zakonu u Hrvatskoj uz zahtev za prekid trudnoće koji

¹² Zakon za prekinuvanje na bremenosta (Služben vesnik na SR Makedonija, broj 19/1977.); Zakon o zdravstvenih ukrepah pri uresničevanju pravice do svobodnog odločenja o rojstvu otrok (Uradni list SR Slovenije, broj 11/1977.); Zakon o uslovima i postupku za prekid trudnoće (Službeni glasnik SR Srbije, broj 26/1977.); Zakon o uslovima i postupku za prekid trudnoće (Službeni list SR Bosne i Hercegovine, broj 29/1977.); Zakon o uslovima i postupku za odobravanje prekida trudnoće (Službeni list SAP Kosova, broj 47/1977.); Zakon o zdravstvenim merama za ostvarivanje prava na slobodno odlučivanje o radjanju dece (Narodne novine SR Hrvatske, broj 18/1978.); Zakon o uslovima i postupku za odobrenje prekida trudnoće (Službeni list SAP Vojvodine, broj 26/1978.).

podnosi maloletnica koja nije navršila 16 godina života potreban je pristanak roditelja ili staratelja. Za maloletnice koje su navršile 16 godina života a nisu zaključile brak odnosi se norma po kojoj se njeni roditelji odnosno staratelji obaveštavaju u slučaju kada je isteklo više od deset nedelja od dana začeća ili kada se zaključi da bi prekid trudnoće mogao teže narušiti zdravlje maloletnice. Saglasnost roditelja odnosno staratelja potrebna je za prekid trudnoće kod trudnica mlađih od 16 godina i u Vojvodini. Najspecifičnija je u tom pogledu odredba člana 3 Zakona o uslovima i postupku za prekid trudnoće Bosne i Hercegovine, prema kojoj zahtev podnosi roditelj odnosno staratelj, s tim što se maloletnoj trudnici ne može izvršiti prekid trudnoće bez njene saglasnosti. Izuzetno maloletnoj osobi starijoj od 16 godina omogućava se da sama podnese zahtev za prekid trudnoće ako ostvaruje sredstva za život.

Postupak za prekid trudnoće svodi se na norme koje omogućavaju trudnoj ženi da se sa zahtevom obrati ovlašćenoj zdravstvenoj organizaciji. Dužnost je lekara da pre intervencije trudnu ženu obavesti o mogućim štetnim posledicama abortusa, naročito kod prekida prve trudnoće i ponovljenih prekida trudnoće i da joj da savet o sredstvima i metodama kontracepcije. U Srbiji i na Kosovu i Metohiji zakonodavac je predvideo da lekar uputi ženu na razgovor sa socijalnim radnikom i/ili psihologom.

Prekid trudnoće čije trajanje prelazi deset nedelja od dana začeća može se izvršiti samo na osnovu odobrenja specijalnih komisija. Gornja vremenska granica trajanja trudnoće nakon koje ni komisija ne može odobriti abortus je određena u Srbiji, Kosovu i Metohiji i Bosni i Hercegovini i iznosi navršenih dvadeset nedelja od dana začeća.

Propisane su i indikacije koje komisija treba da razmotri pre odobravanja zahteva. To su medicinske indikacije (trudnoća

predstavlja opasnost za život žene ili može teško narušiti zdravlje žene za vreme trudnoće, porodjaja odnosno nakon porodjaja), moralno-pravni razlozi (začeće nastalo usled krivičnog dela), kao i saznanje o mogućnosti rođenja detete s teškim telesnim ili duševnim manama. Zakoni Srbije, Kosova i Metohije i Makedonije uvažavaju i teške lične, materijalne i porodične prilike u koje bi trudna žena mogla doći u toku trudnoće ili posle porodjaja. Umesto propisivanja slučajeva kada može komisija odobriti prekid trudnoće koja traje duže od deset nedelja u zakonu Slovenije dat je kriterijum da je opasnost za život i zdravlje trudne žene kao i za njena buduća materinstva manja od opasnosti koja pretili trudnoj ženi ili detetu zbog nastavljanja trudnoće i zbog porodjaja. U svim zakonskim propisima utvrdjeni su sastav komisije, njeni osnivači, mogućnost žalbe, vremenski rokovi za odlučivanje, kao i sastav drugostepene komisije.

Svi propisi obavezuju zdravstvene organizacije da o izvršenim prekidima trudnoće, dovršenim prekidima trudnoće i svakoj fetalnoj smrti obaveste nadležne organe.

Nakon izvršenog prekida trudnoće propisi pojedinih republika i pokrajina obavezuju da se ženi obezbedi medicinski nadzor u trajanju od 24 časa (Vojvodina) ili tri dana (Makedonija) odnosno ne precizira se (Srbija i Hrvatska).

Usled značaja i nezadovoljavajuće prakse, planiranje porodice je uneto kao važan zadatak populacione politike u "Osnove zajedničke politike dugoročnog razvoja SFRJ do 1985. godine",¹³ koje je Skupština Jugoslavije donela 1975. godine. U ovom dokumentu ističe se da je za ostvarenje osnova populacione politike bitno dosledno sprovoditi Rezoluciju o planiranju porodice iz 1969. godine.

¹³ Službeni list SFRJ, broj 51/1975.

Krajem sedamdesetih a posebno u osamdesetim godinama stavovi prema populacionoj politici se menjaju. Postaje jasno da sa usvojenim konceptom o planiranju porodice kao slobodnoj odluci pojedinca o prokreaciji demografski aspekt regulisanja radjanja nije rešen. Zato je najpre Skupština Vojvodine 1977. godine usvojila "Rezoluciju o planiranju porodice"¹⁴, Skupština Srbije 1983. godine "Rezoluciju o politici obnavljanja stanovništva"¹⁵, 1987. godine Skupština Makedonije "Rezoluciju o populacionoj politici"¹⁶ a aprila 1989. godine i Skupština Jugoslavije "Rezoluciju o osnovama politike razvoja stanovništva i planiranju porodice".¹⁷ U ovim dokumentima insistira se na sveukupnom društvenom delovanju koje izmedju ostalog treba da poboljša položaj porodice u društvu i intenzivira makro aktivnosti planiranja porodice. Pri oceni stanja u oblasti razvoja stanovništva i planiranja porodice navodi se "masovnost abortusa" kao jedan od akutnih problema, a "smanjenje broja namernih prekida trudnoće na najmanju meru" ističe se kao jedan od zadataka. Poseban akcenat, u okviru mera populacione politike, dat je vaspitanju i obrazovanju odnosno preventivnim merama zdravstvene zaštite kao što su sistematsko zdravstveno vaspitanje, poboljšavanje rada savetovaništva za planiranje porodice u svim sredinama, dostupnost sredstava za kontracepciju, njihovo besplatno korišćenje i drugo. Saveznom Rezolucijom su bile obavezane sve republike i pokrajine da donesu rezolucije o razvoju stanovništva i planiranju porodice.

U Srbiji je u pokrenuto pitanje donošenja Rezolucije o osnovama

¹⁴Službeni list SAP Vojvodine, broj 2/1977.

¹⁵Službeni glasnik SR Srbije, broj 53/1983.

¹⁶Služben vesnik SR Makedonije, broj 48/1987.

¹⁷Službeni list SFRJ, broj 27/1989.

jedinstvene politike obnavljanja stanovništva i Zakona o planiranju porodice. U predlogu Rezolucije se insistira na donošenju programa za planiranje porodice kao i na stvaranju mreže centara za planiranje porodice. U predlogu Zakona se, pak, po prvi put pravna regulativa ne svodi samo na rešenja vezana za namerni prekid trudnoće i kontracepciju već obuhvata i niz bitnih pitanja planiranja porodice kao što su sterilizacija, veštačka oplodnja, preventivna zdravstvena zaštita, podizanje zdravstvene kulture i rad ustanova za planiranje porodice. Bitno je istaći da je pravna regulativa abortusa gotovo identična dosadašnjoj.

* * *

Materija o prekidu trudnoće sa pravnog gledišta je u manjoj ili većoj meri zadovoljavajuće regulisana. Pravni dokumenti, o kojima je bila reč, postavili su osnove za liberalizaciju abortusa, formulisali progresivna načela uključujući i načelo o slobodnom roditeljstvu i doneli niz konkretnih kurativnih i opštih preventivnih mera. Međutim, za razliku od mnogih zemalja,¹⁸ pravnu regulaciju kontracepcije i namernog prekida trudnoće nisu pratili odgovarajući programi za planiranje porodice. Nijedan zakonski akt nije predviđao obavezno donošenje programa za planiranje porodice u kojima bi pored ciljeva i mera bili utvrđeni nosioci aktivnosti i ekonomski i drugi neophodni uslovi za njegovo ostvarivanje.

¹⁸ Miroslav Rašević, "Skorašnji razvoj populacione politike u svetu", Stanovništvo, broj 1-4, 1984-1985.

III TENDENCIJE I OSOBINE NAMERNOG PREKIDA TRUDNOĆE U SRBIJI

Prekid trudnoće je dugi niz godina prisutan kao dominantan metod kontrole radjanja u Srbiji bez pokrajina. Nažalost ne raspolaže se potpunim podacima o broju izvršenih prekida trudnoće u daljoj prošlosti, kako bi se mogao pratiti razvoj ove pojave u dugom vremenskom razdoblju. Zbog toga je analiza o obimu i tendencijama prekida trudnoće u ovom radu prvenstveno ograničena na period od 1969. do 1988. godine, u kojem su posredstvom Saveznog zavoda za zdravstvenu zaštitu prikupljeni podaci o broju prekida trudnoće izvršenih u zdravstvenim ustanovama. Potrebno je naglasiti da su u ovom periodu u punoj meri uporedivi podaci, jer je 1969. godina početka pune liberalizacije abortusa u celoj zemlji. Sve do 1969. godine odredjen broj abortusa vršen je izvan zdravstvenih ustanova. Ova kategorija takozvanih ilegalnih prekida trudnoće, iz razumljivih razloga, nije statistički registrovana. Zato se u ovom radu nije moglo govoriti o relaciji izmedju legalnih i ilegalnih abortusa. Procene ilegalnih abortusa nisu vršene na osnovu autentičnih metoda. A ako im je i pristupano, onda je to činjeno globalno. Procenjivan je samo ukupan broj abortusa, a procene su zasnovane na indicijama kao i pretpostavkama pojedinih autora.

Izmedju dva svetska rata, broj abortusa u Jugoslaviji bio je veliki. Statistički podaci ne postoje, ali je ova ocena bila prihvaćena od stručnih krugova, a potvrđena je od Glavnog

sanitetskog saveta na XVII. Kongresu jugoslovenskih lekara održanom 1935. godine u Beogradu. Ovo telo je procenilo da ukupan broj abortusa (legalnih i ilegalnih) u Jugoslaviji iznosi oko 300 000 godišnje.¹ Ocene o broju namernih prekida trudnoće za Srbiju bez pokrajina u ovom vremenskom razdoblju ne postoje ali se može pretpostaviti na osnovu procene za celu zemlju da je abortus bio masovno prihvaćen.

U razdoblju posle II svetskog rata, prvi razpoloživi podaci o prekidima trudnoće izvršenim u zdravstvenim ustanovama odnose se na Srbiju kao celinu i dostupni su za 1948., 1949., 1950., 1951. i 1952. godinu. U ovim godinama broj prekida trudnoće iznosio je 10 399, 11 787, 12 080, 13 442 i 14 152.² Ovi podaci pokazuju porast broja abortusa izvršenih u zdravstvenim ustanovama, ali su u to vreme očigledno dominirali ilegalni prekidi trudnoće. Na to ukazuje zapažen porast inkompletnih pobačaja (započetih ali nedovršenih prekida trudnoće, provociranih od samih žena, nestručnih ili čak stručnih lica). Oni su zatim zbog krvarenja, bolova i znakova zapaljenja završavani u zdravstvenim ustanovama. Njihov broj, uz stalan porast, znatno je prevazilazio u literaturi prihvaćen udeo spontanih pobačaja u poznatim trudnoćama.

Podaci o broju izvršenih prekida trudnoće u 1960., 1961. i 1967. godini su nepotpuni³, ali i kao takvi pokazuju da se veliki broj prekida trudnoće (57 871 u 1960., 65 458 u 1961. godini i 120 388

¹ Franc Novak i saradnici, "Problem neželjene trudnoće", Zbornik radova, V kongres ginekologa opstetičara Jugoslavije, Sarajevo, 1964.

² Pavle Lunaček, "Abortus artificialis", Zbornik radova, II kongres ginekologa-akušera Jugoslavije, Beograd, 1953.

³ U 1960. godini 65% zdravstvenih ustanova iz Jugoslavije, u kojima su se obavljali prekidi trudnoće, je dostavilo odgovarajuće podatke Saveznom zavodu za zdravstvenu zaštitu. U 1967. godini nisu evidentirani prekidi trudnoće u manjem broju zdravstvenih ustanova. Navedeno prema radu Angeline Mojić "Planiranje porodice u Jugoslaviji", u Fertilitet stanovništva u Jugoslaviji, Institut društvenih nauka, Centar za demografska istraživanja, Beograd, 1982.

u 1967. godini) vrši u zdravstvenim ustanovama Srbije bez pokrajina. To je posledica širenja mreže zdravstvenih ustanova osposobljenih za vršenje ove vrste intervencija i postupne liberalizacije prava za vršenje prekida trudnoće. Ovu drugu konstataciju je potvrdila anketa Saveznog zavoda za zdravstvenu zaštitu iz tog perioda prema čijim rezultatima preko 95% dozvoljenih pobačaja vršeno je na osnovu socijalnih indikacija, a samo 5% na osnovu medicinskih i pravno-etičkih indikacija.⁴

Tabela III 1

Broj prekida trudnoće u Srbiji bez pokrajina i Jugoslaviji, 1969-1988.

Godina	Ukupno prekida trudnoće	Broj prekida trudnoće		
		Na 100 živorodjenja	Na 100 poznatih trudnoća	Na 1000 žena starih 15-49 godina
S R B I J A B E Z P O K R A J I N A				
1969	119879	151,8	60,4	82,1
1975	130347	154,5	60,5	87,8
1980	152382	188,3	65,2	103,7
1983	155828	193,9	65,8	108,2
1984	160995	203,2	66,9	112,5
1985	162688	215,2	68,1	114,4
1986	161481	218,2	68,6	114,0
1987	153634	210,2	67,6	108,9
1988	145632	200,5	66,6	103,4
J U G O S L A V I J A				
1969	253530	66,2	40,0	47,0
1975	293219	75,6	42,9	51,8
1980	356431	93,3	48,4	60,9
1983	372559	99,5	49,5	64,6
1984	384862	102,0	50,7	66,6
1985	388933	106,1	51,7	67,2
1986	388855	108,1	51,9	67,0
1987	391688	109,0	52,0	67,3
1988	367814	103,2	51,4	62,9

Izvor: Savezni zavod za zdravstvenu zaštitu, Statistički godišnjak o bolničkom morbiditetu u Jugoslaviji 1983., Beograd, 1985., (za 1969. i 1983. godinu) i neobjavljena dokumentacija (za 1975., 1980., 1984., 1985., 1986., 1987. i 1988. godinu); Savezni zavod za statistiku, Demografska statistika (za odgovarajuće godine).

⁴ Angelina Mojić, "Anketa o posledicama pobačaja", Medicinski glasnik, broj 5-6, 1967.

Za razliku od ranijih godina, podaci o izvršenim prekidima trudnoće od 1969. godine smatraju se potpunim, iako se pretpostavlja da se neznatan broj abortusa obavlja izvan zdravstvenih ustanova. Polazeći od ove činjenice, na osnovu podataka (tabela III 1) može se konstatovati da je broj izvršenih prekida trudnoće u Srbiji bez pokrajina bio u stalnom porastu do 1985. godine. On se povećao od 119 879 u 1969. na 162 688 u 1985. godini ili za jednu trećinu (indeks 135). Treba podvući da je u ovom periodu broj prekida trudnoće rastao znatno brže do 1980. godine. Podaci za 1986., 1987. i 1988. godinu pokazuju postepeno smanjivanje apsolutnog broja abortusa u Srbiji bez pokrajina.

Izraženi u relativnom smislu namerni prekidi trudnoće pokazuju istu tendenciju. Evidentan je i relativan porast abortusa do 1985. ili 1986. godine kada počinje da opada broj abortusa meren na živorodjenu decu, poznate trudnoće i broj žena u fertilnom periodu. Broj abortusa meren na 100 živorodjene dece u 1969. godini iznosio je 151,8, u 1986. 218,2 a u 1988. godini 200,5. Istu tendenciju, mada sporiju zbog prirode mere, otkrivaju podaci o učešću abortusa na 100 poznatih trudnoća⁵: 60,4 u 1969., 68,6 u 1986. i 66,6 u 1988. godini. Stope abortusa pokazuju da je u 1969. godini svaka dvanaesta žena u reproduktivnom dobu života imala prekid trudnoće, u 1985. svaka deveta a u 1988. godini svaka deseta.

Tokom posmatranog vremenskog perioda (1969-1988.) natalitet je lagano opadao i samim tim kontrola radjanja se širila. Razlika u trendu namernog prekida trudnoće pokazuje da je do 1985-1986. godine abortus bio centralan metod kontrole radjanja. Ako se kontracepcija i širila abortus se po svemu sudeći brže širio. Od 1985-1986. godine abortus je počeo da opada pod uticajem sve veće rasprostranjenosti kontracepcije čiji je značaj kao metode kontrole

⁵ Poznate trudnoće obuhvataju abortuse (u tekućoj godini), mrtvorodjenja i živorodjenja (od 1. jula tekuće do 30. juna naredne godine).

radjanja rastao poslednjih godina. Ova je pozitivna tendencija ali apsolutni broj prekida trudnoće od oko 150 000 godišnje kao i podatak da svaka deseta žena u fertilnom dobu prekida trudnoću u jednoj kalendarskoj godini pokazuje da se veliki broj stanovnika još uvek oslanja na ovaj metod kontrole radjanja u našoj sredini. Imajući u vidu njegove nepovoljne medicinske, demografske, ekonomske, psihološke i druge posledice očigledno je da postoji nesklad izmedju potrebe da se reguliše radjanje i načina na koji se to čini.

Teško je odgovoriti na pitanje ko ima veći demografski uticaj danas - kontracepcija ili namerni prekid trudnoće. Zbog različite prirode delovanja ove dve metode kontrole radjanja (kontracepcija prevenira trudnoću a abortus sprečava da se data trudnoća realizuje rođenjem) Kristofer Tice njihove demografske efekte meri na sledeći način.⁶ Demografski efekat kontracepcije izračunava poredjenjem smanjenog broja trudnoća (razlika u broju trudnoća koje bi se realizovale u odsustvu abortusa kao metode kontrole radjanja i broja trudnoća koje su se završile živorođenjem u jednoj populaciji) sa brojem trudnoća koje bi se ostvarile u odsustvu kontracepcije. A kao meru demografskog efekta namernog prekida trudnoće uzima njihovo učešće u aktuelnim trudnoćama. Primenjujući ove mere na područje Srbije bez pokrajina (tabela broj III 2) može se zaključiti da je demografski efekat kontracepcije približno jednak u našoj sredini. Naime, kontracepcija prevenira 67,1% hipotetičkih trudnoća a abortus prevenira 65,2% aktuelnih trudnoća koje bi rezultirale radjanjem.

⁶ Christopher Tietze, John Bongaarts, "Demographic Effects of Induced Abortion", in Fertility Regulation and Public Health, op. cit.

Tabela III 2.

Procena hipotetičke stope ukupnog fertiliteta na 1000 žena u odsustvu abortusa i procena hipotetičke stope ukupnog fertiliteta na 1000 žena u odsustvu kontracepcije, Srbija bez pokrajina, 1988.

Stopa ukupnog fertiliteta	A	1830
Stopa ukupnog abortusa	B	3438
Broj abortusa potrebnih da zameni jedno živorodjenje pri korišćenju kontracepcije	C	1,6
Hipotetična stopa ukupnog fertiliteta u odsustvu abortusa	D	3979
Broj abortusa potrebnih da zameni jedno živorodjenje u odsustvu kontracepcije	E	2,5
Hipotetična stopa ukupnog fertiliteta u odsustvu kontracepcije	F	3205
Aktuelne trudnoće	G	5268

Izvor: Vidi tabelu III 1.

C, E, Procena na osnovu sledećih elemenata:

Interval između dve sukcesivne trudnoće ima tri komponente: trudnoću samu za sebe, postpartum sterilitet i ovulacijski period za vreme koga je verovatnoća začeća veća od nule. Indukovani abortus skraćuje trajanje prve komponente sa devet na tri meseca, skraćuje postgestacioni anovulacijski period, dok ne utiče na period mogućeg začeća. U slučaju umerenog trajanja dojenja i neupotrebe kontracepcije potrebna su dva do tri abortusa da spreče jedno živorodjenje. Ako se upotrebljava efikasna kontracepcija, ovulacijski period je relativno proširen u odnosu na druga dva segmenta intervala između dve sukcesivne trudnoće, potrebno je malo više od jednog abortusa da spreči jedno radjanje (WHO, Spontaneous and Induced Abortion, Technical report No. 461, Geneva, 1970).

$$D = A + B : C \quad C=1,6$$

$$F = A + B : E \quad E=2,5$$

$$G = A + B$$

Veliki broj namernih prekida trudnoće postoji u Srbiji bez pokrajina i pored toga što je moderna nauka pružila nove metode i sredstva kontrole radjanja, koja su sa zdravstvenog i ličnog

stanovišta mnogo prihvatljivija. Ova činjenica ukazuje na protivrečnu situaciju i postavlja više pitanja, među kojima je osnovno zašto se stavovi žena o izboru metoda i sredstava kontrole rađanja ne oslanjaju na savremena naučna znanja? I pored sprovedenih istraživanja, odgovori na ovo pitanje nisu potpuni.

Jedno od retkih reprezentativnih istraživanja, putem kojih se mogu bliže objasniti razlozi velikog broja abortusa u Srbiji bez pokrajina, bile su ankete o fertilitetu udatih žena i planiranju porodice.⁷ Njih je sproveo Centar za demografska istraživanja 1970. i 1976. godine.

Rezultati ovih istraživanja, pored ostalog, pokazali su sledeće:

prvo, 83,5% udatih žena u 1970., odnosno 93,3% u 1976. godini znalo je za postojanje nekog od sredstava i metoda kojim se može sprečiti začecje. S obzirom da je u pitanju samo elementarno znanje, uključujući poznavanje sredstava i metoda koja su već dugo poznata u narodu, visina udela je samo na izgled zadovoljavajuća. To najbolje ilustruju podaci o poznavanju modernih kontraceptivnih sredstava. Nešto manje od polovine anketiranih žena 1976. godine je znalo za postojanje pilule. Obaveštenost o spirali je još manje zadovoljavajuća (33,1%);

drugo, samo nešto više od polovine udatih žena u fertilnom periodu je primenjivalo kontracepciju u vreme sprovođenja obe ankete;

treće, među ženama koje nisu primenjivale kontracepciju dve

⁷ Institut društvenih nauka, Centar za demografska istraživanja, Fertilitet stanovništva i planiranje porodice u Jugoslaviji, Beograd, 1980; Stanovništvo, broj 3-4, 1971; Miroslav Rašević, "Efikasnost kontracepcije i stavovi udatih žena o ovom pitanju", Stanovništvo, broj 3-4/1974 i 1-2/1975; Institut društvenih nauka, Centar za demografska istraživanja, Činioci održavanja fertiliteta iznad, odnosno oko nivoa obnavljanja stanovništva u SR Sloveniji, Beograd, 1984.

trećine nije imalo potrebu da to čini (zbog sterilnosti, zbog toga što su bile trudne u momentu sprovođenja ankete ili su želele da radjaju), a jedna trećina žena to nije činila iako je imala potrebu za kontrolom radjanja. Većina medju njima je izjavila da nije prihvatila kontracepciju iz nepoverenja ili straha prema njoj, zbog religije, protivljenja supruge ili zbog toga što nije čula za kontracepciju, što nema kome da se obrati za savet i slično. Svi ovi razlozi pokazuju da kontracepcija kao moderan fenomen kontrole reproduktivnih procesa nije prodrla u našu sredinu ili još nije u potpunosti shvaćena njena prednost nad abortusom;

četvrto, klasični kontraceptivni metodi su bili znatno rasprostanjeniji nego savremena sredstva protiv začeca. Oko dve trećine (68,1 odnosno 63,9%) udatih žena u Srbiji bez pokrajina primenjivalo je coitus interruptus kao isključiv metod kontrole radjanja u 1970. odnosno 1976. godini. Efikasna kontraceptivna sredstva (pilulu i intrauterini uložak) koristilo je samo 4,6%, odnosno 1,4% žena u vreme sprovođenja ankete;

peto, od ukupnog broja udatih žena starih od 15 do 49 godina koje su u Srbiji bez pokrajina primenjivale kontracepciju, više od jedne trećine žena (39,7%) je imalo jednu ili više neplaniranih trudnoća. Pretpostavlja se da je glavni razlog pretežno korišćenje coitusa interruptusa, kontraceptivne metode nezadovoljavajuće efikasnosti. Moguće je, takodje, da izvesnu ulogu imaju i drugi uzroci, kao što su stavovi ženskog i muškog stanovništva o kontracepciji, znanje o primeni pojedinih sredstava i metoda, intenzitet motiva za kontrolu plodnosti, itd.;

šesto, samo oko 40% udatih žena prema anketi iz 1976. godine je odlazilo u zdravstvene ustanove radi saveta za izbor kontraceptivnih metoda i sredstava i uputstva za njihovo korišćenje;

sedmo, većina anketiranih žena bila je za dozvolu vršenja abortusa (66,3% u 1976. godini) s tim što među njima jedna trećina smatra da prekid trudnoće treba omogućiti "uvek kada to žena želi". Ostale kao dovoljan razlog za indukovani abortus navode veliki broj dece (18,4%), ugroženo ženino zdravlje (11,8), loše materijalne i socijalne uslove (8,3) i drugo. U uslovima življenja sa dostignutim pravom na namerni prekid trudnoće bez ograničenja teško je objasniti zašto je mnogo žena apriori protiv abortusa kao i da samo jedna trećina žena koja je za dozvolu vršenja namernog prekida trudnoće odobrava njegovu punu liberalizaciju. Diskrepancija između individualnog i opšteg stava, saznanje o štetnosti abortusa, sopstveno loše iskustvo sa komplikacijom namernog prekida trudnoće su neki od mogućih razloga za ovakav stav.

Od poslednje ankete je prošlo petnaest godina. U međuvremenu je izvršeno više parcijalnih istraživanja. Sva su u manjoj ili većoj meri potvrdila navedene rezultate ankete iz 1970. i 1976. godine.

Broj prekida trudnoća rastao je na svim velikim područjima u Jugoslaviji, posmatran u dve vremenske tačke, 1969. i 1988. (tabela III 3). Ovaj rast je bio različit, s tim što je on bio upadljivo brži u manje razvijenim nego u razvijenim područjima. Tako je porast abortusa bio najbrži u Bosni i Hercegovini (index 391), na Kosovu i Metohiji (208) i u Makedoniji (188), a najsporiji u Hrvatskoj i Srbiji bez pokrajina (po 121) i naročito u Vojvodini (99). Preostale dve republike predstavljaju delimične izuzetke, pošto je u razvijenoj Sloveniji porast abortusa bio gotovo jednak (165) porastu prekida trudnoće u nerazvijenoj Crnoj Gori (169). Na ovako kretanje abortusa u znatnoj meri delovao je različit intezitet širenja kontrole rađanja, prouzrokovan trendovima fertiliteta u republikama i pokrajinama u razdoblju od 1969. do 1988. godine. U ovom periodu, fertilitet stanovništva je brže opadao u manje razvijenim područjima nego u ostalim, u kojima je već bio na niskom nivou.

Tabela III 3.
Broj prekida trudnoće po republikama i pokrajinama, 1969 i 1988.

	Godina	Ukupno prekida trudnoće	Broj prekida trudnoće		
			Na 100 živorodjenja	Na 100 poznatih trudnoća	Na 1000 žena starih 15-49 godina
Srbija	1969	162643	107,0	51,8	72,2
	1988	193558	125,9	55,6	82,4
Srbija bez pokrajina	1969	119879	151,8	60,4	82,1
	1988	145632	200,5	66,6	103,1
Kosovo i Metohija	1969	5086	10,5	9,9	19,5
	1988	10600	18,8	15,8	23,9
Vojvodina	1969	37678	142,3	59,0	70,8
	1988	37326	150,2	59,9	75,2
Bosna i Hercegovina	1969	17352	19,8	17,1	17,9
	1988	67769	95,8	48,8	57,5
Crna Gora	1969	4740	42,1	30,1	35,9
	1988	8028	78,8	44,0	49,4
Hrvatska	1969	41999	66,0	40,0	35,5
	1988	50967	87,1	46,4	44,9
Makedonija	1969	14431	35,8	26,7	35,2
	1988	27089	71,5	41,5	50,7
Slovenija	1969	12365	44,4	30,7	27,6
	1988	20403	80,9	44,6	42,0

Izvor: Vidi tabelu III 1.

Izraženi u relativnom smislu prekidi trudnoće su, takodje, različiti po republikama i pokrajinama. Posmatrani u odnosu na živorodjenu decu u 1988. godini abortusi su najrasprostranjeniji u Srbiji bez pokrajina (200,5) i Vojvodini (150,2), zatim u Bosni i Hercegovini (95,8), Hrvatskoj (87,1), Sloveniji (80,9), Crnoj Gori (78,8) i Makedoniji (71,5) a daleko najmanje u pokrajini Kosovo i Metohija (18,8). Razlike izmedju razvijenih i manje razvijenih područja postoje, s tim što su one prisutne i u okviru svake od ovih grupa. Oko dva puta više pobačaja u Srbiji bez pokrajina i Vojvodini u odnosu na Sloveniju i Hrvatsku duguje se različitom modelu kontrole radjanja, odnosno različitom stepenu rasprostranjenosti efikasne kontracepcije. Na drugoj strani, upadljivo niska stopa abortusa na Kosovu objašnjava se pre svega

umereno visokim fertilitetom u ovoj pokrajini. Slične karakteristike su postojale i u 1969. godini, s tim što su stope pobačaja bile na nižem nivou u svakoj od republika i pokrajina i što su odnosi medju njima bili nešto drugojačiji. Tako na primer u Crnoj Gori stopa pobačaja je bila dvostruko viša nego u Bosni i Hercegovini (42,1 prema 19,8), dok se u 1988. godini nivo stopa ne ne razlikuje mnogo (78,8 prema 95,8). Ili, nivo stopa u Srbiji bez pokrajina i Vojvodini bio je gotovo isti u 1969. godini a posle devetnaest godina stopa abortusa je bila upadljivo viša u Srbiji bez pokrajina.

Udeo pobačaja u poznatim trudnoćama u 1988. godini je najviši u Srbiji bez pokrajina i Vojvodini (66,6 odnosno 59,9), u ostalim republikama je znatno manji, ali se ipak u svakoj od njih gotovo polovina začeca završava prekidom trudnoće. I u ovom pogledu Pokrajina Kosovo i Metohija se upadljivo razlikuje od ostalih područja, jer je udeo pobačaja nizak (15,8).

Slične karakteristike postoje u regionalnim razlikama izmedju stopa pobačaja na 1 000 žena starih od 15-49 godina.

Broj izvršenih prekida trudnoće u Jugoslaviji bio je u stalnom porastu od početka pune liberalizacije do 1987. godine (tabela III 1). On se povećao od 253 530 u 1969. na 391 688 u 1987. godini ili za jednu polovinu (indeks 154). U ovom periodu broj prekida trudnoće rastao je znatno brže do 1980. godine nego poslednjih godina, kada pokazuje jasnu tendenciju stabilizacije. Ove razlike u trendu abortusa nastale su pre svega kao rezultat odnosa u brzini širenja abortusa i kontracepcije. Prvo se abortus širio brže od kontracepcije a zatim su se približno istim intenzitetom širila oba metoda kontrole radjanja u Jugoslaviji. U 1988. godini ukupan broj indukovanog abortusa u Jugoslaviji manji je za 6,1% u odnosu na prethodnu kalendarsku godinu. Teško je oceniti da li ova promena pripada uobičajenim varijacijama ili je u pitanju početak nove

tendencije.

Pored apsolutnog porasta evidentan je i relativan porast prekida trudnoće u Jugoslaviji do 1987. godine. Broj abortusa meren na 100 živorođene dece u 1969. godini iznosio je 66,2, u 1984. je prvi put premašio broj živorođene dece, a u 1987. godini iznosio je 109,0. Istu tendenciju, mada sa sporijim rastom, otkrivaju podaci o učešću abortusa na 100 poznatih trudnoća: 40,0 u 1969. i 52,0 u 1987. godini. Stope abortusa pokazuju da je u 1969. godini svaka dvadeset prva žena u reproduktivnom dobu života imala prekid trudnoće, a u 1987. godini svaka petnaesta. Ovi rezultati potvrđuju širenje abortusa kao metode kontrole rađanja u posmatranom periodu. Izraženi u relativnom smislu prekidi trudnoće su, takodje, u 1988. godini pokazali niže vrednosti u odnosu na 1987. godinu.

Uzimajući stope legalnih abortusa na 1 000 žena starih 15-44 godina kao merilo, ispred Jugoslavije (71,4 u 1988 godini) i to ubedljivo su samo SSSR (111,9 u 1987. godini) i Rumunija (90,9 u 1983. godini), dok sve ostale zemlje imaju u manjoj ili većoj meri niže stope. Tako na primer visina stope krajem osamdesetih godina iznosila je u Bugarskoj 64,7, Češkoslovačkoj 46,7, Madjarskoj 38,2, SAD 28,0, a u Engleskoj i Velsu 14,2, Francuskoj 13,3, Finskoj 11,7, Škotskoj 9,0, SR Nemačkoj 6,7 i Holandiji 5,3.⁸ Iz citiranih podataka evidentno je da zemlje centralne i istočne Evrope imaju više stope. Liberalizacija abortusa pre nego što su moderna kontraceptivna sredstva bila razvijena i dostupna je zajednički i bitan faktor velikog broja abortusa u ovim zemljama uključujući i Jugoslaviju.

⁸ Stanley Henshaw, Evelyn Morrow, Induced Abortion: A World Review 1990 Supplement, The Alan Guttmacher Institute, New York, 1990.

VRSTA PREKIDA TRUDNOĆE

Razmatranjem prekida trudnoće izvršenih u zdravstvenim organizacijama Srbije bez pokrajina prema vrsti (tabela III 4) uočava se da je i 1969. i 1983-1988. godine dominantan oblik bio legalno indukovani abortus. Njegov udeo u ukupnom broju pobačaja u 1988. godini je bio veći (96,8%) u odnosu na godinu početka pune liberalizacije (86,2%).

Medicinski i društveno je značajno da je broj ilegalnih pobačaja naglašeno apsolutno i procentualno smanjen. To se indirektno može zaključiti iz smanjenja broja ilegalno indukovanih abortusa koji su bili praćeni nekom komplikacijom i otuda registrovani od 9 463 u 1969. godini na 45 u 1988. Udeo ove vrste pobačaja u ukupnom broju prekida trudnoća u Srbiji bez pokrajina poslednjih godina je iznosio neznatnih 0,1. Brojna istraživanja su pokazala da svaki abortus nosi rizik po zdravlje i po život žene, ali i da je taj rizik neuporedivo veći ako se abortus ne vrši u optimalnim uslovima. Otuda činjenica da su ilegalni prekidi trudnoće svedeni na veoma niske vrednosti predstavlja pozitivnu tendenciju. Ona je posledica zakonskog načina tretiranja pobačaja, u najvećoj meri, ali sigurno i širenja mreže zdravstvenih ustanova, zatim veće informisanosti i obrazovanja našeg stanovništva.

Broj spontanih pobačaja u periodu 1969-1988. godine porastao je za gotovo dva puta, ali je njegov udeo u ukupnom broju prekida trudnoće ostao nizak. Bolji uvid o porastu spontanih pobačaja dobijamo ako posmatramo njegovu učestalost u odnosu na poznate trudnoće. U Srbiji bez pokrajina incidencija spontanih abortusa na 100 poznatih trudnoća povećana je od 1,0 u 1969. na 1,7 u 1988. godini. Jedan od uzroka porasta broja spontanih abortusa je sigurno

ukupan porast namernih prekida trudnoće. Treba ipak skrenuti pažnju da zvanično registrovan broj spontanih pobačaja po svemu sudeći

Tabela III 4.
Prekidi trudnoće prema vrsti; 1969. i 1983-1988.

Godina	Ukupno	Legalno indukovan	Spontan	Ilegalno indukovan	Ostali
S R B I J A B E Z P O K R A J I N A					
B r o j					
1969	119879	103290	1967	9463	5159
1983	155828	150987	4131	129	581
1984	160995	155638	4445	219	693
1985	162688	157290	4468	176	754
1986	161481	156434	3990	109	948
1987	153634	148787	3985	61	801
1988	145632	140992	3768	45	827
S t r u k t u r a					
1969	100,0	86,2	1,6	7,9	4,3
1983	100,0	96,9	2,7	0,1	0,4
1984	100,0	96,7	2,8	0,1	0,4
1985	100,0	96,7	2,7	0,1	0,5
1986	100,0	96,9	2,5	0,1	0,5
1987	100,0	96,8	2,6	0,0	0,5
1988	100,0	96,8	2,6	0,0	0,6
J U G O S L A V I J A					
B r o j					
1969	253530	207303	10131	16194	19902
1983	372559	341159	16135	410	14855
1984	384862	358297	16570	685	9310
1985	388933	365966	15544	385	7038
1986	388855	359132	14740	435	14548
1987	391688	365703	16548	399	9038
1988	367814	343304	15548	183	8779
S t r u k t u r a					
1969	100,0	81,7	4,0	6,4	7,9
1983	100,0	91,5	4,4	0,1	4,0
1984	100,0	93,1	4,3	0,2	2,4
1985	100,0	94,1	4,0	0,1	1,8
1986	100,0	92,4	3,8	0,1	3,7
1987	100,0	93,4	4,2	0,1	2,3
1988	100,0	93,3	4,2	0,1	2,4

Izvor: Vidi tabelu III 1.

nije pouzdan. To su i isticali neki autori pri razmatranju ovog pitanja u Srbiji.⁹ Još više ovu pretpostavku potvrđuju velikoregionalne razlike u incidenciji spontanih pobačaja u Jugoslaviji (u 1988. godini, merena na 100 poznatih trudnoća, ona se kretala od 0,6 na Kosovu do 3,8 u Hrvatskoj i 4,4 u Sloveniji), kao i činjenica da je u najrazvijenijim sredinama koje imaju i najprecizniju registraciju zabeležena i najveća stopa spontanih abortusa.

Značajno se u ovom periodu smanjio i broj "ostalih" abortusa u koje spadaju mola hidatioza, neostvaren abortus, prekid trudnoće kao posledica vanmaterične trudnoće i neoznačen abortus. Ovo je sigurno posledica preciznije prijave prekida trudnoće, ali i razvoja medicinske nauke u smislu prevencije, rane dijagnostike i terapije ginekoloških oboljenja.

Podaci o prekidu trudnoće prema vrsti za Jugoslaviju otkrivaju slične karakteristike strukture. Od početka liberalizacije do kraja osamdesetih godina dominantan oblik je legalni abortus, udeo ilegalnih prekida trudnoće je smanjen na minimalan nivo a mada je broj spontanih abortusa u posmatranom periodu porastao za oko 50% njegov udeo u ukupnom broju prekida trudnoće je ostao praktično nepromenjen.

STAROST ŽENE

Razmatranje abortusa u Srbiji bez pokrajina po starosti žena u vreme prekida trudnoće otkriva model sa elementima normalne krive.

⁹ Angelina Mojić "Planiranje porodice u Jugoslaviji", u Fertilitet stanovništva u Jugoslaviji, Institut društvenih nauka, Centar za demografska istraživanja, Beograd, 1983.

Tako je u 1988. godini stopa abortusa po starosti od 15-19 godina iznosila 20,8, od 20-29 godina je bila daleko veća (164,8), u starosti 30-39 godina nešto niža (143,8) a u najvišoj starosnoj grupi stopa se spustila na 24,8 (tabela III 5). Ovakav nivo stopa po starosti je u saglasnosti sa modelom fekunditeta, seksualnom aktivnošću i rasprostranjenošću kontrole radjanja u kojoj je veoma zastupljen artificialni abortus. Mada je ovo uobičajen model za populacije u koje spada i naša, skreću pažnju visoke stope abortusa za sve starosne grupe. U odnosu na 1969. godinu, kada je registrovan sličan starosni model žena koje prekidaju trudnoću, treba naglasiti da je abortusna stopa medju adolescentima gotovo ostala na nepromenjenom nivou dok je ona u ostalim starosnim grupama znatno porasla.

Nepromenjena stopa prekida trudnoće adolescenata ne znači da problem neželjenih trudnoća medju tinejdžerima nije akutan. Naprotiv. Stopa abortusa medju adolescentima se može oceniti kao relativno visoka.¹⁰ Teško je objasniti zašto se adolescenti ne oslanjaju, bar ni približno u dovoljnoj meri, na modernu i efikasnu kontracepciju. Razloge verovatno treba tražiti u raskoraku izmedju biološke i psihološke zrelosti, nepotpunom znanju o načinu sprečavanja neželjene trudnoće, avanturizmu svojstvenom tom uzrastu, pritisku okoline za ranu seksualnu aktivnost, kao i u teškoćama ostvarivanja odgovarajućeg kontakta sa roditeljima, nastavnicima i lekarima. Posebno je pitanje da li izvori otpora za korišćenje kontracepcije leže u samoj prirodi kontracepcije, načinunjene upotrebe ili/i nabavci kontraceptivnih sredstava. Bilo

¹⁰ Brojna istraživanja bavila su se pitanjem odnosa komplikacija i indukovano abortusa medju adolescentima. Russel je saopštio o komplikacijama trudnoće u 50 adolescenata. Ustanovio je veći rizik za pojavu trauma i visok procenat spontanih pobačaja, kao i preranih porodjaja u narednim trudnoćama. Slični su preliminarni podaci velikog prospektivnog istraživanja Svetske zdravstvene organizacije. Tice i Levit su, takodje, podvukli da je prekid trudnoće u žena do 20. godine starosti statistički značajno povezan sa velikim brojem komplikacijama (Lidija Andolšek, "Problemi regulacije fertiliteta u maloletnicama", Zbornik radova, Prvi simpozijum adolescentne ginekologije, Beograd, 1977).

je nastojanja i pokušaja da se putem seksualnog obrazovanja u školama i u okviru savetovališta za predbračne odnose i savetovališta za planiranje porodice učini nešto više na širenju seksualne i zdravstvene kulture i obrazovanjana mladih, ali akcija nije bila ni rasprostranjena ni sistematska.¹¹

Tabela III 5.
Stope prekida trudnoće po starosti žena; 1969. i 1988.

		Starost žena				
		15-49	15-19	20-29	30-39	40-49
Srbija	1969	72,2	18,1	121,6	105,2	19,6
	1988	82,4	16,2	122,5	121,2	22,2
Srbija bez pokrajina	1969	82,1	20,5	141,6	119,7	21,4
	1988	103,4	20,8	164,8	143,8	24,8
Kosovo i Metohija	1969	19,5	2,9	22,8	34,0	9,8
	1988	23,9	2,3	24,7	49,6	13,8
Vojvodina	1969	70,8	21,3	129,2	97,1	17,8
	1988	75,2	24,6	119,1	102,1	20,2
Bosna i Hercegovina	1969	17,9	3,7	24,9	27,3	7,2
	1988	57,5	10,0	77,7	86,7	16,7
Crna Gora	1969	35,9	2,5	43,6	66,0	13,8
	1988	49,4	5,8	59,5	84,5	18,3
Hrvatska	1969	35,5	13,1	62,9	47,7	8,7
	1988	44,9	15,3	73,1	57,1	11,1
Makedonija	1969	35,2	13,3	51,6	52,1	9,6
	1988	50,7	11,4	73,9	72,9	13,7
Slovenija	1969	27,6	25,6	45,0	33,0	4,8
	1988	42,0	19,5	69,9	49,4	11,8
Jugoslavija	1969	47,0	14,0	76,0	67,9	13,1
	1988	62,9	14,2	92,3	90,5	17,2

Izvor: Vidi tabelu 1.

Stope abortusa po starosti žena u 1988. godini, takodje, otkrivaju elemente normalne distribucije i u ostalim velikim područjima u

¹¹ Savet za planiranje porodice Jugoslavije, Savezna konferencija SSRNJ, Dosadašnji rezultati na unošenju sadržaja o humanizaciji odnosa medju polovima u nastavne programe na svim nivoima školovanja dece i omladine, Beograd, 1983.

Jugoslaviji. Međutim, razlike u osobinama distribucije su naglašene. U područjima sa najrasprostranjenijom kontrolom rađanja, kao i u Srbiji bez pokrajina, najviše stope su u starosnoj grupi od 20-29 godina, a u republikama i pokrajini Kosovo u kojima je tranzicija fertiliteta u toku najviše stope su u starosnoj grupi od 30-39 godina. Sem toga, najveće razlike u visini stopa abortusa javljaju se u starosnoj grupi žena od 15-19 godina koje se kreću od 2,3 na Kosovu do 24,6 u Vojvodini. I u ovom slučaju područja se grupišu po stepenu razvijenosti - niže stope su u manje razvijenim, a više u razvijenim područjima. Najmanje su razlike u visini stopa abortusa u starosnoj grupi žena od 40-49 godina, ali je izgubljena pravilnost u podeli područja po stepenu razvijenosti (Crna Gora ima višu stopu od Slovenije i Hrvatske).

Sve ove razlike nije moguće objasniti bez dubinskih istraživanja. Za neke, pak, razlike moguće je dati verovatne hipoteze. Najviše stope abortusa u starosnoj grupi od 30-39 godina u nerazvijenim, odnosno najviše stope abortusa u starosnoj grupi od 20-29 godina u razvijenim područjima trebalo bi interpretirati različitom visinom usvojenih reproduktivnih normi. Upadljivo niže stope abortusa žena starih od 15-19 godina u nerazvijenim nego u razvijenim područjima mogle bi se objasniti različitim statusom adolescenata. Najniže stope abortusa u starosnoj grupi žena od 40-49 godina u Sloveniji i Hrvatskoj moguće je da se duguju sterilizaciji koja jedino u ovim područjima ima legalan status.

Starosni model stopa abortusa po republikama i pokrajinama u 1969. godini u manjoj ili većoj meri deli karakteristike modela u 1988. godini. Uočljiv je rast stopa abortusa u svim starosnim grupama (izuzetak abortusi adolescenata u Sloveniji). Treba naglasiti izuzetno veliki porast abortusnih stopa po starosti žene u Bosni i Hercegovini. One su udvostručene ili čak utrostručene. Ovako brz rast stopa odražava promene koje su se zbile u statusu i žene i muškarca i mladih i starijih. Oni su se u ovoj Republici brže nego

u drugim nerazvijenim područjima našli na raskrsnici modernog i tradicionalnog prihvatajući nove obrasce ponašanja u seksualnoj aktivnosti i kontroli radjanja koji nisu praćeni u istoj meri mnogim važnim civilizacijskim vrednostima.

Starosni model abortusa u Srbiji bez pokrajina ima iste karakteristike kao i odgovarajući model u razvijenim područjima jugoslovenskog prostora. Jedina razlika je u visini abortusnih stopa. One su najviše u Jugoslaviji za sve starosne grupe osim za adolescente čija je stopa druga po visini (viša je u Vojvodini). Nekorišćenje kontracepcije i korišćenje nedovoljno efikasne kontracepcije su osnovni razlog visokih abortusnih stopa u svim starosnim grupama.

Jugoslavija spada u red zemalja kao što su Češkoslovačka i Madjarska koje karakteriše dvojna upotreba abortusa to jest namernom prekidu trudnoće se pribegava i da bi se isplanirao razmak između dece ili ograničilo radjanje ali i da bi se radjanje prvog deteta odložilo. Abortusne stope adolescenata su u Jugoslaviji niže od citiranih zemalja (14,2 prema 22,5 i 26,1) ali su više za starosne grupe 20-29 i 30-39 godina (92,3 i 90,5 u Jugoslaviji prema 68,4 za 20-24, 73,1 za 25-29, 60,2 za 30-34 i 39,4 za 35-39 godina u Češkoslovačkoj i 45,0, 46,6, 46,5 i 41,3 u Madjarskoj respektivno.¹² Starosni model abortusa u ostalim evropskim zemljama je različit. Njega karakterišu najviše stope abortusa u starosnoj grupi od 15-19 godina jer namernom prekidu trudnoće kao metodi kontrole radjanja pribegavaju, pre svega, mlade neudate žene.

Starosna struktura žena koje su prekinule trudnoću u Srbiji bez pokrajina u 1988. godini otkriva da je više od 90,0% žena bilo staro od 20-39 godina (tabela III 6). Ovakva struktura je odredjena

¹²Stanley K. Henshaw, Evelyn Morrow, Induced Abortion ..., op. cit.

prvenstveno seksualnom aktivnošću, visinom reproduktivnih normi i načinom kontrole fertiliteta. Skreću još pažnju relativno "nerasprostranjeni" prekidi trudnoće među adolescentima, koji u strukturi učestvuju sa 2,7%. U 1969. godini struktura abortusa prema starosti žena razlikuje se utoliko što je udeo žena starih do 19 godina bio upola veći (4,2%).

Tabela III 6.
Struktura prekida trudnoće prema starosti žena; 1988.

	S t r u k t u r a p r e m a s t a r o s t i ž e n a (u%)							
	do 14	15-16	17-19	20-29	30-39	40-49	50+	nepoznato
Srbija	0,0	0,2	2,8	43,3	46,6	6,5	0,0	0,6
Srbija bez pokrajina	0,0	0,1	2,6	43,5	47,0	6,1	-	0,7
Kosovo	0,0	0,1	2,1	37,7	49,9	9,8	0,2	0,3
Vojvodina	0,0	0,4	3,8	44,0	44,5	7,2	0,1	-
Bosna i Hercegovina	0,0	0,2	2,5	47,2	43,3	6,0	0,1	0,7
Crna Gora	0,0	0,1	1,7	40,2	49,9	8,0	0,0	-
Hrvatska	0,0	0,4	4,3	48,2	40,3	6,2	0,1	0,5
Makedonija	0,3	0,4	3,2	47,1	42,8	5,8	0,4	-
Slovenija	0,0	0,6	5,9	48,9	37,6	6,9	0,0	-
Jugoslavija	0,0	0,3	3,1	45,2	44,4	6,4	0,0	0,5

Izvor: Vidi tabelu III 1.

Analiziranje starosne strukture žena koje su imale prekid trudnoće u ostalim republikama i u obe pokrajine, takodje, otkriva daleko najveći udeo abortusa među mladjim sredovečnim ženama, zatim među ženama starim 40 i više godina a najmanje medji adolescentima. Medjutim, u odnosu na odgovarajuću strukturu Srbije bez pokrajina nameću se i dve razlike. Prva, u Sloveniji je daleko više relativno učešće adolescenata (6,5%). Objašnjenje treba tražiti i u činjenici da je manji broj abortusa među ženama starim od 20-39 godina

(usled korišćenja efikasne kontracepcije) uticao na više udele abortusa medju adolescentnima (koji još ne koriste kontracepciju, ne upotrebljavaju modernu kontracepciju ili efikasno ne upotrebljavaju izabrano kontraceptivno sredstvo). Druga, Kosovo i Metohija imaju upadljivo više učešće žena starijih od 40 godina (10,0%) na šta je uticala postojeća faza tranzicije fertiliteta.

Nizak udeo adolescenata (3,4) u starosnoj strukturi žena koje prekidaju trudnoću i čak njegov pad u odnosu na godinu pune liberalizacije abortusa (udeo adolescenata je 1969. godine iznosio 5,2) izdvaja Jugoslaviju od razvijenih zemalja. Procenat adolescenatnih neželjenih trudnoća koje su završene abortusom iznosio je, na primer, u SAD 26,2; Engleskoj i Velsu 24,9; Norveškoj 23,3; SR Nemačkoj 13,5; Madjarskoj 11,0; Francuskoj 10,3; Bugarskoj 7,8; Češkoslovačka 7,7 krajem osamdesetih godina.¹³ Niska kontraceptivna prevalencija i odsustvo sterilizacije medju udatim ženama u Jugoslaviji objašnjava ovu razliku.

BRAČNI STATUS

Podaci o bračnoj strukturi žena koje su prekinule trudnoću u Srbiji bez pokrajina u 1988. godini otkrivaju vrlo visok udeo udatih žena (93,4). To je bi slučaj i u 1969. godini (89,0). I u ostalim republikama kao i pokrajinama dominantan je udeo udatih žena. Regionalne razlike u okviru ove strukture na nivou Jugoslavije nisu izrazite. Najveće su izmedju Srbije bez pokrajina s jedne i Vojvodine i Hrvatske sa druge strane (udeo udatih žena u Vojvodini iznosi 88,6 a u Hrvatskoj 89,2). Visok udeo (91,6) žena u braku

¹³ Stanley K. Henshaw, Evelyn Morrow, Induced Abortion ..., op. cit.

koje namerno prekidaju trudnoću (koji se čak povećao u 1988. godini) izdvaja Jugoslaviju od drugih evropskih zemalja (najniži udeo udatih žena registrovan je u Engleskoj i Velsu 24,8 a najviši 78,3 u Bugarskoj).¹⁴ To je još jedan dokaz o širokoj rasprostranjenosti abortusa kao metoda kontrole rađanja u našoj sredini.

PARITET

Struktura žena sa izvršenim prekidom trudnoće prema broju žive dece, između ostalog, indirektno pokazuje uticaj stavova o broju dece u porodici na vršenje abortusa. Podaci za 1988. godinu otkrivaju da je u Srbiji bez pokrajina u momentu vršenja prekida trudnoće 79,8% žena ima jedno ili dva živa deteta (tabela III 7). Žene koje imaju troje i više dece učestvuju u ovoj strukturi u neznatnom broju (10,5). Ovakva distribucija žena odražava pre svega niske reproduktivne norme koje je usvojilo stanovništvo Srbije bez pokrajina. Iako razlika u učešću žena sa jednim detetom (20,1) i sa dvoje dece (59,7) izgleda upadljiva ona se pre svega duguje različitoj starosnoj strukturi. Upravo zahvaljujući starosnoj strukturi kraće vreme izlaganja riziku abortusa karakteriše žene sa jednim detetom koje su mlađe. Takođe, na ove razlike je uticao znatno manji broj žena sa jednim detetom nego sa dvoje dece. Sem toga, ima razloga da se pretpostavi da mlađe žene u većoj meri koriste efikasna kontraceptivna sredstva. Još skreće pažnju činjenica da svaka jedanaesta žena (9,2%) koja je imala abortus u 1988. godini bila bez dece. Najverovatnije da u ovu grupu žena spadaju one koje nisu u braku, ili koje odlažu učešće u

¹⁴ Stanley K. Henshaw, Evelyn Morrow, Induced Abortion ..., op. cit.

reprodukciji zbog toga što nemaju ispunjene sve prethodne uslove (zaposlenje, stan i slično). U svakom slučaju relativno visok udeo žena koje prvo začete, uslovno rečeno završava sa veštačkim prekidom trudnoće predstavlja nepovoljnu pojavu i čitav problem vezan za prekide trudnoće u Srbiji bez pokrajina čini još složenijim i sa medicinskog i sa demografskog stanovišta.

Tabela III 7.
Struktura prekida trudnoće prema broju žive dece; 1988.

	Struktura prema broju žive dece (u%)					
	0	1	2	3	4+	nepoznato
Srbija	10,1	19,9	56,4	8,8	4,3	0,5
Srbija bez pokrajina	9,2	20,1	59,7	8,1	2,4	0,4
Kosovo	14,0	6,3	22,0	17,9	35,6	4,2
Vojvodina	12,4	23,1	53,2	8,9	2,5	0,0
Bosna i Hercegovina	11,5	22,3	48,1	13,0	5,0	0,0
Crna Gora	11,8	11,0	37,5	25,2	14,5	-
Hrvatska	15,0	23,5	39,1	7,9	2,4	12,1
Makedonija	11,4	11,2	51,9	16,4	9,0	-
Slovenija	22,0	26,9	40,7	8,3	2,1	-
Jugoslavija	11,8	20,4	50,9	10,4	4,6	2,0

Izvor: Vidi tabelu III 1.

I u ostalim područjima u Jugoslaviji sa niskim natalitetom najveći broj žena sa izvršenim abortusom u 1988. godini imao je jedno ili dva deteta (Vojvodina 76,3; Bosna i Hercegovina 70,4; Slovenija 67,6; Hrvatska 62,6). U Makedoniji i Crnoj Gori koje imaju umereno nizak natalitet najveći je broj žena koje su u momentu prekida trudnoće imale dva ili tri živa deteta (68,3 odnosno 62,7). Na Kosovu i Metohiji koje se izdvaja sa umereno visokim natalitetom, najveći broj žena u momentu kada su izvršile prekid trudnoće imao

je četvoro i više dece (35,6).

U odnosu na Srbiju bez pokrajina u ostalim republikama i u obe pokrajine je veći broj žena bez žive dece koje su se odlučile na abortus. Daleko ih je najviše u Sloveniji (22,0). Na visinu ovog udela je uticalo neiskustvo i nekorišćenje efikasne kontracepcije mladih žena ali i oslanjanje na modernu kontracepciju žena u braku. Problem očigledno postoji i u ovoj Republici, ali je on svakako blaži nego što proizilazi iz veličine udela zbog toga što je ukupan broj abortusa u Sloveniji relativno mali. Na ostalim velikim područjima visina ovog udela se kreće između 15,0% u Hrvatskoj i 11,4% u Makedoniji. Podatak da svaka sedma žena koja je prekinula trudnoću na Kosovu i Metohiji nema dete kao da je nagoveštaj početka drugojačije kontrole rađanja u ovoj Pokrajini.

Veza između prekida trudnoće i pariteta na nivou Jugoslavije kao celine je odraz želje za malom porodicom u našoj sredini ali i široke prihvaćenosti abortusa kao metode kontrole rađanja udatih žena. Za razliku od odgovarajuće strukture u zemljama sa usvojenim niskim reproduktivnim normama (distribucija žena sa izvršenim prekidom trudnoće bez dece, sa jednim i sa dva deteta) koja ima silazni trend ili oblik obrnute "J" krive, u Jugoslaviji (i Češkoslovačkoj) registruje se uzlazna putanja. Tako, na primer, u Engleskoj i Velsu 59,7% žena bez dece, 14,3 sa jednim i 16,0% sa dvoje dece se odlučilo da prekine trudnoću u 1987. godini. U SR Nemačkoj odgovarajući udeli iznose 47,4, 20,3 i 20,9.¹⁵ Nasuprot, u Jugoslaviji svaka osma žena koja prekida trudnoću nema dete, svaka peta ima jedno a svaka druga dvoje dece. Presudan uticaj na ovakvu strukturu su imale Srbija bez pokrajina i Vojvodina, sredine sa najvećim brojem namernih prekida trudnoće, gde je abortus metod kontrole rađanja udatih žena.

¹⁵ Stanley K. Henshaw, Evelyn Morrow, Induced Abortion ..., op.cit.

PONOVLJENI ABORTUS

Podaci koji se odnose na ponovljeni abortus u Srbiji bez pokrajina dostupni su samo za nekoliko poslednjih godina (od 1983. do 1988. godine). Pri njihovom tumačenju bitno je naglasiti da se informacija o broju prethodnih prekida trudnoće dobija od žena neposredno pre prekida tekuće trudnoće. Zbog ove okolnosti ocenjuje se da ova vrsta podataka nije potpuno pouzdana. Potrebno je još naglasiti da se pri obradi podataka ne pravi razlika između prethodnog namernog i prethodnog spontanog abortusa. I pored ovih ograda, podaci govore da oko 80% žena koje su se odlučile da prekinu trudnoću u svakoj od posmatranih godina već imalo prekid trudnoće. Ili, više od 100 000 abortusa godišnje su ponovljeni abortus (u 1988, na primer, 117 469 prekida trudnoće su abortusi prvog ili višeg reda). Uz veliki broj abortusa, ovo je izrazito nepovoljna karakteristika kontrole reprodukcije u Srbiji bez pokrajina. Ona je dokaz izbora i oslanjanja žena na krajnje neracionalan metod kontrole radjanja, odnosno upotrebe manje efikasne kontracepcije ili nebrižljive upotrebe izabranog kontraceptivnog sredstva. To je neprihvatljivo, jer je sigurno da se mogući negativni efekti abortusa na zdravlje žene ili ishod kasnijih trudnoća kumuliraju sa pribegavanjem većem broju abortusa.

S obzirom na kratku vremensku seriju ne zna se da li je fenomen ponovljenih abortusa dostigao svoj eventualni maksimum. Iskustvo drugih zemalja pokazuje da udeo ponovljenih abortusa raste dugi niz godina posle liberalizacije.¹⁶ Kristofer Tice, na primer, smatra da je rizik za ponovljeni abortus mnogo veći nego rizik za prvi

¹⁶Patricia G. Steinhoff et al., "Women Who Obtain Repeat Abortions: A Study Based on Record Linkage", *Family Planning Perspectives*, Volume 11, Number 1, January/February 1979.

abortus iz najmanje pet razloga. Prvi je starost. Među ženama koje su imale najmanje jedan abortus, najveći broj njih je u seksualno najaktivnijem reproduktivnom dobu (25 do 29 godina). Drugo, sve žene koje su imale namerni prekid trudnoće u reproduktivnoj istoriji bile su seksualno aktivne i može se pretpostaviti da će one nastaviti da budu seksualno aktivne i posle abortusa. Treće, sve žene sa abortusnim iskustvom se mogu smatrati fertile jer je verovatnoća postabortusnog steriliteta mala a sterilizacija posle abortusa retka. Četvrto, sve žene koje su imale namerni prekid trudnoće su već najmanje jednom prihvatile da na ovaj način spreče neželjeno radjanje. Na kraju, vrlo malo žena želi da se isključivo oslanja na abortus ali veći broj žena nalazi da je teško kontinuirano i efikasno upotrebljavati kontracepciju.¹⁷ Neki psihijatri i socijalni radnici veruju da postoji i sindrom koji oni zovu "voljno izlaganje neželjenoj trudnoći" ili "neurotični recidivizam ponovljenih abortusa". Oni naime smatraju da neurotična potreba da se testira sposobnost začeca posle abortusa ili nesvesna želja da se ima dete uprkos svemu, kao i način da se prevlada traumatično iskustvo prvog abortusa su osnova za novi abortus.¹⁸ Tice je izračunao i procenat žena koji se očekuje da će imati najmanje jedan namerni prekid trudnoće za različite vremenske periode po prvom abortusu. U prvoj godini po namernom prekidu trudnoće taj se procenat kreće između 2,7 i 12,7 pri upotrebi 99% odnosno 95% efikasne kontracepcije. Četiri godine posle prvog namernog prekida trudnoće procenat žena koji se očekuje da će imati drugi abortus penje se na 12,6 pri upotrebi 99% efikasne kontracepcije odnosno 49,3 pri upotrebi 95% efikasne

¹⁷ Christopher Tietze, "Repeat Abortions - Why more?", Family Planning Perspectives, Volume 10, Number 5, September/October, 1978.

¹⁸ Nancy Howell Lee, The Search for an Abortinist, The University of Chicago Press, Chicago, London, 1969.

kontracepcije.¹⁹

Struktura žena koje su imale abortus u 1988. godini u Srbiji bez pokrajina prema broju ranijih prekida trudnoće je gotovo ujednačena (tabela III 8). Svaka peta žena je bez prethodnog abortusa (18,9%), sa jednim (18,6) ili sa dva prekida trudnoće (22,6%). Nešto je više žena sa četiri i više abortusa (23,7%) a najmanje sa tri abortusa u reproduktivnoj istoriji (15,7). U poredjenju sa regionima u Jugoslaviji, istu karakteristiku strukture ima i Vojvodina, područje sa, takodje, velikim brojem abortusa. Na drugoj strani je Slovenija, u čijoj strukturi više od jedne polovine žena nije imalo ni jedan abortus, više od jedne četvrtine je imalo jedan abortus a samo 2,6% žena je imalo četiri i više abortusa. Očigledno je da su stavovi prema abortusu i ponašanje u ovim razvijenim područjima rangirani od izbora abortusa u posebnim situacijama na primer za prekid vanbračne trudnoće i u slučaju greške efikasne kontracepcije (Slovenija) do prihvatanja abortusa kao dominantnog metoda kontrole radjanja (Srbija bez pokrajina i Vojvodina). Izmedju ova dva krajnja oblika nalaze se strukture žena prema broju ranijih prekida trudnoće ostalih republika i Pokrajine Kosovo i Metohija.

Podaci za Jugoslaviju pokazuju da u ukupnom broju abortusa ponovljeni abortusi učestvuju sa nešto više od 70%. Najveći je broj žena bez ijednog abortusa (28,1) i sa jednim prekidom trudnoće (22,9%). Ova tendencija opadanja udela žena nastavlja se sa rastom broja abortusa. Po svemu sudeći, veliki broj žena u Jugoslaviji tek posle nekoliko abortusa počinje ozbiljnije da shvata neprihvatljivost prekida trudnoće kao metode kontrole radjanja i počinje da primenjuje efikasniju kontracepciju. Medjutim, treba naglasiti da je svaka šesta žena koja je prekinula trudnoću u 1988.

¹⁹ Christopher Tietze, "The Problem of Repeat Abortions", Family Planning Perspectives, Volume 10, Number 3, May/June, 1974.

godini imala četiri i više prekida trudnoće. To jest, relativno veliki broj žena prihvata abortus kao rešenje kontrole rođanja a ne samo za posebne situacije. Jedan od razloga ovako visokog udela žena koje su imale četiri i više prekida trudnoće je odsustvo sterilizacije, koja je u Jugoslaviji tek u začetku.

Tabela III 8.
Struktura prekida trudnoće prema broju ranijih prekida trudnoće; 1988.

	Struktura prema broju ranijih prekida trudnoće (u %)					
	0	1	2	3	4+	nepoznato
Srbija	21,2	19,4	21,7	14,9	22,2	0,7
Srbija bez pokrajina	18,9	18,6	22,6	15,7	23,7	0,5
Kosovo	45,6	19,6	13,1	8,3	6,4	7,0
Vojvodina	23,4	22,3	20,2	13,5	20,5	0,0
Bosna i Hercegovina	28,8	26,2	19,7	11,4	13,9	0,0
Crna Gora	34,3	25,7	18,2	10,8	11,0	-
Hrvatska	34,7	26,6	15,3	6,3	4,5	12,6
Makedonija	41,7	28,4	17,7	7,6	4,5	-
Slovenija	53,8	27,2	11,9	4,5	2,6	-
Jugoslavija	28,1	22,9	19,5	11,8	15,5	2,2

Izvor: Vidi tabelu III 1.

Na kraju, treba podvući da među petnaest zemalja u svetu za koje su dostupni podaci koji se odnose na distribuciju legalnog abortusa prema broju ranijih prekida trudnoće Jugoslavija ima neuporedivo najlošiju strukturu. U Jugoslaviji je upadljivo viši i udeo ponovljenih abortusa i udeo abortusa višeg reda. Na primer, procentualna distribucija legalnih abortusa prema broju prethodnih namernih prekida trudnoće u Češkoslovačkoj iznosi 57,8% za nultni prekid trudnoće, 27,9% za jedan, 10,3% za dva i 4,1 za tri i više

indukovanih abortusa, u Finskoj 74,4, 19,9, 4,2 i 1,5% a u Francuskoj 81,0, 15,3, 2,8 i 0,9% respektivno.²⁰

GESTACIONA STAROST

Jedan od najvažnijih faktora abortusa, koji direktno utiče na mortalitet i morbiditet, je period gestacije u kojem je trudnoća prekinuta. Istraživanja su pokazala da se rizik, broj i težina komplikacija kao i smrtnost povećavaju sa svakom nedeljom gestacije.²¹ Pored toga kasniji abortusi prouzrokuju veće etičke dileme i emocionalne konflikte, kako za žene koje prekidaju trudnoću tako i za lekare koji vrše abortus.

U Srbiji bez pokrajina, podaci o gestacionoj starosti u momentu prekida trudnoće (tabela III 9) pokazuju da ogromna većina žena (98,6%) prekida trudnoću do 10. nedelje, odnosno preko 99% abortusa je izvršeno u prvom trimestru trudnoće u 1988. godini. Struktura je praktično bila ista i pre devetnaest godina, što potvrđuju podaci za 1969. godinu. Ovakvo stanje je pozitivno i u određenoj meri ublažava čitav problem abortusa u Srbiji. Ono se duguje pre svega zakonskoj regulativi, a verovatno reflektuje i rašireno shvatanje među ženama da je abortus manje opasan kada se izvrši ranije, kao i rasprostranjenost zdravstvenih ustanova i jednostavnost procedure za prekidanje trudnoće. Udeli abortusa sa gestacionom starošću od 13. do 16. i od 17. do 28. nedelje su minimalni. Međutim, oni se

²⁰ Stanley K. Henshaw, Evelyn Morrow, Induced Abortion ..., op.cit.

²¹ Iz strane literature je poznato, nažalost mi nemamo sistematskih istraživanja iz ove oblasti, da mortalitet raste oko 20% sa svakom nedeljom gestacije između 8. i 15. nedelje a mnogo brže između 15. i 20. nedelje.

ne mogu potpuno izbeći. To se posebno odnosi na kategoriju od 17. do 28. nedelje gestacione starosti jer se putem prenatalne dijagnostike, koja se sve više primenjuje u našoj sredini, kao što je poznato, sprečava radjanje dece sa velikim fizičkim i mentalnim defektom. Na primer, na ovaj način je moguće detektovati Downov sindrom, Tay Sachsovu bolest, srpastu anemiju, anencefaliju, spinu bifidu i drugo. Prenatalna dijagnostika je retko moguća pre 16. nedelje gestacije a u nekim slučajevima definitivno odredjivanje je moguće tek posle 22. ili 24. nedelje.²²

Tabela III 9.
Struktura prekida trudnoće prema gestacionoj starosti; 1988.

	Struktura prema gestacionoj starosti (u %)				
	do 10 nedelja	11-12 nedelja	13-16 nedelja	17-28 nedelja	nepoznato
Srbija	98,3	0,7	0,3	0,4	0,2
Srbija bez pokrajina	98,6	0,6	0,3	0,5	-
Kosovo	95,5	1,7	0,5	0,3	2,0
Vojvodina	97,8	0,9	0,3	0,5	0,6
Bosna i Hercegovina	96,6	1,2	1,1	0,7	0,4
Crna Gora	97,8	1,1	0,6	0,5	-
Hrvatska	82,9	3,8	1,0	1,5	10,8
Makedonija	94,2	4,7	0,3	0,6	0,2
Slovenija	84,4	11,4	2,9	1,3	-
Jugoslavija	94,8	2,1	0,7	0,7	1,7

Izvor: Vidi tabelu III 1.

²² Broj abortusa baziran na prenatalnoj dijagnostici je sasvim mali uključujući i razvijene zemlje. Kristofer Tice je procenio da udeo abortusa koji se godišnje izvrši u SAD kao rezultat prenatalne dijagnostike iznosi deseti deo jednog procenta (Patrick Sheeran, *Women, society, the state and abortion*, Praeger Publishers, New York, 1987).

Ukršteni podaci o gestacionoj starosti i starosti žene u momentu prekida trudnoće otkrivaju da češće prekidaju trudnoću posle 10. nedelje žene stare do 19 godina. Tako je, u 1988. godini, udeo adolescentkinja koje su prekinule trudnoću posle zakonski određene gornje granice viši gotovo četiri puta (5,3) od odgovarajućeg udela žena svih starosti (1,4). Objašnjenje treba prvenstveno tražiti u strahu od suočavanja sa realnošću. Mlade devojke odlažu odlazak kod lekara na vreme zbog straha od reakcije roditelja, partnera ili lekara a često i zbog iracionalnih razloga. Ovim razlozima treba dodati i one koji su povezani sa neurednošću menstrualnog ciklusa, nepoznavanjem zakonskih propisa kao i neupućenost u rizike kasnih abortusa. Takodje, češće prekidaju trudnoću posle desete nedelje žene starije od 50 godina (1,6%) u odnosu na žene stare između 40 i 49 godina (1,0) usled pogrešne interpretacije izostanka menstruacije. One amenoreju usled trudnoće zamenjuju sa menopauzom.

Struktura abortusa prema gestacionoj starosti u ostalim republikama i u obe pokrajine u 1988. godini ne pokazuje bitne razlike, jer, takodje, u svakoj od njih upadljivo dominira prekid trudnoće do 10. nedelje. One, pak, razlike koje skreću pažnju javljaju se u Hrvatskoj i Sloveniji. U svakom od ovih područja udeo abortusa do 10. nedelje gestacije je znatno niži nego u drugim republikama. Slovenija se još izdvaja relativno visokim udelom abortusa sa gestacionom starošću od 13 i više nedelja (4,2%). Sve ove razlike teško je objasniti bez posebnih istraživanja. Medjutim, na njih je svakako uticao apsolutni broj abortusa koji je daleko veći u Srbiji bez pokrajina nego u Sloveniji i Hrvatskoj. Pri njihovoj interpretaciji treba imati u vidu razlike u nepoznatoj gestacionoj starosti koja je naročito visoka u Hrvatskoj (10,8%).

Poredjenje dužine gestacije u momentu prekida trudnoće među zemljama je otežano zbog razlika u merenju gestacione starosti i razlikama u programu obrade ove karakteristike. I pored toga može se zaključiti da Jugoslavaja svakako spada u red zemalja sa

najvišim udelom legalnih abortusa izvršenih u granici koja je medicinski prihvatljiva. I ova razlika se dobrim delom duguje masovnom abortusu u Jugoslaviji. Jer u zemljama sa malim brojem abortusa daleko je više "iznudjenih abortusa" objektivno uzrokovanih. Naime, prekidi trudnoće gestacione starosti 13 i više nedelja u strukturi abortusa u Jugoslaviji učestvuju sa 1,4% dok su ti udeli u većini razvijenih zemalja upadljivo viši. Na primer, u Japanu 6,5; Holandiji 8,7; SAD 8,9; Engleskoj i Velsu 13,0.²³

KOMPLIKACIJE I SEKVELE

Razmatranje komplikacija namernog prekida trudnoće u Jugoslaviji i Srbiji se oslanja na parcijalna istraživanja jednog broja ginekologa, kao i nekoliko studija koje su se kompleksnije bavile ovim problemom. Nažalost, reprezentativnih istraživanja nije bilo, niti zdravstvena statistika u svom programu obuhvata komplikacije abortusa. Ovi razlozi ograničavaju analizu, ali je gradja iako skromna korišćena zbog važnosti teme.

Komplikacije posle namernog ilegalnog prekida trudnoće su najbrojnije i najteže, posebno kada prekid trudnoće obavljaju nestručna lica u nesterilnim uslovima. Sredinom pedesetih godina ovaj oblik abortusa bio je veoma zastupljen u našoj sredini, tek je nastupala antibiotska era i bitne posledice po svom značaju u vidu peritonitisa, septikemije i sepse često se navode u literaturi

²³ Stanley K. Henshaw, Evelyn Morrow, Induced Abortion ..., op.cit.

(procenat varira od 2,2-5,0 kod različitih autora) ²⁴ kao razlog dolaska u zdravstvenu ustanovu žena posle kriminalnog abortusa. Dugotrajne komplikacije ilegalnih abortusa su retko istaživane. Mašić je, na primer, utvrdio jasnu vezu između ektopične trudnoće i ilegalnog abortusa.²⁵

U šezdesetim godinama raste broj abortusa u zdravstvenim ustanovama, ali tu tendenciju ne prati odgovarajući porast broja lekara akušera, tako da se tada perforacija uterusa kao komplikacija prekida trudnoće javlja kao problem. Učestalost ove komplikacije bila je relativno visoka. Škurina navodi podatak o jednoj perforaciji na 407 pobačaja u Ginekološko-akušerskoj klinici u Beogradu upoređujući ovaj podatak sa relacijom koju navode drugi autori: Popović 1:128, Dekarijus 1:330, Pruden 1:351, Novak 1:449, Mladenović 1:464, Kostić 1:475.²⁶ Savezni zavod za zdravstvenu zaštitu je sprovodeći 1964. godine anketu o posledicama pobačaja u četrnaest ustanova u Jugoslaviji, kojom je bilo obuhvaćeno 6 440 žena, utvrdio da je frekvencija javljanja ove najteže neposredne komplikacije 1:498.²⁷ Perforacija uterusa značajna je jer dovodi do traumatskog šoka, ako se brzo ne interveniše bolesnica može da izgubi život usled iskrvavljenja ili infekcije a borba za očuvanje uterusa je uvek neizvesna. Svaka dalja intervencija u slučaju očuvanja uterusa kod kasnijih porodjaja ili pobačaja predstavlja

²⁴J. Bocev, "Neposredni i rani komplikacijii po abortus artificialis", Zbornik radova, II kongres ginekologa i akušera Jugoslavije, Beograd, 1972; P. Paunović, "Difuzni peritonitis posle septičkog pobačaja", XII ginekološko-akušerska nedelja, Srpsko lekarsko društvo, Beograd, 1968; B. Stanojlović, D. Stepanović, "Difuzni gnojavi peritoniti porekla kriminalnih pobačaja", XII ginekološko-akušerska nedelja, Srpsko lekarsko društvo, Beograd, 1968.

²⁵V. Mašić, "Ilegalni nestručni abortus kao dominantan etiološki faktor vanmaterične trudnoće", Medicinski Arhiv, broj 26, Sarajevo, 1972.

²⁶T. Škurina i saradnici, "Perforacija uterusa legalnog abortusa", Zbornik radova, V kongres ginekologa i opstetičara Jugoslavije, Sarajevo, 1964.

²⁷Angelina Mojić, Pobačaj i regulisanje začeca, Medicinska knjiga, Beograd, 1967.

veliku opasnost za ženu pa je prema tome i njena generativna sposobnost smanjena. Istovremeno je saopšteno da je svaka peta žena ili 21,7% imala neku od neposrednih ili odloženih ranih komplikacija namernog prekida trudnoće. Najčešće postabortusno krvarenje, produžetak trudnoće i endometritis.

Sedamdesetih godina ne prestaje interes ginekologa za problematiku komplikacija posle pobačaja. U studiji Ginekološko-akušerske klinike u Beogradu, kojom je obuhvaćeno 2 359 žena u Srbiji, utvrđeno je da se rane komplikacije namernog prekida trudnoće javljaju u 21,3% slučajeva, kao i da su prisutne velike regionalne razlike. Svaki deseti abortus u Vojvodini, svaki peti u Beogradu, odnosno skoro svaki treći u Srbiji bez pokrajina (izuzimajući Beograd) je praćen komplikacijom.²⁸ Jedna od, takodje, zapaženih studija o konsekvencama namernog abortusa je takozvana Ljubljanska studija. Njom je obuhvaćeno 4 733 žena u Sloveniji. Utvrđena učestalost ranih komplikacija kretala se između 8,8% za 7-8. nedelju gestacije do 14,2% za 11-12. nedelju. Ispitivane su i komparativno dve metode artificijalnog abortusa u odnosu na rane komplikacije, Rh senzibilizaciju, cervikoistmičnu inkopetenciju i ekstrauterini graviditet. Glavni nalaz bio je da vakuum aspiracija ima prednost u odnosu na klasičnu metodu kiretažom jer je operacija brža, redja je perforacija uterusa (0,0% za vakuum aspiraciju prema 0,6% za dilataciju i kiretažu), manji je gubitak krvi (signifikantno veći broj žena je zahtevao dodatnu intervenciju uterotonicima da bi se kontrolisalo krvavljenje tokom dilatacije i kiretaže - 6,0% u odnosu na 3,9% pri vakuum aspiraciji) i redje su pelvične infekcije koje zahtevaju ponovnu hospitalizaciju (0,6% u grupi vakuum aspiracije prema 1,2% u grupi dilatacije i kiretaže). Vakuum aspiraciju treba vršiti do 10. nedelje graviditeta, jer se

²⁸ Vojin Šulović, Obnavljanje stanovništva posmatrano sa stanovišta reproduktivne fiziologije, Srpska akademija nauka i umetnosti, Problemi populacione politike u Srbiji, 9 februar 1988, Beograd.

posle tog vremena pobačaj mora završiti i kiretom. Preporučuje se davanje Rh D anti imunoglobulina nakon abortusa kod Rh negativnih žena. Rezultati ispitivanja nisu išli u prilog hipotezi da je rizik za vanmateričnu trudnoću povećan posle artificijalnog abortusa. Čak je rizik bio i manji kod žena koje su imale višestruki prekid trudnoće. Takodje je, bitan nalaz relativno visokog procenta inkopetencije cervikalnog kanala i uterinih sinehija kod primipara i nuligravida.²⁹ Posle ove studije nije bilo više dilema oko metode izbora za prekid trudnoće do 10. nedelje gestacije i od tada se klasičan metod kiretom sve manje upotrebljava u Jugoslaviji.

Danas se mnogi autori slažu da su sledeće neposredne i odložene rane komplikacije abortusa moguće: atonija uterusa, krvarenje, šok, kolaps, povrede genitalnih organa uključujući i perforaciju uterusa, rezidua decidue, zatim razne infekcije, alergijske reakcije, tromboflebitisi i druge. Ozbiljne rane komplikacije su retke. Na primer, perforacija uterusa se javlja na 665 abortusa (Bocev), na 705 (Dežulović), na 1 200 (Burdjelas), na 2 331 abortus (Kuprešanin). Kiretaže je pratio Grubišić dugi niz godina i našao je da je svake godine bilo oko 1,1% rezidua postabortum.^{30,31} Najveći broj ranih komplikacija se danas odgovarajućom terapijom leči i ne ostavlja trajne posledice. Medjutim, rane komplikacije pobačaja ne retko su uzrok poznih komplikacija koje mogu postati hronične, odnosno mogu poprimiti trajni karakter. To je posebno bitno za žene koje nemaju decu a žele da prekinu prvu trudnoću i za

²⁹ Lidija Andolšek (editor), The Ljubljana Abortion Study 1971-1973, National Institutes of Health Center for Population Research, Md., Ljubljana, 1974.

³⁰ Ljubomir Antonovski, "Medicinski aspekt artificijalnog abortusa u Jugoslaviji", u Fertilitet stanovništva i planiranje porodice u Jugoslaviji, op. cit.

³¹ Rizik za perforaciju uterusa i rekiretažu je iako nizak viši u našoj sredini u poredjenju sa učestalošću javljanja ove dve komplikacije u SAD (0,03% za perforaciju uterusa, 0,10% za ponavljanje abortusa prema izveštaju za 1987. godinu National Abortion Federation).

žene koje su se odlučile na abortus a nemaju željeni broj dece.

Indirektno o komplikacijama abortusa možemo saznati iz podataka o broju registrovanih inflamatornih oboljenja genitalnih organa žene koji su raspoloživi samo za Jugoslaviju. Njih je u 1969. godini bilo 270 697, a u 1983. godini 681 806. Udeo u strukturi ukupno registrovanih oboljenja u dispanzerima za žene koji pripadaju ovoj kategoriji povećao se od 24,1% na 27,2% . Inflammatorna oboljenja unutrašnjih genitalnih organa mogu biti uzrok steriliteta žene. U periodu 1969-1983. godine broj registrovanog steriliteta u dispanzerima za žene povećao se od 37 902 na 68 819, a broj žena koji se lečio od steriliteta u bolnici povećan je od 10 039 na 19 323. Na osnovu ovih podataka možemo osnovano pretpostaviti da je sterilitet u populaciji žena fertilnog doba u Jugoslaviji u porastu i da je usko povezan sa porastom namernih prekida trudnoće.³²

Direktnije o problemu abortusa kao uzroku steriliteta može se suditi na osnovu rezultata pomenute studije Ginekološko-akušerske klinike u Beogradu. Testirajući 21 socio-ekonomsku, demografsku i medicinsku varijablu autori su utvrdili da namerni prekid trudnoće i broj namernih prekida trudnoće imaju statistički značajna faktorska opterećenja (0,459 i 0,440) što ih svrstava u važne diskriminatore neplodnosti.³³

Posebno je važan sterilitet koji je posledica prekida trudnoće kod nuligravida. Mojsilović i Stefanović utvrdili su 14,4% sekundarnog steriliteta kod ove kategorije žena, bez obzira što je intervencija izvršena pod optimalnim medicinskim uslovima. Oni navode da su

³² Ljubica Basta, Analiza kretanja pobačaja u SFRJ, Savezni zavod za zdravstvenu zaštitu, Beograd, (umnoženo).

³³ Dražen Malačić, Medicinski i socijalni aspekti problema humane reprodukcije u SR Srbiji, doktorska disertacija, Medicinski fakultet, Beograd, 1983.

drugi autori utvrdili veći procenat (Mladenović i Živanović 22%).³⁴ Mada ovi rezultati izgledaju vrlo visoki, oni skreću pažnju na postojanje problema.

Značajne komplikacije abortusa su i insuficijencija unutrašnjeg ušća materice i rascepi na grliću materice, koji su uzrok spontanih pobačaja kao i prevremenih porodjaja. Već je naveden podatak da je u poslednjih dvadesetak godina incidencija spontanih abortusa na 100 poznatih trudnoća povećana i u Srbiji i u Jugoslaviji. U studiji Ginekološko-akušerske klinike iz Beograda multivarijantna diskriminatorna analiza je pokazala da su najvažniji faktori - diskriminatori ispitanica sa i bez spontanog pobačaja namerni pobačaj (faktorsko opterećenje 0,486) kao i broj namernih pobačaja (0,443) od ukupno 21 ispitivanog socio-ekonomskog, demografskog i medicinskog pokazatelja. Na isti način je tražena veza između abortusa i prevremenog porodjaja. Zaključeno je da je namerni prekid trudnoće važan predikator prevremenih porodjaja (faktorsko opterećenje 0,145) i da zauzima šesto mesto od ispitivanih faktora.³⁵ Ovaj zaključak nije potvrđen u jednom istraživanju u Sloveniji u kojem je konstatovano da namerni abortus ne utiče na ishod sledeće trudnoće, tj. ne povećava rizik za spontani abortus, prevremeni porodjaj niti za nisku težinu novorođenčeta.³⁶

Psihičke sekvele indukovanog abortusa, takodje, su istraživane. Jedan broj jugoslovenskih autora, među kojima su bili i psihijatri, zastupao je mišljenje da je svaki abortus stresogeno iskustvo i rizik za mentalni poremećaj. Šimić je, na primer, utvrdio da 40% žena godinu dana po prekidu prve trudnoće ispoljava

³⁴Ljubomir Antonovski, "Medicinski ...", op. cit.

³⁵Dražan Milačić, Medicinski i socijalni ..., op. cit.

³⁶Marija Pompe-Tanšek i saradnici, "Uticaj artificijalnog abortusa na tok i ishod sledeće trudnoće", Jugoslovenska ginekologija i opstetricija, volumen 22, broj 5-6, 1982.

neurotične reakcije (za 20% više nego pre prve trudnoće a za 30% manje nego za vreme neželjene trudnoće) kao što su stalno sniženo raspoloženje, gubitak poverenja u sopstvene snage, nedostatak spontanosti u afektivnim reagovanjima, poremećaj sna, osećaj umora, smanjena radna sposobnost.³⁷ Takodje, istraživanje sprovedeno u Institutu za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije je pokazalo da je za 11% adolescentkinja abortus predstavljao težak emocionalni stres i bio neposredni uzrok depresiji.³⁸ Drugi, pak, smatraju da je nepovoljna psihološka reakcija na neželjenu trudnoću mnogo ozbiljnija nego nepovoljna reakcija zbog abortusa i ističu praktičnu vrednost abortusa kao načina da se izadje iz stresogene situacije. Tako, u jednom istraživanju koje je obavila Nila Kapor-Stanulović, 1972. godine, procedura prekida trudnoće podeljena je na tri dela: period pre, sama intervencija i period posle prekida trudnoće. Ovakva podela je omogućila detaljno analiziranje reakcije na abortus. Utvrđeno ja da je za većinu žena (60%) najteži period bio prekid trudnoće koga karakterišu nervoza, napetost, neraspoloženje, svadljivost, revoltiranost, teškoće sa koncentracijom, kao i sukobi sa partnerom. Ukazano je, takodje, da ova različita psihološka ispoljavanja, koja su rezultat reakcije na neplaniranu trudnoću, trudnoću koja se ne želi i ne može prihvatiti, često zamenjuje osećaj olakšanja nakon izvršenog prekida trudnoće.³⁹ Mora da se napomene da su ovi rezultati dobijeni u sredini gde je abortus već dugo dominantan metod kontrole fertiliteta.

³⁷ S. Šimić, R. Bokonjić, P. Konstatinović, "Psihički poremećaji nakon artificijalnog prekida prve trudnoće", Zbornik radova, Peti kongres ginekologa opstetičara Jugoslavije, Sarajevo, 1964.

³⁸ S. Milojević, V. Dramušić, Lj. Milosavljević, "Psihički poremećaji kao posledica legalnog prekida trudnoće kod maloletnica", Zbornik radova, VII kongres ginekologa opstetičara Jugoslavije, Beograd, 1972.

³⁹ Nila Kapor-Stanulović, Psihologija roditeljstva, Nolit, Beograd, 1985.

MORTALITET

Podaci o mortalitetu koji prati i posledica je abortusa i pored toga što su bazirani na vitalnoj statistici nedovoljno su pouzdani u pogledu obuhvata i kvaliteta. Sumnju o nepotpunom obuhvatu najbolje ilustruju varijacije broja umrlih usled prekida trudnoće u Srbiji bez pokrajina i razlike medju republikama. Tako je u Srbiji bez pokrajina u razdoblju od 1983-1987. godine registrovano tri slučaja umrlih od abortusa a u 1988. godini sedam. Sa druge strane, u istom periodu u Sloveniji je bilo dvostruko više umrlih nego u Crnoj Gori (tabela III 10). Izvore nedovoljne pouzdanosti podataka teško je objasniti. Jedna od pretpostavki je da uzrok smrti od abortusa nije identifikovan kao takav i da je svrstan u kategoriju nepoznatog uzroka, koja je inače visoka i u Srbiji bez pokrajina i u Jugoslaviji (u 1988. godini je iznosila 7,5% odnosno 7,4%).⁴⁰ Sem toga, obuhvaćeni su smrtni slučajevi koji su vezani za neposrednu medicinsku intervenciju i rane komplikacije, a ne i smrtni slučajevi koji su nastali kao kasna komplikacija izvršenog abortusa. Jedan od važnih nedostaka je što se ništa ne zna o bitnim faktorima za dublje razumevanje ovog problema kao što su vrste abortusa, trajanje trudnoće u momentu prekida, vrsta medicinske intervencije, tip anestezije, odnosno neposredan uzrok smrti. Statistička signifikantnost je, takodje, upitna s obzirom da je frekvencija umrlih vrlo niska.

No, i pored sumnje u pouzdanost podataka oni otkrivaju jasnu tendenciju smanjivanja mortaliteta usled abortusa. To je vidljivo na nivou svih velikih područja jugoslovenskog prostora. U Srbiji bez pokrajina broj umrlih žena smanjen je od 34 u 1969. godini na

⁴⁰ Savezni zavod za statistiku, Demografska statistika 1989, Beograd, 1991.

Tabela III 10.
Mortalitet usled prekida trudnoće; 1969-1988.

	1969	1971	1975	1980	1983	1984	1985	1986	1987	1988
	B r o j u m r l i h ž e n a									
Srbija	49	37	17	3	2	2	-	2	3	10
Srbija bez pokrajina	34	27	10	1	1	-	-	-	2	7
Kosovo	10	3	3	1	-	-	-	2	1	2
Vojvodina	5	7	4	1	1	2	-	-	-	1
Bosna i Hercegovina	25	25	7	11	8	10	6	5	3	1
Crna Gora	-	-	-	-	2	-	-	-	1	-
Hrvatska	10	7	6	1	-	2	-	2	-	-
Makedonija	5	6	1	-	2	2	1	-	1	3
Slovenija	2	4	-	-	2	1	1	3	-	-
Jugoslavija	91	79	31	15	16	17	8	12	8	14
	S t o p a m o r t a l i t e t a (n a 1 0 0 0 0 0 a b o r t u s a)									
Srbija	30,1	23,7	9,7	1,5	1,0	0,9	-	0,9	1,5	5,2
Srbija bez pokrajina	28,4	22,6	7,7	0,7	0,6	-	-	-	1,3	4,8
Kosovo	196,6	73,4	38,7	12,0	-	-	-	16,3	8,1	18,9
Vojvodina	13,3	21,6	10,6	2,3	2,3	4,7	-	-	-	2,7
Bosna i Hercegovina	144,1	107,9	19,1	23,5	15,9	18,4	10,2	8,2	4,4	1,5
Crna Gora	-	-	-	-	28,2	-	-	-	12,4	-
Hrvatska	23,8	16,1	13,5	2,0	-	3,6	-	3,7	-	-
Makedonija	34,6	39,8	5,7	-	6,7	6,7	3,4	-	3,1	11,1
Slovenija	16,2	33,2	-	-	8,8	4,4	4,5	13,5	-	-
Jugoslavija	35,9	31,0	10,6	4,2	4,3	4,4	2,1	3,1	2,0	3,8

Izvor: Savezni zavod za statistiku, Demografska statistika, (odgovarajuće godine).

7 u 1988. godini, odnosno stopa mortaliteta ⁴¹ u ovom devetnaestogodišnjem periodu snižena je od 28,4 na 4,8. I u ostalim

⁴¹Broj umrlih žena usled prekida trudnoće na 100 000 abortusa.

republikama kao i pokrajinama zapažena je ista tendencija mortaliteta. Regionalne razlike mortaliteta usled prekida trudnoće formalno gledano su ostale velike. Razlike u pouzdanosti podataka razumljivo ograničavaju analizu. Najnepovoljnije stanje (ili jedno od najnepovoljnijih zavisno od kvaliteta podataka) je na Kosovu i Metohiji i u Makedoniji u kojima je stopa još uvek relativno visoka krajem osamdesetih godina. U istom pogledu skreće pažnju i podatak za Jugoslaviju kao celinu.

Pored evidentnog sniženja smrtnosti usled abortusa u periodu od pune liberalizacije do danas za gotovo deset puta, u poredjenju sa razvijenim zemljama u svetu rizik smrti od abortusa je još uvek umereno visok. Mortalitet na 100.000 abortusa iznosio je u SAD 0,0 (1987); Kanadi 0,2 (1980-1987); Čehoslovačkoj 0,4 (1976-1983); Danskoj 0,7 (1976-1987); Madjarskoj 0,8 (1980-1987); Engleskoj i Velsu 1,3 (1980-1987) i Bugarskoj 1,3 (prosek za 1980, 1984, 1987).⁴²

Upadljivo smanjenje mortaliteta u Jugoslaviji duguje se pre svega liberalizaciji i legalizaciji pobačaja, ali i razvoju medicinske nauke (primena vakuum aspiracije) odnosno širenju mreže zdravstvenih ustanova i višem stepenu zdravstvene kulture. Presudan uticaj je nesumnjivo imalo zakonodavstvo. To najbolje potvrđuje sledeći primer. U vreme delimične liberalizacije abortusa u Jugoslaviji, stopa mortaliteta od legalnog pobačaja iznosila je 3,6 u 1960. odnosno 4,8 u 1961. godini. Istovremeno stopa mortaliteta od ilegalno započetih ali dovršenih pobačaja u zdravstvenim

⁴² Stanley Henshaw, Evelin Morrow, Induced Abortion ..., op. cit.

organizacijama iznosila je 137,9 i 150,4.^{43,44} Slično iskustvo imali su i drugi. U svim zemljama u kojima je prekid trudnoće potpuno liberalizovan, uz porast broja pobačaja, došlo je do opadanja smrtnih slučajeva usled primene ovog metoda kontrole rađanja.

* * *

U celini gledano, fenomen namernih prekida trudnoće u Srbiji bez pokrajina predstavlja ozbiljan društveni problem. On se manifestuje u postojanju velikog broja abortusa i što je niz kvalitativnih svojstava abortusa nezadovoljavajući. To se posebno odnosi na relativno visoku stopu abortusa medju adolescentima, visoko učešće žena bez dece i žena sa četiri i više prekida trudnoće, porast spontanih abortusa i steriliteta kao i nezadovoljavajući nivo mortaliteta u odnosu na razvijene zemlje. Valja, pak, naglasiti da problem abortusa u Srbiji bez pokrajina ublažava početak tendencije opadanja broja namernih prekida trudnoće, dominantno prisustvo legalnih abortusa kao i visoko učešće abortusa u prihvatljivoj gestacionoj starosti.

⁴³Angelina Mojić, "Legalizacija pobačaja i kontracepcija", Zbornik radova, VII ginekološko-akušerska nedelja, Beograd, 1956.

⁴⁴U Institutu za sudsku medicinu je verifikovano 27 smrtnih slučajeva od komplikacija kriminalnog pobačaja u 1960. godini na teritoriji Beograda. Kao neposredni uzroci smrti utvrđeni su: sepsa (20 žena), peritonitis (4), tetanus (1), embolija plućne arterije (1) i komplikacije na mozgu (1 žena). Perforacija uterusa, kompletna ili nekompletna, je verifikovana u 13 slučajeva (Ljubica Hristić-Šojić, Milan Tomić, Marta Doder, "Kriminalni pobačaj sa smrtnim ishodom na teritoriji Beograda", Zbornik radova, V kongres ginekologa opstetičara, Sarajevo, 1964).

IV ZNANJE, STAVOVI I PONAŠANJE ŽENA
RELEVANTNI ZA NAMERNI PREKID TRUDNOĆE
(Rezultati anketnog istraživanja)

METODOLOŠKA PITANJA

U poslednjih nekoliko decenija ispitivanje abortusa putem anketa bilo je rasprostranjeno u Jugoslaviji i Srbiji, ali i pored toga ostalo je parcijalno. Ono je bilo koncentrisano na rasprostranjenost prekida trudnoće i njegove osobine, zatim na pravni aspekt i politiku abortusa u okviru planiranja porodice. Uzroci, kao centralno pitanje ove teme, nisu šire istraživani bez obzira što su u anketama bila pokrenuta pitanja kao što su obrazovne, psihološke, socijalne i druge karakteristike žena koje pribegavaju abortusu kao metodu kontrole reprodukcije. Otuda postoji potreba da se istraže uzroci abortusa kako bi se što potpunije shvatio ovaj važan, zdravstveni i demografski, problem čija je rasprostranjenost dobila velike razmere.

Istraživanje namernog prekida trudnoće za potrebe ovog rada ograničilo se na područje Beograda. To je uslovljeno iz više razloga. Prvo, problem prekida trudnoće u Beogradu je najakutniji jer se prosečno godišnje izvrši oko 45 000 ili gotovo 1/3 ukupnog broja abortusa na području Srbije van pokrajina. Drugo, veliki broj indukovanih abortusa postoji u Beogradu i pored bolje obrazovne

strukture, veće informisanosti, nesumnjivog toka emancipacije i žene i muškarca, višeg kulturnog nivoa stanovništva, kao i razvijenije mreže savetovališta za kontracepciju i kontinuirane snabdevenosti tržišta sredstvima za kontracepciju. Zatim, osnovne distribucije žena koje prekidaju trudnoću u Beogradu i na području Srbije bez pokrajina statistički se signifikantno ne razlikuju. Sem toga, valja naglasiti da nisu postojali materijalni, kadrovski ni organizacioni uslovi da se istraživanje obavi na teritoriji Republike.

U istraživanju se pošlo od osnovne hipoteze da je rasprostranjenost namernog prekida trudnoće nastala usled nesklada između shvatanja o potrebi regulisanja rođenja i načina na koji ono treba da se ostvari. Uzroci nesklada su nedovoljno znanje o modernoj kontracepciji, psihološke barijere, nedovoljni kulturni nivo (opšti, zdravstveni, seksološki) stanovništva i nedostatak institucionalizovanog, savremenog koncepta planiranja porodice.

Saglasno ovoj hipotezi, cilj istraživanja bio je razmatranje demografskih, socijalnih, medicinskih, ekonomskih i kulturnih karakteristika žena koje pribegavaju namernom prekidu trudnoće, njihovih znanja o fiziologiji reprodukcije, načinu regulisanja rođenja i obnavljanju stanovništva, zatim stavova o namernom prekidu trudnoće, kontracepciji i važnim demografskim pitanjima kao i prošlih, sadašnjih i budućih ponašanja u regulisanju fertiliteta. Dobijeni rezultati bi trebalo da posluže kao osnova za formulisanje predloga mera za efikasno ublažavanje ovog krupnog društvenog problema.

Postavljene hipoteze i cilj istraživanja su uslovlili da upitnik bude takozvanog KAP tipa. On omogućava da se utvrdi stepen znanja, stavovi i ponašanje u oblasti planiranja porodice, obezbede informacije za odgovarajuća programska rešenja kao i osnova za

merenje efekata određenog programa planiranja porodice u kasnijim istraživanjima.

Upitnik je izradjen za potrebe ovog istraživanja na osnovu teorijskih znanja o namernom prekidu trudnoće, vlastitih iskustava stečenih kroz ambulantni rad i sadržaja upitnika korišćenih u drugim istraživanjima o fertilitetu i reproduktivnom ponašanju.¹

Upitnik je sadržao 48 pitanja sa više potpitanja za osnovni razgovor i 4 pitanja za ponovni telefonski razgovor odnosno pismom uspostavljeni kontakt. Mnoga pitanja, naročito ona koja su se odnosila na ocene, stavove i namere ispitanica pružala su punu slobodu odgovora. Sve što je ispitanica želela da kaže potstaknuta pitanjem je zabeleženo. Sadržaj upitnika je dat na kraju ove glave.

Osnovni skup za izbor uzorka u ovom slučaju bio je specifičan u tom smislu što nije bio unapred dat već su u njega ulazile sve žene koje su se odlučile da izvrše namerni prekid trudnoće u Institutu za zdravstvenu zaštitu majke i deteta SR Srbije u periodu sprovođenja istraživanja (prva polovina 1990. godine).

Izbor žena koje koriste namerni prekid trudnoće vršen je slučajno i to na osnovu spiska žena koje su se odlučile za abortus a koji se

¹ Emily Campbell Moore-Čavar, International Inventory of Information on Induced Abortion, International Institute for The Study of Human Reproduction, Columbia University, New York, 1974; Petronila Kapor-Stanulović, Ponašanje u regulaciji humane reprodukcije, doktorska disertacija, Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu, 1975; Dražen Milačić, Medicinski i socijalni aspekti problema humane reprodukcije u SR Srbiji, doktorska disertacija, Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, 1983; Ellen Freeman, "Abortion: Subjective Attitudes and Feelings", Family Planning Perspectives, Volume 10, Number 3, May/June, 1978; United Nations, Variables and Questionnaire for Comparative Fertility Surveys, New York, 1970; Charles Westof, Norman Ryder, Reproduction in the United States 1965, Princeton, New Jersey, 1971; "Anketa o fertilitetu udatih žena 1970 godine", Stanovništvo, broj 3-4, Beograd, 1971; Klinika za ginekologiju i akušerstvo Novi Sad, Centar za demografska istraživanja, Varijable niskog fertiliteta i namerni abortusi u SAP Vojvodini, 1978;

hronološki vodi u ovoj zdravstvenoj ustanovi. Iz spiska se birala, polazeći od slučajnog početka odredjenog dana koji je utvrdjen kao prvi dan sprovedjenja istraživanja (15. januar 1990.godine), sistematski, metodom koraka, svaka treća žena dok se nije došlo do broja četiri stotine. Dan izbora četiri stote žene je bio poslednji dan sprovedjenja istraživanja (20. juni 1990. godine). Da bi se obezbedili pouzdani podaci intervjuisanje žena vršilo se na dan zakazivanja namernog prekida trudnoće uz objašnjenje svakoj ženi o svrsi istraživanja i anonimnosti učešća.

Pre početka rada obavljeno je probno istraživanje radi provere upitnika i tehnike izvodenja ankete. Probno istraživanje je pokazalo da, pored jasno definisanih pitanja, postoji prostor i za bliži kontakt sa ispitanicom u kojem ona podstaknuta pitanjem spontano, šire razmišlja. Na ovaj način su obezbedjene pored osnovnih podataka o znanju, stavovima i ponašanju i dragocene informacije koje ih upotpunjuju.

Razgovor sa ženama izabranim u uzorak obavio je sam autor uz puno poštovanje ličnosti, njenih stavova, sistema vrednosti, nekomentarišući neznanje i neispravljajući kontradiktornost i nelogičnost odgovora, objašnjenja i pravdanja ispitanika. Dužina razgovora nije bila unapred utvrdjena. Prosečno je razgovor trajao 60 minuta. Minimalno 45 minuta a maksimalno tri časa. Na kraju razgovora svakoj ženi je omogućeno da postavi jedno ili više pitanja ispitivaču. Takodje, ispitanicama je upućena molba da ostave broj telefona uz ime ili u slučaju da nemaju telefon adresu kako bi se mogao uspostaviti još jedan kontakt uz puno objašnjenje njegovog sadržaja i cilja. Od četiri stotine žena, njih 361 je pristalo da učestvuje u follow-up istraživanju. Ponovni kontakt i dodatni razgovor radi dobijanja odgovora o eventualnim komplikacijama namernog prekida trudnoće, početku primene kontracepcije i emotivnoj percepciji abortusnog događaja je posle dva meseca nakon izvršene intervencije obavljen sa 328 žena.

Nijedna žena sa kojom je obavljen naknadni razgovor nije odustala od zakazanog namernog prekida trudnoće.

Odbijanje naknadnog razgovora se može oceniti kao relativno retko s obzirom na temu. To odbijanje je najčešće bilo spontano obrazloženo stidom i strahom od reagovanja okoline. Navešćemo nekoliko karakterističnih:

"Ne mogu da Vam dam adresu, plašim se da će okolina saznati", (tekstilna radnica, 20 godina, prvi abortus).

"Ubili bi me roditelji da saznaju", (loš student prava, 20 godina, prvi abortus).

"Možda moj otac nešto nasluti ako razgovaram sa Vama telefonom", (učenica, 18 godina, drugi abortus).

"Jako se stidim. Nemojte da se ljutite. Doći ću kod Vas pa me pitajte sve to", (knjigovezac, 22 godine, drugi abortus).

"Nemojte molim Vas. Neću niko da sazna. Ni muž, ni moja majka, ni deca, ni koleginice, niko živi", (konobarica, 37 godina, deseti abortus).

Ispitivanjem je obuhvaćeno četiri stotine žena, što predstavlja 1,04% beogradske populacije žena koje su u 1989. godini ² imale legalni prekid trudnoće. S obzirom na broj jedinica u osnovnom skupu, ocenjuje se da je veličina uzorka zadovoljavajuća. Jedna od dilema bitnih za reprezentativnost uzorka bila je da li uzorak formirati od žena koje prekidaju trudnoću u Institutu za zdravstvenu zaštitu majke i deteta SR Srbije ili u svim zdravstvenim organizacijama koje vrše ovu delatnost u Beogradu. I pored toga što je na početku izgledalo da prednost treba dati drugom rešenju, mi smo se odlučili da se anketa izvrši u Institutu za zdravstvenu zaštitu majke i deteta. Osnovni razlog zbog čega je

² U nedostatku podataka za 1990. godinu korišćeni su podaci za 1989. godinu, pošto se pretpostavlja da nisu mogle da nastanu bitne razlike u osnovnom skupu.

to učinjeno je što je veoma različit broj žena koje vrše prekid trudnoće u različitim zdravstvenim ustanovama u Beogradu. Otuda bi pojedini subuzorci bili mali. To bi iziskivalo da stope izbora žena u subuzorke budu različite, što bi s obzirom na nepoznate razloge selektivnosti komplikovalo ocene o reprezentativnosti celog uzorka. Medjutim, prihvaćeno rešenje je sigurno imalo uticaja na reprezentativnost uzorka o čemu je teško suditi.

Tabela IV 1. Distribucija žena po starosti, bračnom stanju, broju ranijih prekida trudnoće i broju žive dece u uzorku i beogradskoj populaciji žena koje su imale prekid trudnoće

	Uzorak (1990. godina)	Beogradska populacija (1989. godina)
Starost žene		
do 16	0,2	0,2
17-19	5,3	3,0
20-24	22,5	16,9
25-34	45,5	48,7
35-44	26,0	29,7
45 i više	0,5	0,4
nepoznato	-	1,1
Bračno stanje		
u braku	64,0	84,7
van braka	36,0	15,3
Broj ranijih prekida trudnoće		
0	35,0	26,8
1	18,5	21,7
2	16,7	19,3
3	10,3	13,8
4 i više	19,5	17,2
nepoznato	-	1,2
Broj žive dece		
0	32,3	18,4
1	21,5	22,5
2	41,5	49,8
3	4,0	6,7
4 i više	0,7	1,5
nepoznato	-	1,2

Izvor: Podaci o prekidu trudnoće u Beogradu za 1989. godinu dobijeni su od Republičkog zavoda za zdravstvenu zaštitu.

Jedan od posrednih dokaza o reprezentativnosti uzorka je uporedjenje osnovnih distribucija anketiranih žena sa odgovarajućim distribucijama žena koje su imale abortus u Beogradu u 1989. godini (tabela IV 1). Izbor obeležja za komparaciju izvršen je na osnovu programa obrade podataka u Republičkom zavodu za zdravstvenu zaštitu. Osnovne distribucije u uzorku i beogradskoj populaciji pokazuju, u osnovi, istu tendenciju. Razlike koje se javljaju najkarakterističnije su u distribuciji žena po starosti a posebno u starosnoj grupi od 20. do 24. godine (22,5 u uzorku odnosno 16,9% u beogradskoj populaciji). Razlike u starosnoj strukturi prenose se i na ostala posmatrana obeležja. To je pre svega slučaj u distribuciji žena prema bračnom stanju (u braku 64,0% u uzorku prema 84,7% u beogradskoj populaciji) i u distribuciji žena prema broju žive dece (bez dece i sa jednim detetom 53,8 u uzorku odnosno 40,9% u beogradskoj populaciji). Najmanja razlika se javlja u distribuciji žena prema broju ranijih prekida trudnoće (bez abortusa i sa jednim abortusom 53,5% u uzorku prema 48,5 u beogradskoj populaciji).

Osnovna razlika između uzorka i skupa žena koje su prekinule trudnoću u 1989. godini je veća zastupljenost u našem istraživanju mlađe populacije. Iz razumljivih razloga, bez posebnih istraživanja nije moguće dati objašnjenje o uzroku ovih razlika. Jedan od mogućih uzroka je odsustvo hospitalizacije posle prekida trudnoće koja je u nekim drugim klinikama u Beogradu obavezna. Izložene razlike se, takodje, mogu objasniti različitim stepenom pouzdanosti podataka dobivenih registracijom³ i iz uzorka.

³ Pouzdanost podataka zdravstvene statistike se s vremena na vreme pokreće u literaturi kao važno pitanje koje zaslužuje da mu se posveti pažnja. Tako u radu "Validnost zdravstveno-statističkih podataka" (*Statističar*, godina XI, broj 14, 1989) Stanojević konstatuje da je "detaljna analiza validnosti pokazatelja u zdravstvu ukazala na velike varijacije u pouzdanosti podataka" ocenjujući "da je stanje u ovom domenu nezadovoljavajuće". Autor članka je načelnik Odeljenja zdravstvene statistike u Zavodu za zaštitu zdravlja Srbije.

Ne postoje nikakve zakonske i administrativne prepreke za registraciju prekida trudnoće. Naprotiv. Prepreke su, pre svega, organizacione prirode. Zdravstvena statistika je samostalno organizovana i otuda nije u sastavu sistema Saveznog zavoda za statistiku. Zdravstveni radnici, neposredno uključeni u proces registracije, ne pridaju statistici odgovarajuću važnost. Verovatno je to posledica neadekvatnog statističkog znanja dobijenog u toku redovnih studija. Tako da prva karika u lancu dobijanja tačnih podataka, medicinska sestra odnosno lekar, često popunjavanje obrazaca doživljavaju kao nepotrebnu, nametnutu, dodatnu obavezu, neosećajući smisao i neshvatajući značaj podatka kao takvog. Odgovornost u sklopu takvog načina razmišljanja je formalna. Informacija o nekim bitnim pitanjima (kao što su bračni status, broj dece i broj prethodnih abortusa) koja zalaze u privatnost žene dobija se neposredno pre prekida trudnoće, nije anonimna i odvija se u atmosferi koja je daleko od uzajamnog poverenja i uvažavanja.

S druge strane, anketni podaci se dobijaju u drugačijim uslovima i atmosferi. Medjutim, greške su moguće. Jedan od bitnih izvora greške u ovom slučaju nije postojao. Naime, slična istraživanja su pokazala da različitom stepenu pouzdanosti podataka doprinose i razlike u ličnostima, ponašanju, iskustvu i obrazovanju ljudi koji vode intervju.⁴ Uniformnost pristupa je u ovom istraživanju bila obezbedjena time što je bio samo jedan ispitivač. Takodje, nije nevažna činjenica da je ispitivač bila žena, lekar, koja po prirodi svog posla i iskustva ima manje problema da savlada teškoće koje se javljaju prilikom intervjuisanja o ovako osetljivim pitanjima i koja ume da pitanja koja zalaze u intimu svake žene rutinski postavlja.

⁴ Norman Ryder, Charles Westoff, Reproduction in The United States ..., op. cit.

Drugi izvor greške vezan je za ispitanika ⁵ uključujući i odnos svesti i stvarnosti, greške sećanja, anksioznost, socijalnu poželjnost odgovora kao i stepen otvorenosti ličnosti. Da bi se ovo ublažilo razgovor je obavljen na dan zakazivanja prekida trudnoće, odnosno dva meseca kasnije. Namera je bila da se ispitivanje obavi u situacijama kada su problemi regulisanja radjanja aktuelni, to jest u momentu donošenja odluka. Očekivalo se da će se u takvoj situaciji dobiti jasan odnos prema ispitivanom problemu, jasan način rešavanja problema, jačina konflikta i obim posledica takve stresne situacije kao što je namerni prekid trudnoće.⁶

O pouzdanosti dobijenih podataka puno govori i atmosfera u kojoj je razgovor vodjen. Sve žene izabrane u uzorak su rado pristale na razgovor. Same su širile teme (muškarci, politička situacija u zemlji, vrednosti u životu, problemi našeg zdravlja, patrijahalno vaspitanje i druge). Evidentno je da je većina žena osećala potrebu da razgovara i da ih je razgovor opustio. Ličan utisak ispitivača je da je uspeo da ostvari prisan kontakt i da omogući otvoren razgovor i prirodno ponašanje žena. Navešćemo nekoliko primera koji ilustruju atmosferu poverenja u kojoj je razgovor obavljen.

"Pokušala sam da pobacim pijući kuvano vino i biber ali ništa, vreteno nisam smela da upotrebim", (spremačica, 33 godine, prvi abortus).

"Nikada ni s kim nisam ovako razgovarala. Hvala Vam", (student sociologije, 23 godine, prvi abortus).

"Sigurno niste ni s kim ovako primitivnim razgovarali. Da znate da mi je sada posle razgovora sa Vama lakše. Izjadala sam Vam se", (asistent Ekonomskog fakulteta, 36 godina, treći abortus).

"Fino je to što nas pitate da i mi malo razmislimo o tome šta

⁵ Miodrag Nikolić, "Metodologija istraživanja i kvalitet statističkih podataka", *Statističar*, broj 14, godina XI, 1989.

⁶ Petronila Kapor-Stanulović, *Ponašanje u regulaciji...*, op.cit.

radimo i što činimo od svog života", (administrativan službenik, 37 godina, treći abortus).

"Da Vam kažem iskreno, prekidam trudnoću jer je ona posledica izleta van braka", (službenik u banci, 32 godine, peti abortus).

"Da li moj muž može da oseti da imam spiralu. Kakav je primitivac ubio bi me", (konobar, 37 godina, deseti abortus).

"Vi ste prvi lekar koji ume da sluša. Bilo bi dobro da rezultate istraživanja objavite u nekom ženskom časopisu", (student sociologije, 23 godine, prvi abortus).

"Osećam se tako jadno kada razgovaramo o ovim temama. I uplašeno. Mislim da je to zbog vaspitanja koje sam dobila", (krojačica, 33 godine, prvi abortus).

Dokaz opuštenosti i otvorenosti koja je vladala tokom razgovora su i dva pitanja koja je većina žena postavljala, na kraju, kada im je to omogućeno: "Šta Vi koristite za kontracepciju", odnosno "Da li mogu da dodjem kod Vas u ambulantu po savet". O usamljenosti i potrebi žena da razgovaraju kada se nadju u stresnoj situaciji kakva je i neželjena trudnoća govori i spremnost žena da daju broj telefona odnosno adresu. Neka pisma, kao odgovori, su stizala i ekspres poštom a na mnogima je ime i prezime bilo naznačeno na koverti, iako to nije traženo.

Jedan od elemenata koji se, takodje, može uzeti kao indikacija reprezentativnosti je da su u uzorak ušle ne samo žene iz gradskih već i iz prigradskih naselja. Pisma su stuzali i iz Mirijeve, Kaludjerice, Batajnice, Zemin Polja, Obrenovca, Jajinaca, Dobanovaca, Boljevca, Resnika i Pazove.

Na osnovu izloženog može se zaključiti da je uzorak zadovoljio zahteve reprezentativnosti i da su dobijeni podaci pouzdani. Na to posebno ukazuje veličina uzorka, uslovi u kojima je ostvaren razgovor sa anketiranim ženama i rezultati o osnovnim demografskim strukturama dobivenim u uzorku i tekućoj statistici abortusa.

Ostaje otvoreno pitanje da li je i u kojoj meri na reprezentativnost uzorka uticala činjenica da je istraživanje izvršeno samo u jednoj zdravstvenoj ustanovi.

Osnovne demografske i društvene karakteristike žena koje pribegavaju namernom prekidu trudnoće, kao metodu kontrole rođanja, upotpunjuju predstavu o uzorku koji je predmet istraživanja. Među njima, nekoliko njih skreće pažnju sa zdravstvenog, demografskog, društvenog i drugih aspekata.

Starosna struktura anketiranih žena otkriva gotovo ujednačenu distribuciju žena starih od 20. do 39. godine (za starosnu grupu 20-24 godine 22,5; 25-29 godine 23,5; 30-34 godine 22,0 i 35-39 godine starosti 19,5%). Učešće marginalnih starosnih grupa je upadljivo niže (adolescentkinja 5,3 a žena starih 40 i više godina 7,0%).

Najviše anketiranih žena je u braku, gotovo dve trećine. Na drugom mestu su neudate žene 31,3%. Neznatan je broj razvedenih žena (4,7%) a udovice nisu zastupljene u uzorku.

U strukturi anketiranih žena prema broju dece najviše je onih koje su rodile dva deteta (41,5%), zatim onih bez dece (32,3) i sa jednim detetom (21,5). Žene koje su rodile troje i više dece učestvuju u ovoj strukturi sa 4,7%. Valja još naglasiti da su u anketi učestvovala samo tri žene koje su rodile četvoro dece a da nije registrovana ni jedna žena koja je rodila više od četvoro dece.

Više od jedne trećine žena izabranih u uzorak nije želelo ili nije moglo da prihvati svoju prvu trudnoću (ili 35,0%). S druge strane, gotovo jedna trećina žena (29,8%) odlučila se da prekine trudnoću a to joj je bio četvrti, peti ili abortus višeg reda a čak je bilo 3,3% žena koje su imale 8-10 abortusa i 1,7% žena koje su imale

jedanaest i više abortusa. Zastupljenost žena sa jednim i dva abortusa iznosila je 18,5 odnosno 16,7% .

Gotovo dve trećine anketiranih žena ima završenu srednju stručnu školu, gimnaziju ili školu za kvalifikovane radnike (49,3% sa srednjom stručnom školom i gimnazijom a 12,0% sa školom za kvalifikovane radnike). Učešće žena sa nezavršenim osmogodišnjim i osmogodišnjim obrazovanjem (20,4%) gotovo je jednako učešću žena sa višom i visokom školskom spremom (18,3%).

U uzorku su zastupljene žene svih grupa zanimanja. Među njima dominiraju službenice (45,2%). Svaka peta anketirana žena je učenica ili studentkinja (19,5%). Gotovo je jednako učešće radnica (19,0%). Ekonomski neaktivne žene (domaćice, nezaposlene) zastupljene su sa relativno malim brojem u strukturi (9,8 odnosno 6,5%).

Oko jedne trećine anketiranih žena je rodjeno u Beogradu (34,5%). Nešto manje od jedne četvrtine je došlo u Beograd iz grada sa preko 20 000 stanovnika i to 13,8% pre a 8,2% posle 20. godine starosti. Iz ostalih naselja su u Beograd došle 174 žene (ili 43,5%). U poslednjoj grupi učešće žena koje su u Beograd došle pre odnosno posle 20. godine iznosi 56,3 i 43,7% respektivno.

Najveći broj žena su Srпкиnje po nacionalnosti (66,3%). Ostale žene izabrane u uzorak su se deklarಿಸale kao Jugoslovenke (22,0), Crnogorke (3,0), Slovakinke (2,8), Hrvatice (2,8), Romkinje (1,5), Makedonke (1,5) i Rumunke (0,2%).

Distribucija anketiranih žena prema osnovnim demografskim i društvenim obeležjima i pored izvesnih osobnosti struktura (ujednačena starosna struktura, dominacija žena sa srednjim obrazovanjem i službenica, odsustvo udovica) pokazuju logičnu zastupljenost modaliteta ovih obeležja. Mada ne postoji mogućnost

12. Koliko vi imate dece? _____

13. Da li ćete da radjate u budućnosti?

DA	NE
koliko?	Da li postoji mogućnost da promenite
JEDNO DETE	mišljenje i rodite još jedno dete?
DVOJE DECE	DA NE
TROJE I VIŠE	zašto? _____

14. Ako žena dobija menstruaciju na svakih 28 dana, da li znate kojim danima ona ima najveću šansu da ostane u drugom stanju, računajući od prvog dana mestracije? _____

15. Po Vašem mišljenju, može li žena ostati u drugom stanju dok doji?

DA	NE
Može li žena zatrudneti pre nego što dobije ponovo menstruaciju ili tek pošto je dobije?	Ako žena nastavi da doji dete i posle dobijanja menstruacije da li tada može da ostane u drugom stanju?
PRE POSLE	ONA MOŽE DA ZATRUDNI
	ONA NE MOŽE DA ZATRUDNI

16. Da li je prekinut snošaj sigurna metoda regulisanja radjanja?

SIGURNA NESIGURNA

17. Da li znate kako pilula sprečava začeće? _____

18. Aspirala? _____

19. Koji je bio prvi izvor vaših saznanja o kontracepciji i koliko ste tada imali godina? _____

20. Da li je u vašoj roditeljskoj kući razgovarano radi sticanja znanja o:

seksualnim odnosima	NE	DA	kako	DELIMIČNO CELOVITO
abortusu	NE	DA	kako	DELIMIČNO CELOVITO
kontracepciji	NE	DA	kako	DELIMIČNO CELOVITO

21. Koji bi od sledećih faktora izdvojili kao najvažniji da bi Vi ostvarili uspešan kontakt sa Savetovalištem za planiranje porodice?

LEKAR KOJI RADI U SAVETOVALIŠTU JE ŽENA

LEKAR PACIJENTU POSVEĆUJE VIŠE VREMENA I STRPLJENJA

KRATAK BORAVAK U ČEKAONICI

RAZGOVOR LEKARA O BITNIM TEMAMA IZ OVE OBLASTI SA MANJOM GRUPOM ŽENA

22. Da li biste želeli da steknete potpunija znanja o modernoj kontracepciji?

DA

NE

Na koji način? _____

23. Navedite koje ste prvo kontraceptivno sredstvo ili metod primenjivali? _____

24. Da li ste pre upotrebe prvog kontraceptivnog sredstva ili metoda imali neki namerni prekid trudnoće?

DA

NE

Koliko? _____

25. Koliko ste imali dece kad ste počeli da primenjujete prvi put neko kontraceptivno sredstvo?

NIJEDNO DETE

DVOJE DECE

JEDNO DETE

TROJE I VIŠE

26. Navedite sva kontraceptivna sredstva i metode koje ste ikada upotrebljavali: _____

27. Koje ste kontraceptivno sredstvo ili metod najduže koristili? _____

28. Ako ste koristili prezervativ, a više ga ne upotrebljavate, navedite razlog: _____

29. Ako ste koristili dijafragmu, a više to ne činite, navedite razlog: _____

30. Ako ste koristili hemijska kontraceptivna sredstva, a više ih ne upotrebljavate, navedite razlog: _____

31. Ako ste koristili kontraceptivne pilule, a više to ne činite, molimo Vas da odgovorite na sledeća pitanja:

a) Koliko ste ih dugo upotrebljavali? _____

b) Zašto ste prestali da ih upotrebljavate? _____

c) Najčešće se navode sledeći razlozi za odustajanje od upotrebe pilule. Da li je neki od njih odlučivao i u Vašem slučaju?

GLAVOBOLJA

PUŠENJE

DOBITAK U TEŽINI

MALJAVOST

MUKA, POVRAĆANJE

STRAH DA IZAZIVAJU RAK

NAPETOST U GRUDIMA

NEREDOVNA UPOTREBA,

KRVARENJE

ZABORAVNOST

d) Da li ste nekada ostali u drugom stanju, a redovno ste koristili kontraceptivnu pilulu? _____

32. Ako ste nekada upotrebljavali spiralu, a više to nije slučaj, molimo Vas odgovorite na sledeća pitanja:

a) Koliko ste se dugo štitili na ovaj način? _____

b) Zbog čega ste odustali? _____

c) Da li ste nekada ostali u drugom stanju, a upotrebljavali ste spiralu? _____

33. Neke žene koriste sterilizaciju (podvezivanje jajovoda) kao method kontrole radjanja. Da li biste se Vi podvrgli sterilizaciji pošto rodite željeni broj dece i kada bi bili uvereni da sterilizacija ne utiče na zdravlje, niti na sposobnost seksualnog opštenja? DA NE

34. Da li Vaš partner prihvata upotrebu kontracepcije?

DA koju kontracepciju? _____

NEZAINTERESOVAN

NISU RAZGOVARALI

NE zašto? _____

35. Kako je Vaše iskustvo o učešću Vašeg partnera u sprečavanju neželjene trudnoće? (za žene koje su odgovorile sa "da" na pitanje 34.)

POZITIVNO, AKTIVNO SARADJUJE

NEGATIVNO, ODBIJA SARADNJU

SARADJUJE NEDOSLEDNO

36. Koliko je po Vašem mišljenju abortus:

neprijatno iskustvo MNOGO MALO NIMALO

štetan po zdravlje MNOGO MALO NIMALO

uzrok sukoba sa partnerom MNOGO MALO NIMALO

komplikovano ostvariti MNOGO MALO NIMALO

moralno uznemiravajući MNOGO MALO NIMALO

37. Koliko je po Vašem mišljenju kontracepcija:

neprijatno iskustvo MNOGO MALO NIMALO

štetna po zdravlje MNOGO MALO NIMALO

uzrok sukoba sa partnerom MNOGO MALO NIMALO

komplikovano ostvariva MNOGO MALO NIMALO

moralno uznemiravajuća MNOGO MALO NIMALO

38. Da li namerni prekid trudnoće mogu pratiti komplikacije?

DA NE

koje? _____

SLEDEĆA PITANJA U ANKETNOM UPITNIKU ODOSE SE NA
ISPITANICE KOJE SU VEĆ IMALE NAMERNI PREKID TRUDNOĆE

39. Koliko ste puta do sada namerno prekidali trudnoću? _____

40. Kako taj broj doživljavate? _____

41. Da li ste imali komplikacija posle nekog od prethodnih namernih
prekida trudnoće? DA NE

koje? _____

Da li ste pritom
ležali u bolnici?

DA NE

41. DA li Vam je prilikom Vašeg poslednjeg namernog prekida
trudnoće lekar savetovao koje kontraceptivno sredstvo da
upotrebljavate?

DA NE

43. Koliko je proteklo meseci od Vašeg poslednjeg namernog
prekida trudnoće? _____

44. Sa koliko ste godina imali prvi abortus? _____

45. Koliko ste dece imali kada ste se odlučili da prvi put
prekinete trudnoću? _____

46. Da li ste želeli u momentu začeca ovu trudnoću?

DA

Zašto ste se odlučili da je prekinete?

ZDRAVSTVENI RAZLOZI (koji?) _____

OŠTEĆENJE PLODA (koje?) _____

IZMENJENI EKONOMSKI USLOVI (koji?) _____

IZMENJENI ODNOSI SA PARTNEROM

OSTALI RAZLOZI (koji?) _____

NE

Da li ste koristili neko
kontraceptivno sredstvo
ili metodu?

DA

NE

koje?

zašto?

_____ IMALA ODNOS NEOČEKIVANO
MISLILA DA JE STERILNA
MISLILA DA JE NEPLODAN
DAN
NEMARNOST PARTNERA
ZABORAVILA DA UPOTREBI
IZABRANO KONTRACEPTIVNO
SREDSTVO
KORISTI POBAČAJ
PROTIVIO SE PARTNER
DRUGI RAZLOG _____

Iz kojih razloga niste
želeli trudnoću?

NE NALAZI SE U BRAKU

RODILA ŽELJENI BROJ DECE

ŽELI DA OSTVARITE RAZMAK

IZMEDJU DECE

ŠKOLUJE SE

NEMA REŠENO STAMBENO

PITANJE

LOŠE MATERIJALNO STOJI

NEZAPOSLENA

PREZAPOSLENA

BOLESNA

IMA STRAH OD PORODJAJA

VEZA SA PARTNEROM NIJE

STABILNA

DRUGI RAZLOG _____

47. Da li nameravate ubuduće da se čuvate od neželjene trudnoće
primenom nekog kontraceptivnog sredstva ili metoda?

DA

NE

Kako? _____

48. Koliko stanovnika ima uža Srbija? _____

49. Kako se obnavlja stanovništvo uže Srbije?

NEDOVOLJNO

PREOBILNO

U DOVOLJNOJ MERI

Da li mislite da je to veći problem od loše ekonomske situacije, zagađenja čovekove okoline i slično?

DA

NE

Sa obim pitanjem završili smo intervju. Da li Vi imate neko pitanje za mene?

*

Mi ćemo Vas možda pozvati telefonom posle dva meseca da saznamo kako se osećate i da li ste imali neke komplikacije posle prekida trudnoće. Da li bi ste želeli da nam date Vaše ime i neki broj telefona gde Vas možemo naći? Ako nemate telefon da li ste saglasni da nam date adresu da Vam se pismeno obratimo?

Sadržaj pisma odnosno telefonskog kontakta:

Molimo Vas da nam odgovorite na sledeća pitanja:

1. Da li ste posle namernog prekida trudnoće u našem institutu imali neku komplikaciju? Ako da, koju?

2. Prošlo je dva meseca. Da li ste počeli da upotrebljavate neko kontraceptivno sredstvo?

Ako da, koje? _____

Ako ne, zašto? _____

3. Da li Vam je neposredno posle abortusa stavljena spirala? Ako

da, da li ste imali nekih problema?

4. Na kraju kakvo je to bilo za vas iskustvo?

- Teško iskustvo ali sam naučila mnogo.
 - Teško iskustvo. Nisam naučila ništa.
 - To je bilo obično iskustvo.
 - Iskustvo je za mene još uvek bolno, često mislim o tome.
 - Iskustvo je bilo uznemiravajuće, ne želim da mislim o tome.
 - Drugo
-

Hvala vam.

dr Rašević Mirjana

ZNANJE

Znanje je nesumnjivo značajan činilac pri uspostavljanju određenog sistema vrednosti, formiranju stavova, stvaranju motivacije kao i važan faktor u procesu odlučivanja u različitim oblastima života uključujući i kontrolu radjanja i reproduktivno ponašanje. Sticanje znanja, kao osnovnog elementa svesti, može izmeniti filozofiju življenja a samim tim i stavove, poglede, uverenja, volju. I to znanja shvaćenog u širem smislu, sa uključenom socijalnom i psihološkom dimenzijom.⁷ Socijalna dimenzija odražava uverenje individue da je ono o čemu stiče znanje provereno od drugih i da mu se može verovati. Psihološka dimenzija, pak, podrazumeva emocionalnu prihvatljivost pojave ili nekog njenog elementa koji se saznanje. Psihičko sazrevanje ličnosti je, takodje, povezano sa znanjem. Tako, prema Piažeovoj teoriji razvoja ličnosti bez znanja iz jedne oblasti nije moguće dostići formalno operacioni nivo, najviši nivo razmišljanja.⁸

Osnovno pitanje, pri razmartanju kontrole radjanja i reproduktivnog ponašanja, jeste koliko se zna o anatomiji i fiziologiji

⁷ R. L. Cliquet, R. Schoenmaeckers, From incidental to planned parenthood, Interuniversity Demographic Institute, Population and Family Study Centre, Leiden, 1976.

⁸ Keith Jan Pearce, "Psychological Factors and Unwanted Pregnancy", in Abortion: Readings and Research, Butterworths, Toronto, 1981.

reprodukcije, prednostima i manama različitih kontraceptivnih metoda i sredstava, mehanizmima delovanja moderne kontracepcije, štetnosti namernog prekida trudnoće kao i kolika je upućenost u probleme biološkog obnavljanja stanovništva.

U istraživanjima obavljenim u našoj zemlji uglavnom se ispitivanje znanja žena koje prekidaju trudnoću svodilo na analiziranje dva elementa: da li žene znaju da postoji mogućnost da se spreči neželjena trudnoća i za koje kontraceptivne metode i sredstva su čule. Utvrdilo se da velika većina žena zna za kontracepciju kao metod kontrole radjanja i da nabroji gotovo sva moderna i klasična sredstva i metode. Medjutim, ovim putem se može dobiti slika o informisanosti žena koje koriste abortus a ne o nivou njihovog znanja kao elementu koji, u sadejstvu sa drugim faktorima, determiniše odluku o vidu kontrole radjanja.

Znanje žena o šansama začeća

Utvrdjivanje znanja vezanog za biološki činilac koncepcije - period najveće šanse začeća u ovulatornom ciklusu - može se uzeti kao opšti indikator znanja o fiziologiji reprodukcije, jer uključuje poznavanje procesa oplodjenja, suštine ovulacije kao i dužine života spermatozoida u telu žene odnosno dužine života jajne ćelije. Da bi se utvrdila ova vrsta znanja, kao tačan odgovor na pitanje broj 14, prihvaćen je jedino odgovor da je najveća šansa da žena ostane u drugom stanju period izmedju devetog i osamnaestog dana datog (hipotetičkog) menstrualnog ciklusa.

Na osnovu ovako striktne definicije tačnog odgovora samo je svaka deseta žena izabrana u uzorak znala da odredi plodne dane (tabela IV 2). Mala je razlika u znanju izmedju anketiranih žena starih do 29 godina (8,7%) i 30 i više godina starosti (10,3%). Nešto bolju

informisanost o ovom pitanju, koje bi trebalo da bude blisko svakoj ženi, pokazale su žene sa višom i visokom školskom spremom (12,3% zna da odredi period najveće verovatnoće začeća) i srednjeg obrazovanja (10,6) u odnosu na žene sa nezavršenom i završenom osnovnom školom (3,7%). Analizirani su i odgovori na postavljeno pitanje u takozvanoj "kvalifikovanoj" grupi. Tačan odgovor je dalo samo 17,7% žena. Ovaj subuzorak čine 54 žene medicinskog obrazovanja (35 medicinskih sestara, jedan student medicine treće godine, jedan lekar, jedan stomatolog i dva veterinara), biološkog obrazovanja (po jedan biolog, mikrobiolog, farmaceut i farmaceutski tehničar, dva biohemičara, dve žene sa završenom srednjom hemijskom školom i jedna sa srednješkolskim obrazovanjem-biološki smer) i učiteljskog obrazovanja (pet anketiranih žena).

Tabela IV 2.

Znanje žena o šansama začeća u ovulatornom ciklusu

	Svega	Zna	Ne zna
Broj žena	400	38	362
po starosti			
do 29 godina	206	18	188
30 i više godina	194	20	174
po obrazovanju			
nezavršena i			
završena osnovna	82	3	79
srednja	245	26	219
viša i visoka	73	9	64
Struktura (u %)	100,0	9,5	90,5
po starosti			
do 29 godina	100,0	8,7	91,3
30 i više godina	100,0	10,3	89,7
po obrazovanju			
nezavršena i			
završena osnovna	100,0	3,7	96,3
srednja	100,0	10,6	89,4
viša i visoka	100,0	12,3	87,7

Ovi rezultati pokazuju da jedan relativno jednostavan element znanja nije poznat velikom broju žena koje prekidaju trudnoću, uključujući ne samo one sa najvišom školskom spremom već i žene u čije obrazovanje po prirodi stvari spada i ova vrsta znanja.

Najčešći netačni odgovori bili su od 7-14., 12-16. dana menstrualnog ciklusa, u sredini ciklusa kao i samo četrnaesti dan, jedino petnaesti odnosno jedino šesnaesti dan računajući od prvog dana menstruacije. Takođe, dosta anketiranih žena nije ni pokušavalo da izračuna plodne dane već je odmah na postavljeno pitanje odgovaralo sa "ne znam". Navešćemo neke odgovore kao ilustraciju:

"Najopasnije je za vreme menzesa", (sobarica, 36 godina, prvi abortus).

"Samo 11. dan", (šef ekspoziture banke, 26 godina, četvrti abortus).

"Samo 12. dan", (službenik osiguravajućeg društva, 31 godina, prvi abortus).

"Samo 25. dan", (elektrozavarivač, 27 godina, treći abortus).

"Od 20. do 25. dana" (trgovac, 29 godina, šesti abortus).

"Svaki dan je plodan, znam iz iskustva", (radnica u fabrici obuće, 34 godine, sedmi abortus).

"To zavisi od žene. Nekoj su opasni dani na početku a nekoj na kraju", (radnica u prehrambenoj industriji, 35 godina, prvi abortus).

" Sedam dana pre i sedam dana posle menzesa, pa ti računaj", (spremačica, 38 godina, šesti abortus).

"Osam dana pre menzesa i osam dana posle su valjda plodni dani", (krojačica, 31 godina, drugi abortus).

"Prvih deset dana i od 18. dana do početka menstruacije", (likvidator, 29 godina, treći abortus).

"Negde početkom se može to desiti", (referent smeštaja, 39 godina, četvrti abortus).

"Najopasnije je pred kraj ", (domaćica, 40 godina, sedamnaesti abortus).

"Posle završetka menstruacije prvi dan je najopasniji", (mikrobiolog, 33 godine, drugi abortus).

"Odmah posle krvarenja, dva dana otprilike", (radnica u laboratoriji, 29 godina, četvrti abortus).

Analiza netačnih odgovora pokazuje u nekim slučajevima potpuno neznanje, jer se oplodnja ne vezuje ni orijentaciono za sredinu ciklusa. U drugim odgovorima se poistovećuju plodni dani i ovulacija i otuda uverenje da je začeće moguće samo jedan, dva ili nekoliko dana u menstrualnom ciklusu. Neke su, pak, žene očigledno naučivši napamet, bez razumevanja, koji su plodni dani dale potpuno suprotne odgovore, to jest dane najveće verovatnoće začeća su zamenile sa danima najmanje verovatnoće. Dalje, postoje i odgovori koji su verovatno posledica negativnog iskustva sa ovom kontraceptivnom metodom i otuda generalizacija da je u svakom danu menstrualnog ciklusa jednaka šansa oplodnje. Takodje, jedan od izvora greške je i zabuna vezana za određivanje prvog dana menstrualnog ciklusa. To jest uzimanje završetka menstruacije umesto početka kao prvog dana narednog menstrualnog ciklusa.

Znanje o coitus interruptusu

Znanje o utvrđivanju plodnih dana u menstrualnom ciklusu je jedan od preduslova za uspešno korišćenje periodične apstinencije kao i za povećanje efikasnosti coitus interruptusa kombinovanjem sa mehaničkim ili hemiskim kontraceptivnim sredstvom. Isto tako, poznavanje stepena sigurnosti kontraceptivnih sredstava i metoda je jedan od osnovnih elemenata u procesu odlučivanja o vidu zaštite. To je bio razlog da utvrdimo koliko žena koja prekida trudnoću zna da je prekinut snošaj nesigurna metoda kontrole radjanja (pitanje

broj 16).

Gotovo jedna trećina anketiranih žena misli da je prekinut snošaj sigurna metoda, to jest ne zna ni ono što bi trebalo da se primi pasivno, kao kolektivno iskustvo. Starosne razlike nisu izrazite. Mladje žene su netačno odgovorile u 27,2% slučajeva a starije od 30 godina u 32,5%. Medjutim, razlike u odnosu na obrazovanje su jasne. Dok gotovo jedna polovina anketiranih žena sa najnižim obrazovanjem misli da je coitus interruptus siguran vid zaštite, dotle jedna trećina sa završenom srednjom školom, gimnazijom ili školom za kvalifikovane radnike odnosno samo 13,7% žena sa visokim obrazovanjem ne zna za neefikasnost ove metode. Važno je još naglasiti da je samo pet od četiri stotine anketiranih žena odgovorilo da "ne zna" da li je prekinut snošaj siguran ili nesiguran metod kontrole radjanja. Simptomatična je visoka odredjenost žena u odnosu na efikasnost ove metode. Da li je to posledica ličnog iskustva (mada različitog u pogledu efikasnosti) ili je u pitanju prihvaćeno mišljenje drugih (lekara, okoline)?

Znanje o modernoj kontracepciji

Poznavanje modernih kontraceptivnih sredstava je, takodje, bilo predmet istraživanja u anketi (pitanja broj 17 i 18).

Znanje o mehanizmu delovanja pilule je veoma skromno. Svaka sedma (ili 14,5%) anketirana žena zna da pilula sprečava ovulaciju. Ostale, najčešće odgovoraju "ne znam" ili mogu samo da pilulu klasifikuju kao hemijsko ili hormonsko sredstvo. Takodje, veliki broj žena opisujući način delovanja kontraceptivne pilule upotrebljava reči kao što su ubija, razara, remeti, uništava, umrtvljuje, u sledećem kontekstu:

" Uništava spermu", (student matematike, 24 godine, prvi abortus; daktilograf, 35 godina, treći abortus; nezaposleni ekonomista, 23 godine, drugi abortus).

"Ubija muške ćelije", (student više medicinske škole, 20 godina, prvi abortus; inženjer saobraćaja, 39 godina, prvi abortus; direktor banke, 37 godina, treći abortus; mašinista, 40 godina, trinaesti abortus).

"Rastvara muške polne ćelije", (bankarski službenik, 39 godina, peti abortus).

"Umrtvljuje muške polne ćelije", (prodavac, 29 godina, treći abortus).

"Stvori takvu hemijsku sredinu u telu da spermatozoidi uginu čim udju", (bankarski službenik, 34 godine, drugi abortus).

"Ubija hormone", (trgovac, 26 godina, drugi abortus).

"Uništava progesteron", (šef banke, 32 godine, četvrti abortus; student stomatologije, 19 godina, prvi abortus).

"Uništava muške ćelije i jajnu ćeliju", (komercijalista, 32 godine, četvrti abortus; profesor filozofije, 34 godine, peti abortus).

"Uništava hormon začeca", (šef računovodstva, 32 godine, peti abortus).

"Razara opnu jajne ćelije", (domaćica, 37 godina, četvrti abortus).

"Remeti ciklus i ne krvariš", (elektroničar, 30 godina, prvi abortus).

Moguće je da izneta, kao i druga slična, shvatanja mnogih anketiranih žena o destruktivnom delovanju pilule u telu žene podsvesno utiču na neprihvatanje ovog kontraceptivnog sredstva. Ili je, pak, iracionalno neprihvatanje pilule u nedostatku znanja osnov za ovakvo tumačenje sa negativnim prizvukom.

Navešćemo i neke odgovore koji zadivljuju maštom ali su i odraz ne poznavanja ne samo mehanizma delovanja pilule već i anatomije

ženskog reproduktivnog sistema, fiziologije začeća, trudnoće i menstrualnog ciklusa:

"Sprečava oplodnju u plodnim danima", (student stomatologije, 23 godine, prvi abortus).

"Utiče da se plod ne oformi i ne razvije", (bankarski službenik, 36 godina, treći abortus).

"Kao da si stalno u drugom stanju pa nema oplodnje", (umetnik, 36 godina, drugi abortus).

"Obloži jajnike", (knjigovodja, 35 godina, peti abortus).

"Izvlači tečnost koja oblaže matericu", (radnica u mesari, 27 godina, prvi abortus).

"Skuplja matericu", (radnica u poslastičarnici, 31 godina, četvrti abortus).

"Ubrzava dobijanje menstruacije, pa nema trudnoće", (profesor hemije na višoj pedagoškoj školi, 41 godina, šesti abortus).

"Materica postane bazna pa se ne može odigrati začeće", (profesor marksizma, 34 godine, peti abortus):

"Stvori se smesa koja zatvori jajovode tokom 21 dana koliko se piju tablete. Onda se jajovodi otvore i javi se krvarenje", (radnica, 23 godine, drugi abortus).

Razlika između mlađih i starijih anketiranih žena u poznavanju mehanizma delovanja pilule je upadljiva. Svaka deseta žena (ili 9,7%) stara do 29 godina zna kako pilula sprečava začeće. Svaka peta žena (ili 19,6%) stara 30 i više godina je informisana o ovom pitanju. Objašnjenje delimično treba tražiti i u činjenici da su saznanja starijih žena o piluli formirana sa otkrivanjem pilule i počecima njene šire upotrebe u našoj sredini koje je bilo praćeno i raznim diskusijama u mas medijima. Ustanovljena je i pozitivna korelativna veza između nivoa obrazovanja i znanja o načinu ostvarivanja kontraceptivne uloge pilule. Samo 2,4% žena sa osnovnim i nižim obrazovanjem zna kako pilula deluje kao sredstvo kontrole radjanja. To zna 13,5% žena sa srednjim obrazovanjem,

22,2% žena u takozvanoj "kvalifikovanoj" grupi, odnosno 31,5% žena sa višom i visokom školskom spremom. Analiza je i ovde potvrdila da obrazovanje jeste faktor koji determiniše razlike ali ne u onoj meri u kojoj bi to mogao da čini. Više anketiranih žena koje je koristilo ili koristi kontraceptivnu pilulu je tačno odgovorilo na postavljeno pitanje (25,0%) u odnosu na žene koje nemaju iskustvo sa ovim sredstvom kontrole radjanja (10,2).

Daleko manje anketiranih žena poznaje mehanizam delovanja spirale kao kontraceptivnog sredstva. Samo 1,2% ili pet žena izabranih u uzorak zna da spirala sprečava nidaciju oplodjene jajne ćelije. Ovo znanje je češće zastupljeno kod žena starih 30 i više godina, višeg i visokog obrazovanja kao i kod žena koje su upotrebljavale spiralu, mada valja naglasiti da ne postoji statistička signifikantnost ovih rezultata.

Ostale odgovore na ovo pitanje možemo klasifikovati u više kategorija: "ne znam", sprečava kontakt spermatozoida i jajne ćelije ne dotičući bliže način na koji to spirala čini, zamišljanje spirale kao brane, membrane, kape, pregrade u uterusnom kanalu, grliću materice, na jajniku ili jajovodu kao i percepiranje spirale kao sredstva koje lepi ili sakuplja spermatozoide u svoje krugove. Zajednički elemenat za poslednje tri grupe odgovora je da su oni nadgradnja, u nedostatku znanja, informacije da je spirala mehaničko kontraceptivno sredstvo. Nasuprot njima, nalaze se različita razmišljanja koja ne pripadaju ni jednoj od pomenutih grupa. Ona su, pre svega, proizvod potpunog nepoznavanja spirale kao kontraceptivnog sredstva i takve su prirode da se nužno nameće pitanje o izvoru informacije, jer ove žene očigledno nisu svesne svog neznanja. Citiraćemo neka razmišljanja koja ne pripadaju ni jednoj od pomenutih grupa:

"Deluje kao povratna sprega, kao antigen u organizmu",
(medicinska sestra, 20 godina, prvi abortus).

"Promeni položaj materice", (komercijalista, 32 godine, četvrti abortus).

"Pročisti matericu i ostruže trudnoću", (radnica u fabrici kože, 29 godina, četvrti abortus).

"Isisa tečnost iz sperme", (domaćica, 23 godine, treći abortus).

"Menja kiselinu u materici", (umetnik, 36 godina, drugi abortus).

"Šeta po materici i vreba spermatozoide", (trgovac, 36 godina, šesti abortus).

"Otekne čitava materica kao kada ti trn udje u šaku pa se sve zacrveni i otekne", (ekonomista, 30 godina, četvrti abortus).

"Stvara vibracije i spermatozoidi uopšte ne udju u telo žene", (službenik u računovodstvu, četvrti abortus).

"Stvori tumor u materici i onda nema trudnoće", (tekstilna radnica, 36 godina, četvrti abortus).

Retki su odgovori odbranaške prirode ("Ne znaju ni doktori", knjigovodja, 30 godina, peti abortus) kao i odgovori u kojima su pomešani mehanizmi delovanja spirale i pilule ("Sprečava da se stvori jajna ćelija", službenik u banci, 41 godina, peti abortus).

Izneti rezultati kao i citirani odgovori na pitanja o mehanizmu delovanja pilule i spirale jasno pokazuju da većina anketiranih žena ne zna ništa bliže o modernoj kontracepciji. Malo znaju i starije žene i mlađe žene, malo znaju i one koje su koristile pilulu i one sa najvišim obrazovanjem kao i one žene čija je priroda obrazovanja takva da bi to morale da znaju.

Znanje o zaštitnoj ulozi dojenja

Laktaciona amenoreja je pre upotrebe moderne kontracepcije imala

važnu ulogu u kontroli fertiliteta stanovništva produžavajući interval između rođanja dece. Ovaj efekat je bio otkriven u tradicionalnim društvima pre više hiljada godina. Sava Milosavljević navodi, kao jedan od običaja srpskog naroda iz homoljskog kraja, da "Omoljka doji dete dve, tri, pa i četiri godine jer veruje da ne može zatrudneti".⁹ Rašireno shvatanje u našem narodu da žena koja doji ne može dobiti menstruaciju sadržano je i u izreci "Dok beli ne rumeni".¹⁰ Danas, moderna tehnologija je, pored novih kontraceptivnih sredstava, pružila i dodatno mleko i hranu za odojčad koja se uz dojenje vrlo rano uvodi u ishranu. To je, uz eliminaciju malnutricije majki i smanjenje frekvencije i dužine dojenja skratilo period posleporodjajne ovulacije i učinilo da ova ne mnogo sigurna metoda kontrole rođanja postane još nesigurnija. Upravo zbog toga jedan od indikatora znanja iz oblasti planiranja porodice je i merenje stepena uverenja o dojenju kao metodi koja obezbeđuje zaštitu od trudnoće.

U ispitivanom uzorku više od jedne četvrtine žena koje su se opredelile da prekinu trudnoću veruje da dojenje može sprečiti začecje čak i po dobijanju menstruacije (pitanje broj 15). Dalje, oko 40,0% žena veruje u protektivnu ulogu laktacije pre ali ne i posle uspostavljanja menstracionog ciklusa. Odgovora na ovo pitanje nije bilo u 12,5% slučajeva. Bez obzira na različite nivoe neznanja, sumiranjem se dobija da je oko 80,0% žena netačno odgovorilo na set postavljenih pitanja o ulozi dojenja u sprečavanju trudnoće (tabela IV 3). U osnovi visokog neznanja leže još uvek jaka tradicionalna verovanja, nenadomeštena savremenim znanjima.

⁹ Sava Milosavljević, "Običaji srpskog naroda iz sreza homoljskog", Srpski etnografski zbornik, knjiga tri, 1913.

¹⁰ Gordana Kaćanski, Batutova istraživanja o planiranju porodice u Srbiji izvršena krajem 19 veka, umnoženo, 1989.

Tabela IV 3.
Znanje žena o zaštitnoj ulozi dojenja

	Svega	Tačno		Netačno	
		može i pre prve menst.	može posle prve menst.	ne može	ne zna
Broj žena	400	87	158	105	50
po starosti					
do 29 godina	206	22	78	62	44
30 i više godina	194	65	80	43	6
po obrazovanju					
nezavršena i					
završena osnovna	82	14	35	26	7
srednja	245	42	95	74	34
viša i visoka	73	31	28	5	9
po broju dece					
bez dece	129	4	37	38	50
1 i više	271	83	121	67	-
Struktura (u %)	100,0	21,7	39,5	26,3	12,5
po starosti					
do 29 godina	100,0	10,7	37,9	30,1	21,4
30 i više godina	100,0	33,5	41,3	22,2	3,1
po obrazovanju					
nezavršena i					
završena osnovna	100,0	17,1	42,7	31,7	8,5
srednja	100,0	17,1	38,8	30,2	13,9
viša i visoka	100,0	42,5	38,4	6,8	12,3
po broju dece					
bez dece	100,0	3,1	28,7	29,4	38,8
1 i više dece	100,0	30,6	44,7	24,7	-

Medju ženama koje su znale da dojenje nema protektivnu ulogu čak i pre dobijanja prve menstruacije je utvrđena visoka pozitivna korelativna veza izmedju starosti, obrazovanja i pariteta kao nezavisnih varijabli i ispitivanog znanja. Tri puta više o ulozi ove metode u kontroli radjanja znaju žene stare 30 i više godina u odnosu na mladju populaciju žena. Dva i po puta više žene visokog obrazovanja u odnosu na anketirane žena sa nezavršenom i završenom osnovnom školom i deset puta više žene koje su radjale u odnosu na žene bez dece. Dobijeni rezultati daju osnovu da se postavi pitanje

o tome koliko je loše, negativno iskustvo doprinelo da se razume protektivna uloga laktacije. Važno je još istaći, da bez obzira što su utvrđeni neki od faktora koji determinišu razlike, da je relativni broj žena koji zna odgovor na postavljeno pitanje mali u odnosu na svako od posmatranih obeležja.

Znanje o štetnosti abortusa

Ispitivano je i znanje o štetnosti namernog prekida trudnoće, odnosno o vrsti komplikacija i posledica čiji je on uzrok (pitanje broj 38). Svaka peta žena (20,9% u starosnom dobu do 29 godine i 19,6% žena sa 30 i više godina) izabrana u uzorak ne dovodi u vezu abortus i komplikacije koje on može prouzrokovati a odlučila se da prekine tekuću trudnoću. Teško je poverovati da je to posledica nezainteresovanosti što je možda slučaj za neke druge teme u okviru planiranja porodice. Verovatnije je da je strah taj elemenat koji izvestan broj ličnosti blokira da to pitanje postavi lekaru. Moguće objašnjenje za jedan broj žena je da su one svedok velikog napretka medicine u operativnom smislu a informisane da hospitalizacija posle prekida trudnoće nije obavezna uopšte ne razmišljaju o mogućnosti nastajanja komplikacija i posledica abortusa. Očigledno je i da lekar ne objasni svakoj ženi koja mu se obrati sa željom da prekine trudnoću rizik intervencije za koju se odlučila.

Za razliku od starosti, obrazovanje žene je faktor koji determiniše upadljive razlike kada je reč o znanju vezanom za štetnost namernog prekida trudnoće. Tako, žene sa nezavršenom i završenom osnovnom školom ne dovode u vezu abortus i komplikacije koje on može prouzrokovati šest puta češće nego žene sa višim i visokim obrazovanjem.

Nasuprot njima, žene koje znaju da namerni prekid trudnoće mogu

pratiti komplikacije najčešće navode sterilitet (više od jedne polovine anketiranih žena), krvarenje (više od jedne četvrtine) i infekciju (gotovo jedna trećina). O ostalim komplikacijama se razmišlja u daleko manjoj meri. Navode se i različita oštećenja materice (12,5%), revizija odnosno rezidua (8,5), miom i carcinom (4,4), psihičke posledice (3,5%), u oko 2% smrt i u zanemarljivom postotku niz drugih stanja kao što su na primer spontani abortus, hormonski poremećaj, bol, sida. Bitno je istaći da češće (1,5 put) mlađe žene razmišljaju o neplodnosti kao mogućoj posledici, verovatno u strahu da im se to i ne dogodi. Većina anketiranih žena veruje da sterilitet može biti posledica samo prekida prve trudnoće kao i da to, pre svega, zavisi od znanja i veštine lekara. Ovako često navodjenje steriliteta je razumnjivo, jer je to u emotivnom smislu najteža moguća komplikacija namernog prekida trudnoće. Za razliku od mlađih žena starije od 30 i više godina češće znaju za rane komplikacije abortusa kao što su krvarenje i infekcija i češće razmišljaju o abortusu kao uzročniku tumora uterusa. Gotovo sve navedene komplikacije i posledice su moguće osim povezivanja abortusa i mioma i karcinoma uterusa. Visoka je učestalost navodjenja krvarenja kao jedne od nebitnih komplikacija u medicinskom smislu. Verovatno je njen psihološki doživljaj visok.

Znanje o stanovništvu

U anketi su postavljena i dva pitanja o stanovništvu kao indikatori opšteg znanja ali i znanja vezanog za biološko obnavljanje stanovništva (pitanja broj 48 i 49).

Ogromna većina anketiranih žena ne zna koliko iznosi ni približno tačan broj stanovnika uže Srbije (97,2%). Gotovo dve trećine žena na postavljeno pitanje odgovarilo je sa "ne znam", nešto više od 9% žena je potcenilo a jedna četvrtina je precenila broj stanovnika.

Samo jedanaest žena ili 2,8% znalo je da se broj stanovnika orijentaciono kreće u intervalu između 5,6 i 6,5 miliona (tabela IV 4). Isto tako, žene svih obrazovnih kategorija u malom broju znaju koliki je približno tačan broj stanovnika, s tim što je udeo žena višeg i visokog obrazovanja znatno veći u odnosu na udeo žena sa nižim obrazovanjem.

Medjutim, za razliku od broja stanovnika većina žena je upoznata sa demografskim problemima sredine u kojoj živi. Naime, gotovo 80,0% žena izabranih u uzorak zna da se stanovništvo Srbije bez pokrajina nedovoljno obnavlja (tabela IV 5). Jedna petina anketiranih žena misli da je to u dovoljnoj meri, ni jedna ne govori o preobilnom obnavljanju stanovništva a za razliku od ranijih pitanja gde je relativno čest odgovor bio "ne znam" ovde je to registrovano samo u četiri slučaja.

Tabela IV 4.
Znanje žena o broju stanovnika u užoj Srbiji

	Svega	Školska sprema		
		nezavršena i završena osnovna	srednja	viša i visoka
Broj žena	400	82	245	73
ne zna	251	63	158	30
do 4,5 miliona	11	0	7	4
4,6-5,5 miliona	26	7	15	4
5,6-6,5 miliona	11	1	5	5
6,6-7,5 miliona	43	4	25	14
7,6 i više mil.	58	7	35	16
Struktura (u %)	100,0	100,0	100,0	100,0
ne zna	62,7	77,1	64,5	41,1
do 4,5 miliona	2,8	0	2,9	5,5
4,6-5,5 miliona	6,5	8,4	6,1	5,5
5,6-6,5 miliona	2,8	1,2	2,0	6,8
6,6-7,5 miliona	10,7	4,8	10,2	19,2
7,6 i više mil.	14,5	8,4	14,3	21,9

U odnosu na školsku spremu anketiranih žena utvrđene su značajne razlike. Preko 90,0% žena sa višim i visokim obrazovanjem zna da se stanovništvo nedovoljno obnavlja, nasuprot 77,6% žena sa završenom srednjom školom i dve trećine sa nezavršenom i završenom osnovnom školom. Takođe, većina anketiranih žena koja zna kako se obnavlja stanovništvo Srbije bez pokrajina misli da je to vrlo ozbiljan problem (83,9%). Obrazovanje u vrednovanju problema obnavljanja stanovništva ne determiniše razlike. U istoj meri i žene sa najvišim i one sa najnižim obrazovanjem ocenjuju da je nedovoljno obnavljanje stanovništva ozbiljniji problem od ekonomskih i ekoloških problema u našoj sredini.

Tabela IV 5.
Znanje žena o nivou reprodukcije stanovništva uže Srbije

	Svega	Školska sprema		
		nezavršena i završena osnovna	srednja	viša i visoka
Broj žena	400	82	245	73
ne zna	4	2	2	0
nedovoljno	310	53	190	67
u dovoljnoj meri	86	27	53	6
preobilno	-	-	-	-
Struktura (u %)	100,0	100,0	100,0	100,0
ne zna	1,0	2,4	0,8	0,0
nedovoljno	77,5	64,6	77,6	91,8
u dovoljnoj meri	21,5	33,0	21,6	8,2
preobilno	-	-	-	-

Većina anketiranih žena, podstaknuta pitanjem oseća potrebu da iznese svoje mišljenje, objasni uzroke ili posledice, koristeći pritom termine kao što su natalitet i bela kuga i ističući primer Vojvodine kao sredine gde je ovaj problem još teži. Izdvojili smo

karakteristična razmišljanja:

"Da, problem broj jedan", (kafe kuvarica, 35 godina, devetnaesti abortus).

"Biće još teži problem uskoro", (trgovac, 22 godine, prvi abortus).

"Kako da nije problem. Vidite koliki je natalitet na Kosovu", (radnica u livnici, 37 godina, peti abortus).

"Težak problem ali pre svega zbog Šiptara", (student medicine, 21 godina, prvi abortus).

"Psuje majku Šiptarima. Njih je sve po desetero", (domaćica, 44 godine, trinaesti abortus).

"Najteži problem. Opkolili nas svi", (krojačica, 33 godine, prvi abortus).

"Grozan problem, ugušiče nas Šiptari", (ekonomista, 35 godina, drugi abortus).

"Da, težak je to problem gledajući Kosovo", (student istorije, 26 godina, treći abortus).

"Pojedoše nas Šiptari. Kako da nije problem", (bankarski službenik, 36 godina, treći abortus).

"Da, nas sve manje a Šiptara sve više", (daktilograf, 39 godina, šesti abortus).

"Kod nas bela kuga a na Kosovu natalitet najveći u Evropi. Kako da nije najteži mogući problem", (gradjevinski tehničar, 35 godina, prvi abortus).

"Da, naravno da je teži problem od ostalih. Albanci po dvanestoro dece a mi po jedno", (kuvarica, 39 godina, peti abortus).

"Grozan problem u ovoj političkoj situaciji", (sekretar, 35 godina, treći abortus).

"Sve sami starci ostadoše u Srbiji", (spremačica, 33 godina, treći abortus).

"Najteži problem. Starimo kao narod, izumrećemo", (tehnički sekretar, 35 godina, treći abortus).

"Kao Hazari ćemo nestati. Nema nam budućnosti", (bankarski službenik, 39 godina, peti abortus).

"Da, najveći problem. Nacija odumire", (tkaç na razboju, 39 godina, četvrti abortus).

"Da, ali je to ekonomski problem, Da ima para bilo bi i dece", (laborant, 37 godina, osmi abortus).

"Da, ali ako uopšte opravdanja ima onda su to uslovi života u kojima živimo", (službenik, 29 godina, prvi abortus).

"Samo društvo je krivo. Ja bih, na primer, rodila ovo dete kada bi porodiljsko odsustvo trajalo dve godine. Ovako ne mogu. Već sam roditeljima uvalila da mi čuvaju dete od godinu dana", (novinar, 34 godine, četvrti abortus).

"Ovo društvo neće rešiti ni jedan problem pa ni ovaj koji je i najteže rešiti", (ekonomista, 32 godine, prvi abortus).

"To ti je dete sve društvo krivo", (trgovac, 38 godina, drugi abortus).

"Nisam imala posao kad sam trebala da rodim treće dete sad je kasno", (knjigovodja, 40 godina, prvi abortus).

"Društvo ako hoće da opstane treba da potpomogne rešavanje ovog problema", (medicinska sestra, 39 godina, šesti abortus).

"Društvo ničim ne stimuliše ženu da radja. Najgore je naći nekog da ti čuva dete. Za decu je sve skupo. Porodiljsku platu dobijaš neredovno i to prosek od prošle godine", (ekonomski referent, 32 godine, drugi abortus).

"Ovo je društvo užasno. Ja sam po četiri meseca čekala da dobijem novac dok sam bila na porodiljskom odsustvu a za to vreme te niko ne pita čime se hraniš i ti i dete", (komercijalista, 32 godine, četvrti abortus).

"Svemu je kriv socijalizam. Nemaš stan, nemaš posao, nemaš ni želju da stvaraš porodicu u takvim uslovima, ustvari nemaš želju da išta radiš i stvaraš", (nezaposleni hemičar, 27 godina, prvi abortus).

"Društvo je pre svega krivo. Zaposliš se kasno a stan dobiješ sa 50 godina", (bankarski službenik, 31 godina, prvi abortus).

"Uslovi su užasni. Dečiji dodatak je toliki da nemam ni za patike, stan plaćam 200 maraka a još radim preko studentske zadruge", (prodavac, 41 godina, šesti abortus).

"Problem je veliki. Najveći. Ali kakvi su ekonomski uslovi i ovo je dece dosta", (student medicine, 18 godina, prvi abortus).

"Trudnička plata mi je bila manja od svih mojih koleginica. Pa posle radjaj decu", (medicinska sestra, 35 godina, drugi abortus).

"Uslovi su takvi da se jednostavno ne može roditi treće dete", (blagajnik, 27 godina, treći abortus).

"Društvo ništa ne čini. Žena sve probleme u ovom društvu treba sama da reši", (daktilograf, 30 godina, prvi abortus).

"Očigledno su ekonomski razlozi jači od nacionalnih", (profesor, 37 godina, peti abortus).

"Društvo je pre svega krivo. Ja imam troje dece a jednosoban stan. Plazma keks košta 20 miliona. Doprineo je sigurno dosta i naš mentalitet. Dete mora sve da ima što i njegovi drugovi. Razne Masterse i Barbike svi kupujemo deci. Takodje, i egoizam žene je važan faktor. Svim mojim drugaricama je najvažnija karijera", (asistent Ekonomskog fakulteta, 36 godina, treći abortus).

"Država je kriva. Ljudi nemaju uslova da zarade", (ekonomista, 30 godina, četvrti abortus).

"Rodiću treće dete jer hoću nešto da učinim za Srbiju", (filmski operater, 30 godina, šesti abortus).

"Jeste ozbiljan problem ali je to tendencija u celom razvijenom svetu", (student sociologije, 23 godine, prvi abortus).

"Ja bih uvela na Kosovu prinudnu sterilizaciju za sve žene koje imaju dvoje dece i rešila bih problem i njihov i naš", (student defektologije, 20 godina, prvi abortus).

"Problem je tako ozbiljan da treba zabraniti abortus svim mladim ženama", (ekonomista, 47 godina, peti abortus).

Nema sumnje da je velika većina anketiranih žena svesna da se stanovništvo Srbije bez pokrajina obnavlja ispod nivoa potrebnog za prostu biološku reprodukciju. Iz zabeleženih razmišljanja se vidi

da žene ovu pojavu vrednuju kao problem i to težak problem, teži od ekonomskih i ekoloških problema svoje sredine, iz dva razloga. Jedan je osećanje nacionalne ugroženosti usled visokog nataliteta na Kosovu. Drugi je što su im jasne dugoročne posledice sadašnjeg reproduktivnog modela (prekomerno starenje, depopulacija). Neke žene su podstaknute pitanjem koje očigledno smatraju važnim iznosile i uzroke takvog stanja zadržavajući se na ličnim razlozima neradjanja drugog ili trećeg deteta ili šire osvetljavajući ovaj problem. U razmišljanjima o nastanku problema vezanog za biološko obnavljanje stanovništva ekonomski faktori dominiraju. Ovo ohrabruje jer se čini da to pruža osnove za sprovođenje stimulativnih mera populacione politike. Neke od mera žene i same predlažu, indirektno ili direktno. Malo je ekstremnih stavova kao što su prinudna sterilizacija na Kosovu i zabrana abortusa. Bitno je još istaći da većina anketiranih žena koje su se odlučile da prekinu sadašnju trudnoću ne vidi svoju ulogu u rešavanju problema koga identifikuju kao težak. Društvo je to od koga se puno očekuje što je verovatno uslovljeno i vrednosnim sistemom koji je socijalizam razvijao. Samo je jedna žena izabrana u uzorak izrazila spremnost da rodi treće dete, istakavši da to čini za Srbiju.

* * *

Nivo znanja žena koje prekidaju trudnoću o anatomiji i fiziologiji reprodukcije kao i karakteristikama sredstava i metoda kontrole radjanja se može oceniti kao nizak, čak izuzetno nizak za neka pitanja. Ovo se može konstatovati ne samo na osnovu datih odgovora već i na osnovu pokazane dubine neznanja. Malo znaju o ovim temama sve žena nezavisno od starosti i obrazovanja bez obzira na razlike koje u tom pogledu postoje. Nužno se nameće razmišljanje o uzrocima

ovakvog stanja. Da li je u pitanju loš kvalitet obrazovanja ¹¹ ili prepuštanje spontanom interesu žene za ove teme a ne sistematskom obrazovanju i obavezi lekara opšte prakse i/ili ginekologa ili se odnos prema seksualnosti u našem društvu nalazi u jednom vakumu izmedju tradicionalnog i savremenog?

Utvrđen nezadovoljavajući nivo znanja bitno se razlikuje od generalnog trenda u razvijenom svetu o kome govore mnogi autori. Tako Rudolf Andorka smatra da za razliku od prošlosti, znanje o kontroli radjanja teži da postane univerzalno i da ono nije faktor koji uzrokuje različito reproduktivno ponašanje u razvijenim sredinama.¹²

¹¹ Kvalitet seksualnog obrazovanja razmatrali su naši autori. Berić i Stanulović su analizirali nastavu na fakultetima Univerziteta u Novom Sadu a Štampar na većini medicinskih fakulteta u Jugoslaviji zaključivši da ni obimom ni sadržajem nije zadovoljavajuća.

¹² Rudolf Andorka, "Lessons from Studies on Differential Fertility in Advanced Societies", in Determinants of Fertility..., op. cit.

STAVOVI

Stavovi vezani za reprodukciju, reproduktivno ponašanje i kontrolu radjanja su, pored znanja i ponašanja, bili predmet anketnog istraživanja. Više razloga je uslovalo utvrđivanje stavova. Pre svega, stavovi su sintetička kategorija. Oni sublimiraju sva verovanja fokusirana na jedan, specifičan objekat ili situaciju ali su i odraz individualnog sistema vrednosti.¹³ Stavovi su, takodje, jedna od najvažnijih varijabli ponašanja. Utvrđivanjem stavova se može objasniti ne samo sadašnje ponašanje već i sa većom verovatnoćom predvideti budući izbori i akcije. Medjutim, utvrđivanje stavova ne znači i direktno dobijanje informacije o ponašanju. Svaka individua se razlikuje po stepenu u kojem je psihološki organizovana da stav kao verbalnu ekspresiju pretoči u ponašanje.¹⁴ Otuda je izvlačenje zaključaka iz utvrđenih stavova vrlo osetljivo. Potrebno je naglasiti da su mnogi stavovi samo racionalizacije stvorene da bi se sopstveno ponašanje opravdalo. Pravi stav je u tom slučaju prikriven. Bitno je istaći da su stavovi varijable koje su podložne promeni. Naročito stavovi, koji uključuju razgovor ili bar razmišljanje o vrlo intimnim pitanjima dvoje ljudi. Utvrđivanje stavova može biti osnova za preduzimanje

¹³ Milton Rokeach, The Nature of Human Values, The Free Press, New York, Collier Macmillan Publishers, London, 1973.

¹⁴ Nila Kapor Stanulović, Psihologija roditeljstva, op. cit.

akcije o njihovom menjanju, širenjem znanja na primer. Na kraju, utvrđivanje određenih stavova u metodološkom smislu je jednostavnije od merenja vrednosti ili verovanja, jer stav uključuje i vrednosti i verovanja, a s druge strane na površini je, više otkriven, lakše dostupan.

Stav o idealnom broju dece

Uobičajeno je da se u anketama o fertilitetu i reproduktivnom ponašanju postavi pitanje o idealnom broju dece. Namera je da se otkriju norme za koje bi se očekivalo da ih individua prihvati ako bi ekonomski, socijalni i drugi uslovi dozvoljavali da se odluka o broju dece donosi slobodno. Ograničavajući faktor u analizi rezultata je što se s jedne strane traži egzaktn, konkretan

Tabela IV 6.
Stavovi žena o idealnom broju dece

	Svega	Po starosti	
		do 29 godina	30 i više godina
Broj žena	400	206	194
jedno	6	5	1
dva	170	91	79
tri	182	91	91
četiri i više	42	19	23
Struktura (u %)	100,0	100,0	100,0
jedno	1,5	2,4	0,5
dva	42,5	44,2	40,7
tri	45,5	44,2	46,9
četiri i više	10,5	9,2	11,9

odgovor numeričke prirode a s druge strane on uključuje

pretpostavku (verovatnoću) sa kojom jedinka nema iskustva. Medjutim, stav o idealnom broju dece omogućava da se stekne predstava o broju dece koji bi zadovoljio potrebu za potomstvom i roditeljstvom.

Stavovi anketiranih žena o idealnom broju dece (pitanje broj 11, tabela IV 6) odražavaju, pre svega, usvojene niske reproduktivne norme u našoj sredini. I u idealnim uslovima žene žele da u velikoj meri kontrolišu svoj fertilitet (biološki potencijal). Tako, čak kada bi bili svi uslovi zadovoljeni, više od dvoje dece ne bi želelo da ima 42,5% žena izabranih u uzorak. Za 45,5% anketiranih žena idealan broj je troje dece. Tek svaka deseta žena smatra idealnom porodicu sa četvoro i više dece. Bitno je istaći da nije registrovan ni jedan stav da je idealno nemati decu. Takodje, izuzetno mali broj žena smatra da je jedno dete ideal kome treba težiti (1,5%). Razlike u ispitivanom stavu prema starosti žene su male, kao da ostvareno reproduktivno ponašanje nema uticaja. Možda jedino zaslužuje pažnju podatak da je jedno dete kao idealan broj u većoj meri zastupljen kod mlađjih žena (2,4) nego žena starih 30 i više godina (0,5%).

Prosečan idealan broj dece je 2,70. Valja naglasiti da je prosečan idealan broj dece anketiranih žena znatno iznad nivoa potrebnog za prosto obnavljanje stanovništva (oko 2,10) a takodje i iznad nivoa reprodukcije (oko 2,50) koji treba da ostvare plodne žene da bi nadoknadile gubitke zbog fiziološkog i sociološkog steriliteta. Utvrđen idealan broj dece je viši je nego što registrovano u anketi o fertilitetu udatih žena u Srbiji bez pokrajina 1970. i 1976. godine (2,27 odnosno 2,21).¹⁵ Pozitivna promena je svakako posledica drugačije demografske klime poslednjih godina. Pokazano je, već, da su anketirane žene u velikoj većini svesne problema

¹⁵ Gordana Todorović, "Stavovi stanovništva o veličini porodice i o abortusu", Stanovništvo, broj 3-4/1976. godina i 1-4/1977. godina.

obnavljanja stanovništva uključujući i dugoročne posledice depopulacije. Dobijeni rezultata o prosečnom idealnom broju dece otvaraju prostor za populacionu politiku u oblasti reprodukcije stanovništva.

Stav žena o budućem učešću u reprodukciji

Pitanje o budućem učešću žena u reprodukciji (pitanje broj 13) je pružilo sasvim jednu drugu sliku, manje optimističku, od one koja se dobila na osnovu stavova žena o idealnom broju dece. Jer, samo 46,8% anketiranih žena je izjavilo da će radjati u budućnosti. Svaka deseta anketirana žena je mišljenja da neće radjati u budućnosti ali da postoji šansa da tu svoju odluku promeni (10,5%).

Čak 42,7% žena ne želi više da radja. One svoj stav da neće učestvovati u reprodukciji u budućnosti vrednuju kao definitivni. Daleko najčešće kao razlog žene navode ostvaren željeni broj dece (43,9%). Na drugom mestu, žene svoje godine ili godine dece ističu kao odlučujuće (15,2 odnosno 3,0%). Loši materijalni uslovi (14,0) i nemanje stana (5,8%) se relativno često navode kao glavni razlog neradjanja u budućnosti. Svaka dvadeseta žena (5,3%) je izjavila da psihički ne može da podnese podizanje dece. Bolest se retko navodi (3,5%) kao i nerešen bračni status (2,3%) i strah od porodjaja (2,3%). U prvi plan tri žene ističu problem sa čuvanjem dece, dve zategnutu političku situaciju, takodje dve žene smrt deteta od kongenitalne mane a samo jedna žena stav muža o neradjanju u budućnosti.

Kada se posmatra buduće učešće žena u reprodukciji u odnosu na broj dece koje imaju, u negativnom smislu skreću pažnju sledeći rezultati. Samo nešto više od jedne polovine žena sa jednim detetom učestvovala u reprodukciji (56,9%). Već ovaj podatak pokazuje da

ostvarenje izraženog stava ne može da obezbedi prosto obnavljanje stanovništva. To takodje, ali još drastičnije, potvrđuju stavovi žena sa dvoje dece (6,6%) kao i podatak da nijedna žena sa troje ili više dece nema nameru više da radja. Ovi rezultati, možda još u većoj meri nego rezultati o idealnom broju dece, govore o neophodnosti uvođenja populacione politike i sprovođenja stimulativnih mera radjanja koje će obezbediti prosto obnavljanje stanovništva.

Stav o najvažnijem faktoru za ostvarivanje uspešnog kontakta sa savetovalištem za kontracepciju

Pored pitanja o obnavljanju stanovništva uže Srbije, pitanje koje je najviše podstaklo anketirane žene da iznose svoja razmišljanja i komentare ali i da se "isprazne" bilo je pitanje o izdvajanju najvažnijeg faktora za ostvarivanje uspešnog kontakta sa savetovalištem za kontracepciju (pitanje broj 21). Tema, shvaćena kao važna, je otvorila ispitanice iz najmanje dva razloga. Većina ispitanica oseća da problem na relaciji ona savetovalište postoji. Takodje, razgovor je vodjen neposredno posle posete savetovalištu i konflikt je ponovo identifikovan.

Gotovo polovina ispitanica ističe osobine i ponašanje lekara sa kojim se susreće u savetovalištu za kontracepciju kao najvažniji faktor uspešnog kontakta (45,0%). Razlike u vrednovanju ovog faktora izmedju anketiranih žena starih do 29 godina i 30 i više godina su male (47,6% prema 42,3%). Nijedna ispitanica ponašanje i osobine medicinskih sestara ne ističe kao bitne.

Citiraćemo karakteristična razmišljanja i obrazloženja izdvajanja lekara kao bitnog faktora:

"Da se razumemo dok pričamo ja i lekar", (nezaposleni gimnazijalac, prvi abortus).

"Lekar koji hoće da razgovara i sve objasni", (domaćica, 24 godine, drugi abortus).

"Da je ginekolog pre svega čovek. To još nisam doživela", (medicinska sestra, 30 godina, drugi abortus).

"Najvažnije je da imate utisak da lekara interesujete kao ličnost. Ja to iskustvo nemam", (student sociologije, 23 godine, prvi abortus).

"Lekar koji hoće da te sluša kad mu se obraćaš za savet ili muku, (prodavac, 30 godina, drugi abortus).

"Ljudski kontakt da mogu da ostvarim sa lekarom", (ekonomista, 23 godine, prvi abortus).

"Lekar koji je strpljiv", (student fizike, 25 godina, prvi abortus).

"Dobar čovek koji bi me saslušao makar moj problem bio i glup", (frizer, 22 godine, drugi abortus).

"Lekar koji priča a ne dere se", (daktilograf, 28 godina, prvi abortus).

"Lekar koji ne čuti kao mula", (prodavačica, 36 godina, peti abortus).

"Korektan lekar ako takav uopšte postoji", (nezaposlen stomatolog, 28 godina, prvi abortus).

"Lekar koji je normalan. Da ti pruži dobru reč samo, ništa više", (vešerka, 29 godina, šesti abortus).

"Lekar koji hoće da porazgovaramo o svemu što me tišti", (prodavac, 29 godina, treći abortus).

"Da imaš utisak makar lažan da lekara interesuje tvoj problem", (šef ekspoziture banke, 32 godine, četvrti abortus).

"Bitno je da lekar hoće da se pozabavi pacijentom a ne samo da gleda u karton i kroz pacijenta", (knjigovodja, 34 godine, četvrti abortus).

"Da te lekar ne grdi čim udješ na vrata", (šnajderka, 27 godina, treći abortus).

"Da lekar obavi pravi individualan razgovor, koji traje koliko je potrebno. Možda je privatna praksa jedino rešenje", (službenik u računovodstvu, 29 godina, četvrti abortus).

Kroz ton, razmišljanja i način formulacije stava kao odgovor na ovo pitanje kao i visok udeo žena koji lekara ističu u prvi plan u prisustvu lekara koji vodi razgovor u zdravstvenoj ustanovi u kojoj će se izvršiti prekid trudnoće provejava loše sopstveno iskustvo i optužba lekara. U prvi plan žene kao važno ne ističu stručnost lekara, to niko i ne pominje, već traže razgovor. I to sadržajan, otvoren, dvosmeran, topao, ljudski bez grdnje i straha od reakcije. Razgovor koji će biti okrenut njima, kao posebnoj individui, njihovim problemima, njihovim strahovima, njihovim vrednostima umesto formalnog kontakta između lekara i pacijenta.

Jedna trećina anketiranih žena kao najbitniji faktor za ostvarivanje uspešnog kontakta sa savetovalištem za kontracepciju navodi kraći boravak u čekaonici (31,2%). Pri tom se iznosi niz primera čekanja na red po nekoliko sati, čekanja u hladnim prostorijama, čekanja stojeći, čekanja zajedno sa ženama koje imaju druge čak i suprotne razloge dolaska kod ginekologa kao i donošenje knjižice ujutru, pre posla, da bi se zauzeo red za posle podne i slično. Zakazivanje telefonom se često navodi kao jedno od rešenja. Čekanje je drugi po važnosti faktor, gotovo jednako važan kao i faktor lekar za žene stare 30 i više godina (39,7%). Za mlađe anketirane žene ovaj faktor se nalazi na trećem mestu po važnosti. Daleko manje žena do 29 godina starosti ga je izdvojilo kao najbitniji (23,3%).

Anketirane žene se zalažu i da ginekolog u savetovalištu za kontracepciju bude žena (18,0%). Retko postoji potreba da se izdvajanje ovog faktora objasni. Ako se to čini onda se pre svega ističe očekivanje boljeg razumevanja od žene ginekologa jer su im problemi, izbor rešenja kao i reakcije zajedničke. Suštinu

očekivanja najbolje ilustruje sledeći odgovor "Žena sve oseti, ne moraš joj objašnjavati", (inženjer gradjevine, 31. godina, treći abortus). Takodje, navodi se kao razlog da je osećaj stida daleko manji u prisustvu žene. Verovatno osećaj stida i nelagodnosti uslovljava da u daleko većem broju mlađe žene (25,2%) u odnosu na žene stare 30 i više godina (10,3%) izdvajaju prisustvo žene ginekologa kao najbitniji faktor za ostvarivanje uspešnog kontakta sa savetovalištem za kontracepciju .

Izuzetno retko anketirane žene vide lični faktor kao najbitniji faktor uspešnog kontakta (5,5%). Mlađe žene još redje ovaj faktor vrednuju u odnosu na žene stare 30 i više godina (3,4% prema 7,7%).

Bitno je istaći da ovaj modalitet nije bio unapred dat. Odgovore i objašnjenja možemo klasifikovati u dve grupe. S jedne strane, nalaze se žene koje promene u sopstvenoj ličnosti, sistemu vrednosti i ponašanju ističu kao bitne. Na primer:

"Kad bi mi neko promenio svest", (turistička radnica, 27 godina, treći abortus).

"Da ja nisam budala. Idem kod ginekologa samo kada sam trudna", (bilansista, 30 godina, treći abortus); (frizer, 34 godine, šesti abortus).

"Ja sam kriva. Idem samo kad me stisne muka", (hemijski tehničar, 36 godina, treći abortus).

"Sve to zavisi od mene. Na žalost, ja idem samo kad moram", (konobar, 36 godina, treći abortus).

S druge strane, pak, neke od anketiranih žena idu korak dalje, problem pokušavaju da generalizuju , traže uzroke i nude rešenja za ostvarivanje uspešnog kontakta sa savetovalištem za kontracepciju. Na primer:

"Žene su pre svega lenje da idu u savetovališta",

(administrativni službenik, 36 godina, treći abortus).

"Žene idu kod lekara samo kad moraju", (likvidator, 29 godina, treći abortus).

"Najvažnije je pravilno vaspitanje", (laborant, 24 godine, prvi abortus).

"Pre svega bi u školu trebalo uvesti seksualno vaspitanje", (domaćica, 27 godina, drugi abortus).

Za razliku od subjektivnog faktora koji nije bio dat a neke žene su ga navele kao najbitniji, modalitet "rad u maloj grupi" je bio ponudjen. Samo ga je jedna žena vrednovala kao važan faktor uspešnog kontakta. Diskusija o problemima vezanim za kontrolu radjanja, gde svaki učesnik u razgovoru iznosi svoja vidjenja, iskustva, dileme, shvatanja, postavlja pitanja je priznat kao jedan od metoda rada u savetovalištu za kontracepciju u svetu. Moguće je da je ovaj način rada našoj ženi nepoznat pa usled toga i neprihvatljiv ili se teme o kojima se želi razgovor u savetovalištu doživljavaju kao suviše intimne i otuda otpor.

Stav o sticanju novih znanja o modernoj kontracepciji

Više od jedne trećine anketiranih žena (37,5%) ne želi da ništa nauči o modernoj kontracepciji (pitanje broj 22). Teško je shvatljivo kod ovako velikog broja žena odsustvo želje da se više i dublje sazna o piluli i spirali, visoko efikasnim kontraceptivnim metodama koje su predmet stalne provere i usavršavanja, u momentu kada se prekida trudnoća koja se ne želi. Posebno je neshvatljivo što su ispitanice podstaknute pitanjima o mehanizmu delovanja pilule i spirale mogle da razmisle o svome znanju. Da li su one nesvesne svoga neznanja ili njegove uloge u budućem reproduktivnom ponašanju ili je njihova odluka o vidu kontrole radjanja koji isključuje modernu kontracepciju čvrsta ili postoji konfuzija i

razočaranost u ranije pokušaje da se otvorena pitanja i dileme vezane za modernu kontracepciju razreše?

Daleko više žena je otvoreno za nova saznanja o modernoj kontracepciji (62,5%). Želja mlađih žena je daleko izrazitija (80,1%) nego starih 30 i više godina (43,8). Ove razlike u ispitivanom stavu se prenose i u odnosu na broj prethodnih abortusa. Potvrдно na ovo pitanje je odgovorilo 70,6% žena bez i sa jednim prekidom trudnoće, 56,5% žena sa dva i tri abortusa i 48,7% žena sa četiri i više prekida trudnoće u reproduktivnoj istoriji. Ovakav stav mlađih žena i žena sa jednim ili dva prekida trudnoće izgleda vrlo važan za promenu budućeg reproduktivnog ponašanja, posebno ako ta motivisanost i želja za novim saznanjima budu osnova za dublju komunikacije između lekara i žene. A da za to postoje realni zahtevi žena potvrđuju njihovi odgovori o načinu sticanja ovih znanja. Prema njima, ogromna većina žena (77,6%) želi da neposredno od lekara dobije sva bitna obaveštenja o pilulu i spirali. Od ostalih načina žene u nešto većoj meri ističu štampu (12,0) i televiziju (6,8), a u sasvim neznatnoj brošure (2,8) i drugu vrstu literature (2,4). Samo (1,2%) žena misli da način sticanja znanja nije bitan.

Stav o sterilizaciji

Dobrovoljna sterilizacija je najrasprostranjenija metoda kontracepcije. Procene broja parova u reproduktivnom dobu koji su je prihvatili kreću se između sto pedeset i sto šezdesetset miliona.¹⁶ Takođe, procenjuje se da na sterilizaciju otpada jedna

¹⁶Evelyn Landry, "How and Why Women Choose Sterilization: Results from Six Follow-up Surveys", Studies in Family Planning, Volume 21, Number 3, May/June, 1990.

trećina celokupne kontraceptivne prakse.¹⁷ U poslednjoj deceniji broj sterilisanih žena i muškaraca je naglo porastao. U literaturi kao najčešći razlozi sve šireg opredeljenja za ovu metodu navode se napredak u hiruškoj tehnici, promene u zakonskoj regulativi, povećan broj servisa, smanjenje troškova, bolja informisanost stanovništva o prednostima ovog kontraceptivnog metoda kao i promene u stavovima lekara prema sterilizaciji.

Što se tiče pravne regulative sterilizacije, ne mali broj zemalja je dao prednost ovom obliku kontrole radjanja nad abortusom. Sterilizacija je postala i važna mera programa za planiranje porodice u mnogim zemljama. U nerazvijenim zemljama ona se forsira kao mera antinatalističke politike a u razvijenim delovima sveta je ovaj kontraceptivni metod prihvaćen zbog svoje efikasnosti i neškodljivosti.

Tubalna ligitacija izvršena neposredno po prekidu trudnoće se, takodje, sve više koristi u svetu jer su rezultati mnogih istraživanja, uključujući i veliko istraživanje koje je organizovala Svetska zdravstvena organizacija,¹⁸ pokazali da postabortusna sterilizacija nije praćena sa statistički signifikantno višom stopom komplikacija nego sterilizacija i legalni abortus odvojeno izvršeni. Abortus se najčešće kombinuje sa sterilizacijom u Indiji i Singapuru, zatim u Škotskoj, Engleskoj i Velsu, SAD i Švedskoj a najredje u zemljama istočne Evrope.¹⁹ Generalno se može zaključiti da je visoka prevalencija postabortusne sterilizacije medju starijim udatim ženama, ženama sa

¹⁷ Kashwantale Chibalonza, Jane Bertrand, "Attitudes toward Tubal Ligation among Acceptors, Potential Candidates, and Husbands in Zaire", Studies in Family Planning, Volume 20, Number 5, 1989.

¹⁸ "Complications of Abortion in Developing Countries", Population Reports, Series F, Number 7, July 1980.

¹⁹ A. J. Chen, S.L. Ling et all, "Legalized Abortion: The Singapore Experience", Studies in Family Planning, Volume 16, Number 3, May/June, 1985.

većim brojem dece, sa nižim socio-ekonomskim statusom, ženama sa medicinskim komplikacijama kao i ženama koje prekidaju trudnoću u drugom trimestru.²⁰

Suprotno generalnom trendu sve veće raširenosti ove metode u svetu, u Srbiji se sterilizacija kao kontraceptivna metoda uopšte ne koristi. Nema ni osnovnog preduslova za prihvatanje ovog vida kontracepcije jer ni zakon to ne omogućava. S jedne strane, pravno odredjenje prema prekidu trudnoće je u osnovi krajnje liberalno a s druge strane, pravna regulativa sterilizacije kao kontraceptivne metode ne postoji. Teško je reći zašto je to tako. Čini se da je pitanje sterilizacije poprimilo političke i nacionalne elemente. Izmedju ostalog u neodobravanju ovog vida kontracepcije leži strah da se neće poštovati, najvažniji elemenat dobrovoljne sterilizacije, pravo čoveka da slobodno i potpuno informisan bira ovaj metod.

Jedan od razloga velikog broja abortusa a pre svega visokog udela žena sa četiri i više abortusa u Srbiji je i odsustvo sterilizacije. Upravo zbog toga je jedan od ispitivanih stavova u anketi bio i stav o sterilizaciji. Namera je bila da se utvrdi šta žene koje prekidaju trudnoću misle o ovoj metodi kontracepcije. Pitanje je glasilo: "Da li bi ste se Vi podvrgli sterilizaciji pošto rodite željeni broj dece i kada bi bili uvereni da sterilizacija ne utiče na zdravlje, niti na sposobnost seksualnog opštenja". Sa ovako formulisanim pitanjem je pokušano da se unapred otklone dve najčešće ograde za prihvatanje sterilizacije.

Stav gotovo jedne trećine anketiranih žena (30,8%) je da bi prihvatile sterilizaciju (tabela IV 7). Nasuprot njima, većina žena (69,2%) ima negativan stav prema ovom kontraceptivnom metodu.

²⁰ Christopher Tietze, Induced Abortion, The Population Council, New York, 1975.

Slične rezultate je dobio i Antonovski (71,8%), mada je pitanje bilo uže postavljeno ("Da li bi se Vi odlučili za sterilizaciju") anketirajući žene koje prekidaju trudnoću na skopskoj klinici.²¹ Potrebno je istaći da nije zabeleženo odsustvo stava u odnosu na ovo vrlo osetljivo pitanje, možda baš zbog načina na koji je postavljeno.

Analiziranje stava prema sterilizaciji u odnosu na starost, broj dece, broj prethodnih abortusa i obrazovanje žena koje prekidaju trudnoću nije pokazalo njihov veći uticaj na stavove o prihvatanju ove kontraceptivne metode. Naime, žene do 29 godine starosti su u 28,6% slučajeva potvrdno odgovorile na postavljeno pitanje a starije žene u 33,0% slučajeva. Udeo žena bez dece i sa jednim detetom koje bi hipotetički prihvatile sterilizaciju (27,9%) se ne razlikuje bitno od udela žena sa dvoje i više dece koje bi se na to odlučile (34,1%). Žene sa većim brojem abortusa u reproduktivnoj istoriji imaju u većoj meri pozitivan stav prema ovom pitanju ali ne u onoj meri koliko bi se to moglo očekivati (34,6% sa četiri i više abortusa prema 28,0% do jednog prekida trudnoće). Žene sa nezavršenom i završenom osnovnom školom su mišljenja da bi prihvatile sterilizaciju u većoj meri (40,2%) u odnosu na žene sa srednjom školom (28,2) i višim i visokim obrazovanjem (28,8%).

Pitanje je bilo tako formulisano da se razlog neprihvatanja sterilizacije kao definitivnog metoda kontracepcije nije tražio. Medjutim, ovo pitanje je podstaklo neke žene da obrazlože svoj stav o prihvatanju drugih reverzibilnih metoda kontracepcije i abortusa radije nego tubalne ligitacije. Strah dominira u većini razmišljanja. I to strah od moguće smrti dece, strah od operacije, strah od definitivnog gubljenja ženskog identiteta, strah od

²¹Ljubomir Antonovski, "Reproduktivno ponašanje urbane populacije žena došlih na kliniku radi artificijelnog abortusa", Stanovništvo, Broj 1-4, 1984-1985.

gubitka seksualne privlačnosti kao i strah od definitivne vezanosti za muža. Važno je naglasiti da nisu registrovani pronatalistički razlozi kao objašnjenje neprihvatanja sterilizacije kao definitivne metode kontracepcije.

Tabela IV 7.
Stavovi žena o prihvatanju sterilizacije

	Svega	Da	Ne
Broj žena	400	123	277
po starosti			
do 29 godina	206	59	147
30 i više godina	194	64	130
po obrazovanju			
nezavršena i			
završena osnovna	82	33	49
srednja	245	69	176
viša i visoka	73	21	52
po broju dece			
0 i 1	215	60	155
2 i više	185	63	122
po broju abortusa			
0 i 1	214	60	154
2 i 3	108	36	72
4 i više	78	27	51
Struktura (u %)			
po starosti			
do 29 godina	100,0	28,6	71,4
30 i više godina	100,0	33,0	67,0
po obrazovanju			
nezavršena i			
završena osnovna	100,0	40,2	59,8
srednja	100,0	28,2	71,8
viša i visoka	100,0	28,8	71,2
po broju dece			
0 i 1	100,0	27,9	72,1
2 i više	100,0	34,1	65,9
po broju abortusa			
0 i 1	100,0	28,0	72,0
2 i 3	100,0	33,3	66,7
4 i više	100,0	34,6	65,4

Stav muškaraca o kontracepciji

Iz istorijske perspektive, coitus interruptus i kondom, takozvana "muška" kontracepcija je imala glavnu ulogu u kontroli radjanja. Do uvodjenja moderne kontracepcije, nekih 30 godina unazad, žena je često bila žrtva sopstvenog radjanja kao i odluke i ponašanja partnera. Sa pilulom i spiralom uloge medju polovima i u ovoj oblasti se menjaju. Novi metodi za razliku od starih su "ženski" metodi i žena je u poziciji da kontroliše sopstvenu plodnost i donosi sama odluku o kontraceptivnom sredstvu koje će koristiti. U suštini u većini društava nije izmenjen osnovni konflikt koji postoji u odnosu medju polovima kada je reč o kontracepciji: za ženu je kontracepcija način da se sama zaštiti od konsekvenci koje sa sobom nosi neželjena trudnoća to jest da se zaštiti od posledica namernog prekida trudnoće ili neželjenog radjanja, dok je za muškarca kontracepcija način da se pobegne od posledica. Konflikt postoji, ženi je data šansa da svoj stav o kontracepciji realizuje, ali da bi se donela prava odluka o kontraceptivnim metodima i sredstvima koja će se koristiti i zatim se odluka konzistentno i kontinuirano sprovodila neophodno je da ona odražava vrednosni sistem, verovanja, norme, želje, poglede, motive, odgovornost i muškarca i žene. Uspešna kontrola radjanja zahteva otvorenu komunikaciju izmedju partnera i zato i muškarac i žena imaju podjednako važnu ulogu u ovoj oblasti. U tom smislu mogu se identifikovati tri nivoa putem kojih su muškarac i žena uključeni u upotrebu kontracepcije. Može se napraviti razlika izmedju osobe koja daje inicijativu da se koristi određeno kontraceptivno sredstvo ili metod, osobe koja direktno koristi izabrani vid kontrole radjanja i osobe čija je pomoć neophodna da bi izabrano sredstvo ili metod bili efikasni.

Na indirektan način, preko anketiranih žena smo pokušali da saznamo stav njihovih partnera o upotrebi kontracepcije (pitanje broj 34).

Gotovo polovina (48,8%) anketiranih žena je izjavila da je njihov partner za upotrebu kontracepcije. Distribucija kontraceptivnih sredstava i metoda za koje se njihovi partneri zalažu je sledeća: samo za modernu kontracepciju (59,0), isključivo za coitus interruptus (19,4%), samo za prezervativ (3,6%) kao i za bilo koje kontracepivno sredstvo ili metodu (18,0%).

Teško je objasniti, bez dodatnog istraživanja, otkuda zalaganje u ovako visokom broju samo za pilulu i/ili spiralu. Da li u tom stavu preovladjuju objektivni faktori kao što su visoka efikasnost ovih sredstava i nevezanost njihove aplikacije ili upotrebe za sam seksualni akt ili je psihološka cena pilule i spirale kao "ženskih" kontraceptivnih sredstava za muškarca nužno niža. Na razmišljanje o ulozi psihološke cene u zalaganju za upotrebu moderne kontracepcije upućuje i izuzetno nisko opredeljenje partnera anketiranih žena za prezervativ. Prezervativ je sredstvo koje ima niz prednosti kao što su efikasnost, laka dostupnost i naročito odsustvo propratnih efekata. Takodje, otvoreno je pitanje koliko u prihvatanju jedne petine muškaraca samo prekinutog snošaja ima neupućenosti u druge metode i sredstva a koliko je coitus interruptus postao sinonim za seksualni akt za deo naše populacije.

Gotovo jedna trećina anketiranih žena je saopštila da su njihovi partneri ili indiferentni prema upotrebi kontracepcije (25,7%) ili da sa njima o ovoj temi nisu ni razgovarali (6,2%). Ovaj podatak ukazuje da ne mali broj neželjenih ili neplaniranih trudnoća nastaje jer muškarci više vole da ne učestvuju u donošenju odluke prepuštajući ženi da je donese što verovatno podrazumeva i da posledice te odluke sama snosi. Neiniciranje i neprihvatanje razgovora o ovako važnom pitanju je u stvari isto odluka, trenutno manje frustrirajuća i manje stresna da bi se posle kraćeg ili dužeg perioda morala doneti još važnija odluka čija je cena sigurno veća.

Blizu jedne petine žena (ili 19,3%) je, pak, odgovorilo da je njen

partner protiv upotrebe kontracepcije. U objašnjenjima, kao razlog iznesenog stava svog partnera, dominira mišljenje da je kontracepcija štetna za zdravlje (68,8%). Razlog nije realan. On je pre svega racionalizacija nečeg što neće da se prizna. Svesna ili nesvesna. Racionalizacija muškarca ili žene ili oba partnera. U neprihvatanju kontracepcije jer je štetna za zdravlje sadržani su i ostali razlozi koji se daleko redje navode. Pre svih, strah da bi upotreba kontracepcije ženu ohrabrila na neverstvo to jest kako same žene obrazlažu "ovako je siguran da ga ne varam" (11,7%). Takodje, neke muškarci (6,5%) kontracepciju doživljavaju kao tehničku intervenciju u doživljaju koji je netehničke prirode. Ovde se ogleda fundamentalan konflikt izmedju seksualnosti i tehnologije. Drugi, pak, svojim partnerkama za ovakav stav ne moraju da iznesu ni argument (6,5%). Kod mladjih, neoženjenih muškaraca postoji i želja da se seksualni aspekt odnosa sakrije (3,9%). Neki muškarci žele mnogo dece (2,6%). Koliko je to pronatalistički stav a koliko dokaz sopstvene muškosti?

Pitanje stava muškaraca o kontracepciji je takve prirode da bi moralo da se postavi i samom muškarcu. I to ne samo kao jedinki koja je najpre dužna da obrazloži sopstveni stav o upotrebi kontracepcije, već kao jednom od partnera, čiji stav ne može da bude potpuno nezavistan od ponašanja drugog partnera.

Stav o abortusu i kontracepciji

Abortus kao metod kontrole radjanja ima jasne prednosti. On je potpuno efikasan, jedini je metod koji omogućava da se prekine postojeća trudnoća i zasniva se na sigurnosti a ne na verovatnoći začeca. Takodje, abortus je za razliku od većine kontraceptivnih sredstava nezavisan od seksualnog akta, jednopotezna je intervencija, najčešće ne zavisi od pristanka muškog partnera i ne

podrazumeva pripremu i očekivanje seksualnog odnosa. Međutim, generalno gledajući, s medicinskog i socijalnog aspekta, kontracepcija se nameće kao logično rešenje dileme o vidu kontrole radjanja, ne izuzimajući namerni prekid trudnoće u slučaju kontraceptivne greške.

Pojedinac, pak, vršeći izbor u uslovima podjednake dostupnosti ²² jednog od alternativnih rešenja, subjektivno procenjuje čitav niz relevantnih elemenata, često i zajedničkih elemenata, svakog od rešenja. Osnova procene je mešavina afektivnog i racionalnog. Kada je reč o abortusu i kontracepciji polazi se od osnovnih komponenata kao što su neprijatno iskustvo, štetnost po zdravlje, sukob sa partnerom, mogućnost ostvarenja, prihvatljivost sa moralnog gledišta i drugo. Svaki od elemenata ima svoju psihološku cenu, psihološko opterećenje. Rezultanta čitavog procesa je psihološko opterećenje abortusom i psihološko opterećenje kontracepcijom. Što je psihološko opterećenje jednim rešenjem manje to je njegova prihvatljivost za jedinku veća i obrnuto.

U ovom istraživanju ispitivano je psihološko opterećenje abortusom i psihološko opterećenje kontracepcijom (pitanja broj 36 i 37). Za svaki od pet elemenata za koje se pretpostavilo da ulaze u procenu ponudjeno je tri odgovora. Na sledeći način je subjektivan doživljaj pretvoren u numeričke vrednosti: odgovor "mnogo" nosio je dva poena, odgovor "malo" jedan a odgovor "nimalo" nula poena. Zbirna suma koja predstavlja psihološko opterećenje abortusom mogla je da ima vrednost od nula do deset poena. Takodje, zbirna suma koja predstavlja psihološko opterećenje kontracepcijom mogla je da ima vrednost od nula do deset poena. Veća vrednost zbirne sume

²²Da bi izbor između abortusa i kontracepcije bio uistinu slobodan nužno je da ne postoje zakonske prepreke primeni ni abortusa ni kontracepcije, zatim da tržište bude snabdeveno svim kontraceptivnim sredstvima, da ustanove koje vrše prekid trudnoće i savetovališta za kontracepciju budu podjednako zastupljena kao i da nivo informisanosti o osobinama ova dva metoda kontrole radjanja bude zadovoljavajući.

ukazuje na veće psihološko opterećenje (tabela IV 8).

Anketirane žene doživljavaju abortus kao neprijatno iskustvo u većoj meri nego što u tom smislu doživljavaju kontracepciju (574 poena prema 499 poena). Razlika nije toliko velika u psihološkom opterećenju ovog elementa koliko bi se moglo pretpostaviti s obzirom da se razgovor vodio u očekivanju namernog prekida trudnoće.

Tabela IV 8.
Psihološko opterećenje abortusom i kontracepcijom

	Broj žena			Broj poena
	mного	malo	nimalo	
Abortus				
neprijatno iskustvo	229	116	55	574
štetan po zdravlje	52	232	116	336
uzrok sukoba sa partnerom	16	35	349	67
komplikovano ostvariti	27	114	259	168
moralno uznemiravajući	121	152	127	394
ukupno				1539
Kontracepcija				
neprijatno iskustvo	213	73	114	499
štetna po zdravlje	294	67	39	655
uzrok sukoba sa partnerom	34	36	330	104
komplikovano ostvariva	89	187	124	365
moralno uznemiravajuća	3	6	391	12
ukupno				1635

Podstaknute da procenjuju u kojoj je meri za njih abortus neprijatno iskustvo neke od anketiranih žena su svoj subjektivni doživljaj i obrazlagale. Mnoge žene podvlače da je za njih abortus psihički mnogo više nego fizički neprijatno iskustvo. Takođe, više žena je izjavilo da je za njih, pre svega ili jedino, prvi abortus bio neprijatno iskustvo ("Prvi put je grozno. Posle više nije jer znaš šta te čeka"; službenik u računovodstvu, 29 godina, četvrti abortus). Za neke žene je abortus neprijatno iskustvo jer se

osećaju poniženo ("Pre svega je abortus ponižavajuće iskustvo. Čekaš satima, onda te uvedu, sve žene zajedno i jedino što ti kažu je skidaj gaće", pravni sekretar, 35 godina, treći abortus; "Užasno ponižavajuće. Ponižavaju te sestre i doktori a sam si kriv što si u takvoj situaciji što je, takodje, ponižavajuće", medicinska sestra, 30 godina, drugi abortus). Za druge, pak, abortus bi bio neprijatno iskustvo ako bi okolina to saznala ("Neprijatno bi mi bilo da okolina sazna za moju odluku. Svi bi me osudjivali. Naročito se plašim da moja ćerka ne sazna", daktilograf, 35 godina, treći abortus). Bol ili strah od opšte anestezije je osnovni razlog što neke žene namerni prekid trudnoće doživljavaju kao neprijatan ("Zbog bola je to neprijatno iskustvo a plašim se i opšte anestezije", ekonomista-stručni saradnik, 39 godina, treći abortus; "Nimalo neprijatno iskustvo danas sa opštom anesteziom, nekad je sigurno bilo neprijatno", laborant, 37 godina, osmi abortus). Žene koje prihvataju abortus upravo zbog toga što je to jednopotezna intervencija iz tog ugla i cene neprijatnost ovog vida kontrole rođanja ("Abortus nije svaki dan, jedanput godišnje preživiš i tu grozotu, službenik u turizmu, 25 godina, drugi abortus; "Neprijatno je ali se brzo zaboravi", hemijski tehničar, 33 godine, četvrti abortus).

Na drugoj strani se nalaze razmišljanja žena koje abortus ne doživljavaju kao nešto neprijatno. Najčešće se razmišlja da je lakše prekinuti trudnoću nego ići kod zubara ("Idem radije na kiretažu nego da vadim zub", službenik u računovodstvu, 29 godina, četvrti abortus; "Lakše mi je da prekinem trudnoću nego da odem kod zubara", kuvarica, 43 godine, dvadest prvi abortus).

Žene koje procenjuju kontracepciju kao neprijatnu najčešće taj svoj subjektivni doživljaj obrazlažu time da je za njih kontracepcija obavezujuća, neprirodna, dosadna i zato neprijatna.

Štetnost po zdravlje abortusa i štetnost po zdravlje kontracepcije

se upadljivo različito doživljavaju. Psihološko opterećenje štetnošću kontracepcije je gotovo dva puta veće od psihološkog opterećenja štetnošću abortusa (ukupni skor za kontracepciju 655 a za abortus 336). Navešćemo karakteristična razmišljanja o štetnosti kontracepcije:

"Sve je mnogo štetno osim prezervativa ali žensko si šta ćeš", (anesteziolog, 36 godina, treći abortus).

"Kontracepcija je mnogo štetna hoće da nastane tumor", (tekstilna radnica, 36 godina, četvrti abortus).

"Ni lekari ne preporučuju kontracepciju. Ja sam htela spiralu da stavim. Moj ginekolog kaže da spirala izaziva zapaljenja jajnika, krvariš kada je staviš dugo i tako to", (daktilograf, 33 godine, drugi abortus).

"Mnogo je to štetno za zdravlje. Sve hoće da oboli", (konobar, 37 godina, deseti abortus).

"Spirala je strano telo, hemija je opasna, tablete izazivaju rak, mehanička sredstva su neprijatna pa šta onda da radiš", (profesor u srednjoj školi, 40 godina, treći abortus).

"Moja majka nije nikada ništa upotrebljavala. Zato je i doživela 70 godina", (knjigovodja, 40 godina, drugi abortus).

Kada je, pak, reč o abortusu i njegovoj štetnosti po zdravlje većina žena vidi direktnu i jedinu vezu između veštine operatora i komplikacija i posledica namernog prekida trudnoće. Puno anketiranih žena podvlači da abortus nije štetan po zdravlje ako je lekar dobar i dobro uradi intervenciju.

Tražena je i procena koliko je abortus a koliko kontracepcija uzrok sukoba sa partnerom. Psihološko opterećenje ovom komponentom je upadljivo veće kada je reč o kontracepciji (104 poena za kontracepciju prema 67 poena za abortus).

Anketirane žene doživljavaju kontracepciju i kao rešenje koje je

neuporedivo komplikovanije ostvariti nego namerni prekid trudnoće (365 poena prema 168).

Moralnost jednog postupka, dileme i pitanja koja pokreće su, takodje, važan elemenat psihološkog opterećenja u smislu psihološke cene njegove primene. Rezultati pokazuju da je namerni prekid trudnoće jedini vid kontrole radjanja koji moralno uznemirava žene (394 poena je psihološko opterećenje za abortus a 12 poena za kontracepciju). Na pitanje da li ih i u kom stepenu moralno uznemirava abortus, 121 anketirana žena je izjavila da je namerni prekid trudnoće "mnogo" uznemirava, 152 žene da ih "malo" moralno uznemirava a 127 žena da ih ovaj vid kontrole radjanja uopšte neuznemirava u moralnom pogledu. Bez obzira što se može pretpostaviti da su žene razrešile moralne dileme koje abortus pokreće, samim tim što su se odlučile da prekinu trudnoću, ostaje niz otvorenih pitanja. Čini se da se neka od osnovnih u tom smislu mogu postaviti: Da li je fetus ličnost? Kada fetus postaje ličnost? Da li je moralno roditi dete koje neće imati oca pored sebe? Da li imam pravo da rodim dete i time ugrozim egzistencijalna prava ostale već rođene dece? Šta je sa mojim moralnim pravima? Da li dete ima moralno pravo da se rodi željeno?

Navešćemo neka razmišljanja anketiranih žena koja ilustruju koliko se teško može doživljavati abortus u moralnom smislu:

"Ja sam pravi ubica", (asistent na Tehnološkom fakultetu, 36 godina, treći abortus).

"Posle svakog abortusa se grozno osećam. Teško mi je na duši. Razmišljam o sebi kao moralnoj nuli", (radnica, 31 godina, treći abortus).

"Imala sam dva prekida trudnoće kao studentkinja, pre nego što sam rodila prvo dete. Tada nisam osećala da je to nešto loše, da je greh, nije me uopšte moralno uznemiravalo. Sada kada imam dvoje dece i kada sam se odlučila na prekid trudnoće osećam se užasno jer

sam sada svesna da uništavam svoje dete", (šef ekspoziture banke, 32 godine, treći abortus).

"Greh je prekid trudnoće i to najveći. To mora da se plati. Stići će me kazna", (frizer, 24 godine, prvi abortus).

Ukupno utvrđeno psihološko opterećenje, uzimajući u obzir sve elemente kao celinu, pokazuje da manje ili više ne postoji razlika između doživljaja koje u ovom smislu stvara kontracepcija odnosno primena abortusa. Ukupno psihološko opterećenje abortusom je 1539 poena a kontracepcijom 1635 ili 6,2% više. U okviru ovog sumarnog pogleda potrebno je istaći da je važnost pojedinih komponenata psihološkog opterećenja različita. "Neprijatno iskustvo" ima upadljivo najveći uticaj na formiranje psihološkog opterećenja abortusom. Na drugom i trećem mestu sa približno istim brojem poena su moralna komponenta i štetnost po zdravlje, na četvrtom mestu komplikovanost primene a na poslednjem mestu, sa najmanjim uticajem, sukob sa partnerom.

Na drugoj strani, štetnost po zdravlje je daleko najznačajnija komponenta koja deluje na formiranje psihološkog opterećenja kontracepcijom. Redosled ostalih komponenti je "neprijatno iskustvo", zatim komplikovanost primene, sukob sa partnerom a daleko na kraju moralna dilema ovog rešenja.

Anketirane žene očigledno doživljavaju abortus kao ravnopravno rešenje problema kontrole rađanja koje ih ukupno gledajući čak manje psihološki opterećuje od kontracepcije. Osnovno je pitanje koliko se i na koji način objektivno može delovati da se ovaj stav promeni. Rezultati ovog istraživanja u tom smislu ukazuju na najmanje dve mogućnosti. Jedna je, širenje znanja, medicinski argumentovanog o stvarnoj štetnosti svakog kontraceptivnog sredstva. Drugi način je poboljšanje sistema usluga vezanih za kontracepciju poštujući potrebe žena.

* * *

Rezultati testiranih stavova žena pružaju mogućnost da se neka važna pitanja determinacije abortusa potpunije shvate a samim tim da se odrede i pravci politike u ovoj oblasti. U tom smislu su najvažniji oni koji govore o stabilnosti niskih reproduktivnih normi i o postojanju velikog psihološkog otpora žena prema kontracepciji. Muškarci su, takodje, u osnovi protiv kontracepcije bilo što su direktno protiv nje, nezainteresovani za nju ili se zalažu samo za ženska kontraceptivna sredstva. Kod relativno velikog broja žena konstantovano je odsustvo želje za sticanjem znanja o modernoj kontracepciji. Loše iskustvo žena sa savetovalištem za kontracepciju, po svemu sudeći jedan je od važnih uzroka velikog broja abortusa. Spremnost prihvatanja sterilizacije od ne malog broja žena indirektno pokazuje da je odsustvo tubalne ligitacije jasan faktor, pre svega, abortusa višeg reda.

PONAŠANJE

Ljudsko ponašanje je složen fenomen determinisan osobinama ličnosti, njenim znanjem, motivacijom i uslovima sredine u kojoj živi. Jedan od najopštijih modela ponašanja dao je Fišbajn²³ razvijajući Rozenbergovu teoriju kognitivnog ponašanja i Dilanovu teoriju propozicione kontrole. On razlikuje dve osnovne, odvojene komponente ponašanja. Jedna komponenta je individualan stav o odredjenom ponašanju čija je osnova verovanje u konsekvence specifičnog ponašanja. Druga komponenta je društveni i normativni uticaj na ponašanje koji svaka ličnost propuštajući kroz sopstvenu prizmu oboji stvarajući subjektivne norme odredjenog ponašanja. Rezultanta ove dve komponente je nameravano ponašanje iz kojeg proizilazi odredjeno ponašanje. Ponašanje zatim ima povratno dejstvo na obe osnovne komponente koje ga uslovljavaju, to jest utiče i na verovanje o posledicama specifičnog ponašanja i na stvaranje odredjenih socijalnih normi. Otvoreno je pitanje stepena važnosti ovih komponentata u svakom konkretnom tipu ponašanja kao i prirode veze izmedju nameravanog i stvarnog ponašanja.

Više autora je proveravalo izložen model u oblasti reproduktivnog

²³ Lutz von Rosensties, Gunther Oppitz, Martin Stengel, "Motivation of reproductive behavior: A theoretical concept and its application", in Determinants of Fertility Trends..., op. cit.

ponašanja, uključujući i kontrolu radjanja putem pilule, utvrđujući visok stepen izmedju ovog oblika ponašanja i stavovne i normativne komponente.

KONTRACEPTIVNO PONAŠANJE

Anketa je sadržala niz pitanja o kontracepciji kao formi ponašanja. Razmatrani su izvori saznanja za ovaj vid kontrole radjanja, uloga roditelja u kontraceptivnoj edukaciji, sva upotrebljavana kontraceptivna sredstva i metode (prvo, najduže, ikada upotrebljavano, zaštićenost odnosa u momentu začeća trudnoće koja se prekida), uključujući razloge za odustajanje od pojedinih kontraceptivnih sredstava kao i buduće namere vezane za kontraceptivno ponašanje.

Kontraceptivna edukacija

Sa obrazovne tačke gledišta roditelji i škola, a sa zdravstvene medicinska sestra, ginekolog, i/ili lekar opšte prakse bi trebali da budu glavni izvor informacija o kontracepciji. Medjutim, realnost je drugačija. Anketirane žene retko navode kao izvor saznanja o kontracepciji (pitanje broj 19) roditelje (7,5%), školu (8,8) i lekara ili medicinsku sestru (9,0%). Štampa i drugarica su daleko najznačajniji izvori (36,5 i 33,2%). Literatura i partner se navode u 3,0 odnosno 2,0% slučajaja. Anketirajući žene koje prekidaju trudnoću u skopskoj klinici Antonovski je, takodje, utvrdio da su dva najčešća izvora informacija o kontracepciji mass mediji i

drugarica.²⁴

I mladjim ženama i ženama starim 30 i više godina su glavni izvor saznanja o kontracepciji bili drugarica i štampa. Više od dve trećine žena (70,4% do 29 godine i 69,1% sa 30 i više godina) navode jedan od ova dva izvora. Škola i roditelji su bili dva puta češći izvor saznanja za žene do 29 godine starosti (21,4%) nego za starije žene (10,8%). Nasuprot, lekar i medicinska sestra su bili tri puta češći izvor saznanja o kontracepciji za starije nego mlađe žene (13,4% prema 4,9) što je i razumljivo jer gotovo sve žene navodeći ovaj izvor ističu da je do tog saznanja došlo posle porođaja.

U kvalitativnom smislu mesto odrastanja nije faktor koji determiniše bitne razlike. To se naročito vidi kada je reč o uticaju drugarice i štampe kao izvora saznanja jer ga praktično podjednako navode i žene rođene u Beogradu (68,9%) i žene koje su Beograd došle iz gradskog naselja sa preko 20 000 stanovnika (67,0) i iz ostalih naselja (71,8%). Medjutim, u razvijenoj sredini prisutniji je uticaj škole i porodice (22,4 i 18,1%) u odnosu na manje razvijenu sredinu (10,4%).

Najčešće se saznanje o kontracepciji kao vidu kontrole rađanja stiže sa 15 i 16 godina starosti (32,0%). Prve informacije o mogućnosti sprečavanja trudnoće i načinima ostvarenja te mogućnosti dobijaju se nešto redje u dobu od 17-18 godina (25,3%), sa 19 godina i više (21,2) odnosno u starosti do 14 godina (21,5%).

Starosne razlike u odnosu na godine sticanja saznanja o kontracepciji su upadljive. Mlađe generacije žena ranije saznaju za načine prevencije trudnoće. Pre 16 godine starosti je za kontracepciju saznalo gotovo dve trećine mlađih žena (64,6%).

²⁴Ljubomir Antonovski, "Reproduktivno ponašanje ...", op. cit.

Približno isti broj žena (58,2%) starih 30 i više godina je počeo da stiče znanje o kontracepciji posle 16 godine starosti.

Pored starosti faktor koji determiniše razlike je i mesto življenja. Do 16 godine starosti o kontracepciji je nešto bliže saznalo 69,6% žena rođenih i odraslih u Beogradu, 61,3% žena koje su u Beograd došle iz gradskog naselja sa preko 20 000 stanovnika i 36,7% žena došlih u glavni grad iz ostalih naselja.

Porodica je izuzetno retko imala ulogu u seksualnoj edukaciji žena koje su se odlučile da prekinu tekuću trudnoću (pitanje broj 20). Gotovo 80,0% je izjavilo da se u njihovoj roditeljskoj kući nije uopšte razgovarano o seksualnim odnosima, abortusu i kontracepciji. Dalje, 16,7% žena razmatranje sa roditeljima ovih tema ocenilo je kao delimično. Samo 16 anketiranih žena (ili 4,0%) smatra da je u njihovoj roditeljskoj kući celovito razgovarano o seksualnim odnosima i kontroli rađanja.

Mladje žene su tri puta češće sticale seksualno obrazovanje u porodici (30,5%) nego žene stare 30 i više godina (10,3%). Takođe, utvrđena je jasna korelativna veza između mesta odrastanja anketiranih žena i seksualne edukacije u porodici. S jedne strane, svaka treća žena rođena u Beogradu je razgovarala sa roditeljima o seksualnim odnosima, abortusu i kontracepciji. S druge strane svaka peta anketirana žena koja je u Beograd došla iz gradskog naselja sa preko 20 000 stanovnika i svaka deseta žena koja je iz ostalih naselja došla u Beograd je počela da stiče znanje o bitnim temama seksualnog života u okviru svoje porodice.

Rezultati ankete pokazuju da u našoj sredini seksualna edukacija nije sastavni deo najvažnijih socijalnih institucija. U školi, teme vezane za seksualni život i kontrolu rađanja se otvoreno i sistematski ne diskutuju. Umesto razgovora u ranom dobu života u porodici se bitne teme seksualnog obrazovanja ne pokreću.

Zapostavljanje značaja seksualnog vaspitanja, uverenje o seksualnoj edukaciji kao podstrekaču seksualne aktivnosti mladih, pasivnost, stid, konzervativizam kao i sopstveno nedovoljno znanje su osnovni razlozi što su ulogu škole i roditelja u seksualnoj edukaciji preuzeli štampa (po pravilu "žuta") i razgovor medju drugaricama.

Prošlo, sadašnje i buduće kontraceptivno ponašanje

Coitus interruptus je za gotovo tri četvrtine anketiranih žena bio prvi kontraceptivni metod koji su koristili (pitanje broj 23, tabela IV 9). Daleko zaostajući za ovim najstarijim vidom kontracepcije, kao prvo kontraceptivno sredstvo korišćeni su prezervativ (8,5%), pilula (7,8) i hemijska kontraceptivna sredstva (7,2%). Izuzetno retko su se anketirane žene opredeljivale na početku upotrebe kontracepcije za metod plodnih dana, C film i spiralu.

Nema velikih generaciskih razlika u opredeljenju za prvo kontraceptivno sredstvo. I mlađe žene i anketirane žene sa 30 i više godina su se upadljivo najčešće opredeljivale za coitus interruptus kao prvi metod kontrole radjanja. Mlađe žene, čak, u nešto većem broju (74,7% prema 69,1%). Takodje, mlađe žene su češće birale kao prvo kontraceptivno sredstvo prezervativ (10,2% prema 6,7%). Pilulu i hemijska kontraceptivna sredstva, moderna kontraceptivna sredstva, su češće, pak, kao prvo kontraceptivno sredstvo koristile žene sa 30 i više godina (10,8 i 9,3 prema 4,9 i 5,3%). Faktor koji jasno determiniše izbor prvog kontraceptivnog sredstva je obrazovanje, mada je u ovom slučaju veza posredna s obzirom da nije poznat nivo obrazovanja u vreme početka korišćenja kontracepcije. Coitus interruptus je bio prvi vid kontracepcije za koji su se opredelile gotovo sve žene sa nezavršenom i završenom osnovnom školom, više od dve trećine žena srednjeg obrazovanja a

polovina žena višeg i visokog obrazovanja. Suprotan je trend kada je reč o efikasnoj kontracepciji. Žene sa višom i visokom školskom spremom su deset puta češće birale pilulu kao prvo kontraceptivno sredstvo, šest puta češće prezervativ i pet puta češće hemijska kontraceptivna sredstva u odnosu na anketirane žene sa nezavršenom i završenom osnovnom školom.

Tabela IV 9.
Prvo upotrebljeno kontraceptivno sredstvo ili metoda

	Svega	Starost		Školska sprema		
		do 29 godina	30 i više godina	nezavršena i završena osnovna	srednja	viša i visoka
Broj žena	400	206	194	82	245	73
coitus interruptus	288	154	134	75	177	36
metod ritma	9	4	5	-	7	2
prezervativ	34	21	13	2	21	11
hemijska k.s.	29	11	18	3	12	14
pilula	31	10	21	1	21	9
c film	1	1	-	-	1	-
spirala	1	-	1	-	1	-
nije upotreb.	7	5	2	1	5	1
Struktura (u%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
coitus interruptus	72,0	74,7	69,1	91,4	72,2	49,4
metod ritma	2,2	1,9	2,6	-	2,9	2,7
prezervativ	8,5	10,2	6,7	2,4	8,6	15,1
hemijska k.s.	7,2	5,3	9,3	3,7	4,9	19,2
pilula	7,8	4,9	10,8	1,2	8,6	12,3
c film	0,3	0,5	-	-	0,4	-
spirala	0,3	-	0,5	-	0,4	-
nije upotreb.	1,7	2,4	1,0	1,2	2,0	1,4

Bitno je, još, istaći da su gotovo sve anketirane žene prvi put razrešujući dilemu o dva alternativna rešenja kontrole radjanja izabrale kontracepciju. Naime, 98,3 % žena nije imalo namerni prekid trudnoće pre upotrebe prvog kontraceptivnog sredstva ili

metode (pitanje broj 24). Takodje, odluka o prevenciji trudnoće se najčešće donosi pre učešća u reprodukciji (pitanje broj 25). Više od dve trećine žena (71,8%) je počelo da koristi kontracepciju pre radjanja prvog deteta.

Struktura upotrebe prvog kontraceptivnog sredstva i metoda i struktura najduže korišćenog kontraceptivnog sredstva i metoda su gotovo uniformne (tabela IV 10). Više od dve trećine žena (69,4%) je želeći da prevenira trudnoću najduže koristilo coitus interruptus. Drugo mesto u strukturi dele prezervativ i pilula (po 8%). Samo je 19 žena (ili 4,8%) najduže koristilo spiralu, kontraceptivno sredstvo čija je velika prednost što jednom stavljeno može niz godina da prevenira trudnoću. Udeo metode plodnih dana, toliko različite metode i po prirodi i po efikasnosti od spirale, je sličan (4,0%). Jedna žena je najduže koristila C film.

Mlade žene češće i kao prvu i kao najduže upotrebljavanu kontracepciju navode coitus interruptus i prezervativ a žene stare 30 i više godina pilulu i spiralu. Korelativna veza između obrazovanja anketiranih žena i najduže korišćenog kontraceptivnog sredstva i metoda je samo jasna kada je reč o tri vida kontracepcije. Žene sa višim i visokim obrazovanjem redje, iako dominantno, navode coitus interruptus kao najduže upotrebljavanu kontracepciju u odnosu na žene srednjeg i osnovnog obrazovanja (48,0 prema 73,5 i 76,9%). Spiralu, pak, žene sa završenom višom i visokom školskom spremom su dva puta odnosno pet puta češće najduže upotrbljavale u odnosu na žene sa osnovnim i srednjim obrazovanjem. Razlike su još izrazitije kada je reč o prezervativu. Ovo sredstvo kao najduže upotrebljavanu kontracepciju je navelo 15,1% žena sa višim i visokom obrazovanjem, 8,2% žena sa srednjim i 1,2% žena sa osnovnim i nižim obrazovanjem.

Tabela IV 10.
Najduže upotrebljavano kontraceptivno sredstvo ili metod

	Svega	Starost		Školska sprema		
		do 29 godina	30 i više godina	nezavršena i završena osnovna	srednja	viša i visoka
Broj žena	400	206	194	82	245	73
coitus						
interruptus	278	148	130	63	180	35
metod ritma	16	8	8	-	11	5
prezervativ	32	19	13	1	20	11
hemijska k.s.	15	9	6	6	5	4
pilula	32	12	20	7	17	8
c film	1	1	-	-	1	-
spirala	19	4	15	4	6	9
nije upotreb.	7	5	2	1	5	1
Struktura (u%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
coitus						
interruptus	69,4	71,9	67,1	76,9	73,5	48,0
metod ritma	4,0	3,9	4,1	-	4,0	6,9
prezervativ	8,0	9,2	6,7	1,2	8,2	15,1
hemijska k.s.	3,8	4,4	3,1	7,3	2,0	5,5
pilula	8,0	5,8	10,3	8,5	6,9	10,9
c film	0,3	0,5	-	-	0,4	-
spirala	4,8	1,9	7,7	4,9	2,5	12,3
nije upotreb.	1,7	2,4	1,0	1,2	2,0	1,4

Anketiranim ženama je postavljeno i pitanje da spontano nabroje sva kontraceptivna sredstva i metode koje su upotrebljavale (pitanje broj 26). Pošto su odgovori na niz pitanja o kontraceptivnom ponašanju mogli da posluže kao dopuna i korektiv, što je i učinjeno, odustalo se pri postavljanju ovog pitanja od čitanja spiska svih kontraceptivnih sredstava i metoda. Iz dva razloga. Jedan je faktor vremena a drugi psihički zamor. Pri tim smo se oslanjali na rezultate istraživanja²⁵ čiji je cilj bio da se

²⁵ Charles Westoff, Noreen Goldman, Lorenzo Moreno, "Collection of Survey on Contraception: An Evaluation of an Experiment in Peru", Studies in Family Planning, Volumen 20, Number 3, 1989.

otkrije najbolji način postavljanja pitanja o ikada upotrebljavanoj kontracepciji. Oni su pokazali da je bitan i redosled čitanja kontraceptivnih sredstava i metoda. Naime jednoličnost pitanja je izazivala dosadu i gubitak interesovanja pa su dobijeni različiti odgovori o upotrebi istog kontraceptivnog sredstva kada je pročitano kao prvo ili kao zadnje. Za svaki metod i sredstvo je odvojeno, imajući u vidu broj žena koje su ga navele, izračunata frekvenca. Za svaki metod i sredstvo je odvojeno izračunata frekvencija s obzirom da su žene navodile više vidova kontracepcije.

Bitno je, pre svega, istaći da su praktično sve žene (98,3%) upotrebljavale neki vid kontracepcije. Gotovo sve žene navode coitus interruptus (94,0%). Oko 40% žena ima iskustva sa prezervativom. Gotovo svaka treća žena je koristila pilulu (29,0). Hemijska kontraceptivna sredstva je, takodje, upotrebljavala svaka treća žena (31,3%). Jedna četvrtina žena (23,8%) je navela metod plodnih dana. Svaka sedma žena je koristila spiralu (14,3%). Zanimljiv broj žena je upotrebljavao C filter (1,0%) i dijafragmu (0,3%).

Mladje anketirane žene u odnosu na žene stare 30 i više godina upadljivo češće navode upotrebu samo klasičnih ²⁶ metoda (56,8 prema 38,7). Obrnuto, i klasična i moderna sredstva češće su upotrebljavale starije žene (57,7 prema 39,8). Retko anketirane žene, nezavisno od starosti i nivoa obrazovanja, imaju iskustva samo sa modernim sredstvima za kontracepciju. Udeo upotrebe samo klasičnih metoda i udeo i klasične i moderne kontracepcije gotovo je jednak kod žena sa osnovnim i srednjim obrazovanjem (56,1%

²⁶U klasičnu kontracepciju svrstani su coitus interruptus, dojenje, metod plodnih dana i prezervativ a u moderna kontraceptivna sredstva pilula, spirala, C film, dijafragma i hemijska kontraceptivna sredstva. Podela je uslovna jer mnoga "moderna" sredstva imaju dugu istoriju, kao što je i prezervativ drugačiji danas u kvalitativnom smislu.

prema 40,2 i 51,4 prema 45,7). Medjutim, kada je reč o ženama sa višim obrazovanjem udeo klasičnih kontraceptivnih metoda je upadljivo niži (27,4%) u odnosu na udeo i klasične i moderne kontracepcije (67,1).

Gotovo trećina žena (30,%) je upotrebljavala samo jedan vid kontracepcije. Medju njima, gotovo sve žene (92,7%) su isključivo koristile coitus interruptus u cilju prevencije trudnoće. Polovina anketiranih žena (48,5) odgovarajući na ovo pitanje navodi dva i tri sredstva i metoda. Manji broj žena je lutao birajući kontraceptivno sredstvo koje mu odgovara. Naime, jedna petina žena je koristila četiri i više sredstava. Žene koje imaju iskustva sa više sredstava i metoda najčešće su koristile ili i klasičnu i modernu kontracepciju (71,8) ili samo klasične metode (26,7%). Izuzetno su se žene oslanjale samo na moderna sredstva (1,5%).

U momentu začeća dve trećine anketiranih žena je koristilo neko kontraceptivno sredstvo ili metod a svaka treća žena (33,7%) nije pokušala da prevenira trudnoću mada je nije želela. Medju onim ženama koje su koristile kontracepciju, samo 3,2% žena je upotrebljavalo sredstva najveće efikasnosti (pilulu 0,8 i spiralu 2,4%), svaka deseta žena je koristila ostala efikasna sredstva (hemijska kontraceptivna sredstva 6,3%, prezervativ 4,0 i c film 0,4%) dok se ogromna većina žena ((86,1%) oslanjala na klasične, najmanje efikasne metode (coitus interruptus 50,4, metod plodnih dana 32,5 i laktacija 3,2%).

Već činjenice o strukturi korišćenih metoda i sredstava kontracepcije kao i okolnost da jedna trećina žena nije ni pokušala prevenciju trudnoće jasno indicira na osnovne uzroke neželjene trudnoće koja je završena abortusom. Ovo dobrim delom potvrđuju i odgovori žena na pitanje o razlogu nezaštićenosti odnosa. Tako je gotovo polovina žena neželjenu trudnoću pripisala nemarnosti partnera (46,1%). Jedna četvrtina žena je smatrala da je osnovni

razlog "neočekivan odnos". Oko 14% žena je pretpostavilo da je sterilno usled svojih godina, tek izvadjene spirale ili zapaljenja jajnika. Samo 4,7% žena izjavljuje da se opredelilo za abortus kao vid kontrole radjanja. Mali broj žena je naveo protivljenje partnera upotrebi kontracepcije (3,9%), zaboravnost upotrebe kontraceptivnog sredstva (0,6%), oslanjanje na sreću (1,7%) odnosno prihvatanje pasivnog stava (2,8%).

Analizirajući kontraceptivno ponašanje anketiranih žena može se zaključiti da je prekid trudnoće rezultat određenog izbora preventivnih mera a ne opredeljenje za abortus kao vid kontrole radjanja. Velika većina žena pokušava da prevenira trudnoću putem coitusa inerruptusa. To je kontraceptivan metod sa kojim mnogo žena počinje zaštitu u fertilnom dobu i koji nastavlja da koristi najveći deo tog perioda. Takodje, se može reći da je ova najstarija, neefikasna metoda kontrole radjanja u velikoj meri inkorporirana u sistem vrednosti i normi. Coitus inerruptus je postao prirodni, normalni deo seksualnog odnosa, čak mnogim parovima sinonim za seksualni akt. Rezultati ovog istraživanja daju jedan deo odgovora na pitanje zašto se naše žene u tolikoj meri oslanjaju na vid kontracepcije koja se danas i u razvijenim i u zemljama u razvoju retko koristi.²⁷

Jedan od uzroka je utvrđeno nisko znanje žena o anatomiji i fiziologiji reprodukcije, modernoj kontracepciji kao i efikasnosti ove metode. Izbor coitus inerruptusa kao kontraceptivnog metoda odražava i još uvek tradicionalno shvatanje oba pola da je muškarac taj koji treba da ima dominantnu i aktivnu ulogu u celokupnoj seksualnoj aktivnosti uključujući i kontracepciju. Takodje,

²⁷ Redosled kontraceptivnih sredstava i metoda na osnovu frekvencije upotrebe pokazuje da coitus inerruptus deli poslednje mesto sa metodom plodnih dana u manje razvijenim zemljama odnosno da se u više razvijenim zemljama nalazi na četvrtom mestu daleko zaostajući za pilulom, prezervativom i sterilizacijom (Sheldon J. Segal, W. Parker Mauldin, "Prevalence of Contraceptive Use: Trends and Issues", Studies in Family Planning, Volume 19, Number 6/Part I, 1988).

psihološko opterećenje štetnošću po zdravlje moderne kontracepcije je veliko. Coitus interruptus je metod za koji se veruje da nema nusefekata. O anksioznosti i frigidnosti, mogućim posledicama dugotrajne upotrebe ove metode se malo zna. Velika je prednost coitus interruptusa što kontakt sa lekarom, pregled i razgovor nisu preduslovi njegovog korišćenja. Mnoge anketirane žene konvencionalnost medicinskog osoblja u savetovalištu za kontracepciju obeshrabruje. U našoj sredini ne postoji sistematska seksualna edukacija ni jasno definisan program planiranja porodice. Na kraju, treba još jednom naglasiti da izbor coitus interruptusa kao metoda kontracepcije ne znači odsustvo racionalnog sa ličnog stanovišta. Opređenjenje za coitus interruptus je, pre svega, posledica slabe seksualne edukacije bitnog uslova objektivnog racionalnog ponašanja u oblasti kontrole radjanja.

U anketi je bilo zastupljeno i pitanje o planovima žena za upotrebu kontracepcije u budućnosti (pitanje broj 47). Razlike između stavova o budućoj upotrebi kontracepcije i upotrebi kontracepcije u momentu začeca trudnoće su jasne. Osnovna je da veći broj žena (92,7%) želi da ubuduće prevenira trudnoću. Drugo jačiji je i to u velikoj meri izbor budućeg kontraceptivnog sredstva. Klasične metode mnogo manje figuriraju u budućim planovima (coitus interruptus 18,6%, metod plodnih dana 1,6, prezervativ 3,5%). Žene žele u većoj meri da koriste pilulu (6,5) a naročito spiralu (27,0%). Ostala kontraceptivna sredstva se retko pominju u budućim planovima (hemijska kontraceptivna sredstva 3,5, dijafragma 0,8%). Jedna žena navodi i sterilizaciju. Bitno je istaći da više od jedne trećine anketiranih žena (38,8%) želi ubuduće da prevenira trudnoću ali nema jasan stav koje će kontraceptivno sredstvo ili metod koristiti. Antonovski je anketirajući žene koje prekidaju trudnoću na skopskoj klinici o izboru budućeg kontraceptivnog sredstva utvrdio neuporedivo veću opredeljenost za kontraceptivnu pilulu

(oko 50,0%).²⁸

Dobijeni rezultati su još jedna potvrda o najvećoj spremnosti žene da promeni kontraceptivno ponašanje neposredno posle prekida trudnoće. Razgovor i savet dat ženi u tom momentu je najpotrebniji i najefikasniji. Naime, neposredno pred abortus čije se približavanje teško doživljava javlja se svest o potrebi promene ponašanja. Medjutim, takva vrsta svesti je po svemu sudeći slabašna da i stvarno promeni situaciju u neposrednoj budućnosti, pogotovo što treba očekivati spore promene u seksualnoj edukaciji i stavovima partnera.

Razlozi za odustajanje od upotrebe kontracepcije

P r e z e r v a t i v

Prezervativ je jedno od najstarijih kontraceptivnih sredstava. Pravljen od lanenog platna koristio se i kao zaštita od sifilisa. Prototip modernog kondoma, kondom napravljen od životinjskog creva pojavio se u Evropi u 16. veku.²⁹

Danas se procenjuje da blizu 40 miliona parova upotrebljava prezervativ (oko 10 miliona u Japanu, više od polovine u razvijenim zemljama i Kini).³⁰ U razvijenim zemljama upotreba pilule, prezervativa i sterilizacije je približno jednaka. U zemljama u razvoju ovo kontraceptivno sredstvo se daleko manje upotrebljava. Poslednje reprezentativno istraživanje obavljeno na nivou cele

²⁸Ljubomir Antonovski, "Reproduktivno ponašanje ...", op. cit.

²⁹P. Buekens et al., "Blood testing before prescribing oral contraception in Africa", Lancet, 2, 1200-1201, 1988.

³⁰Axel Mundigo, "Condom promotion and use", IPPF Medical Bulletin, Volume 23, Number 6, 1989.

zemlje je pokazalo da prezervativ u strukturi kontracepcije učestvuje sa 4,0% u Jugoslaviji odnosno 4,2% u užoj Srbiji.³¹

Naše istraživanje je pokazalo da mali broj žena koje prekidaju trudnoću koristi prezervativ kao i da je iznenadjujuće mali broj žena imao iskustva sa ovim kontraceptivnim sredstvom duge istorije ali i sredstvom koje se i danas puno koristi u razvijenom svetu. Anketirane žene navode u 4,5% slučaja da je kondom kontracepcija koju koriste što ne znači da ga redovno koriste a posebno ne znači da je odnos koji je rezultirao trudnoćom bio tako zaštićen. Svaka treća žena (34,5%) je koristila prezervativ u prošlosti ali je definitivno odustala od ovog vida kontracepcije.

Tabela IV 11.
Razlozi odustajanja od prezervativa

	Svega	problem nabavke	neprihvatljiv za partnera	neprihvatljiv za ženu	nije efikasno sredstvo
Broj žena	138	8	44	61	25
po starosti					
do 29 godina	69	3	24	34	8
30 i više godina	69	5	20	27	17
po obrazovanju					
nezavršena i završena osnovna	12	-	4	7	1
srednja	90	6	25	39	20
viša i visoka	36	2	15	15	4
Struktura (u%)	100,0	5,8	31,9	44,2	18,1
po starosti					
do 29 godina	100,0	4,3	34,8	49,3	11,6
30 i više godina	100,0	7,2	29,0	39,2	24,6
po obrazovanju					
nezavršena i završena osnovna	100,0	-	33,3	58,3	8,3
srednja	100,0	6,7	27,8	43,3	22,2
viša i visoka	100,0	5,5	41,7	41,7	11,1

³¹Milica Sentić, "Kontracepcija i njeni demografski aspekti", u Fertilitet stanovništva i planiranje porodice u Jugoslaviji, op. cit.

Analiza razloga koje žene pri tom navode (pitanje broj 28, tabela IV 11) pokazuje da prezervativ nije samo neprihvatljiv za muškarca. To jeste čest razlog (31,9%) ali u većoj meri žene sopstvenu neprihvatljivost prezervativa stavljaju u prvi plan (44,2). Obično se nije ulazilo u bliže objašnjenje zašto je prezervativ neprihvatljiv za partnera. Ako se to i činilo, onda su se muškarci, pre svega, optuživani za egoizam, lenjost i primitivizam. Međutim, žene su sa puno žestine, koristeći neuobičajene izraze iznosile svoje negativne percepcije i asocijacije vezane za prezervativ. One prezervativ doživljavaju kao kontraceptivno sredstvo koje guši spontanost, traži pripremu, direktno smanjuje uživanje u seksualnim odnosima, ali i kao strano telo, fizičku barijeru između muškarca i žene, čak i kao bolno kontraceptivno sredstvo. Za neke žene je on neprihvatljiv upravo zato što tako kontolu nad sopstvenom plodnošću prepuštaju partneru. Druge, pak, žene ne vide potrebu da koriste kondom ako imaju stalnog partnera ili se ne plaše SIDE i veneričnih bolesti. Navešćemo neka od razmišljanja koja ilustruju taj veliki otpor žena prema prezervativu:

"Gadi mi se", (student biologije, 21 godina, prvi abortus);

"Užasava me sama pomisao na prezervativ", (trgovac, 27 godina, treći abortus);

"Ja to zovem seks u rukavici", (prodavac, 29 godina, treći abortus);

"Štiti od polnih bolesti ali seks nije seks", (prehrambeni tehničar, 28 godina, treći abortus);

"Boli i peče", (referent, 39 godina, četvrti abortus);

"Dibidus gnjavaža", (filmski operater, 30 godina, šesti abortus);

"Ne dopada mi se da veštačka materija bude u dodiru sa mnom", (službenik u turizmu, 32 godine, drugi abortus).

"To je primitivan način zaštite za savremenu ženu. Da dopustim muškarcu da brine o meni u 20 veku", (frizer, 24 godine, drugi abortus);

"Doživljaj nije potpun", (učenica, 16 godina, treći abortus);

"Treba da misliš na kondom pre seksa, tokom seksa i posle seksa", (bankarski službenik, 39 godina, peti abortus);

"Strava, ne mogu da doživim orgazam", (bankarski službenik, 34 godine, drugi abortus);

"Prekidaš seks pa ga stavljaš. Gde je tu spontanost", (anesteziolog, 36 godina, treći abortus);

"Moraš da se pripremiš za seks. Kako onda da uživaš u seksu, da ti to bude zadovoljstvo", (student defektologije, 20 godina, drugi abortus);

"Nisu svi muškarci zarazni", (ekonomista, 30 godina, četvrti abortus);

"Odvratan je, imam osećaj da će ostati unutra", (trgovac, 31 godina, peti abortus);

"Kao da vodim ljubav sa ginekologom", (bankarski službenik, 37 godina, treći abortus).

Kao razlog odustajanja od prezervativa se navodi i uverenje da je prezervativ neefikasno sredstvo za kontracepciju (18,1%). Predimenzioniraju se mogućnosti spadanja i pucanja prezervativa obično potkrepljene nizom primera iz okoline. Jedna žena ovako razmišlja: "Nije efikasan pa što da se mučim", (šef banke, 32 godine, četvrti abortus). Najredje žene, kao osnovni razlog, ističu problem nabavke prezervativa:

"Problem je u tome što kondom domaće proizvodnje ništa ne valja a uvozni se teško nadje. Obilaziš apoteke i nerviraš se", (hemičar, 27 godina, prvi abortus).

"Moga muža je sramota da traži prezervativ u apoteci. U inostranstvu postoje lepo aparati za kupovinu prezervativa", (terapeut, 34 godine, četvrti abortus);

"Treba da se redovno kupuje. Moj muž obično zaboravi da ga nabavi pa se ja usred seksa nerviram i sve propadne", (službenik u banci, 41 godina, prvi abortus).

Prezervativ kao kontraceptivno sredstvo su podjednako koristile i mlađe i anketirane žene stare 30 i više godina (39,8% prema 38,2%). Zanimljivo češće su starije žene odustajale od ovog vida kontracepcije. Isto je i rangiranje razloga odustajanja po učestalosti navodjenja. Anketirane žene do 29 godine starosti češće navode da je prezervativ neprihvatljiv za njih odnosno njihovog partnera. Starije, pak, dva puta češće iznose uverenje o neefikasnosti prezervativa i gotovo dva puta češće ističu problem nabavke ovog kontraceptivnog sredstva.

Utvrđena je jasna korelativna veza između upotrebe prezervativa i obrazovanja anketiranih žena. Prezervativ je kao kontraceptivno sredstvo koristilo više od polovine žena sa višim i visokim obrazovanjem (54,8%), više od trećine žena sa srednjim obrazovanjem (42,0) a samo svaka sedma žena sa nezavršenom i završenom osnovnom školom (15,8%). Međutim, gotovo sve žene nezavisno od obrazovanja si i odustale od ovog vida kontracepcije. Subjektivni razlozi (neprihvatljivost prezervativa za jednog od partnera) se dominantno navode kao razlozi odustajanja ali je bitno istaći da su oni češće zastupljeni kod žena najnižeg obrazovanja. Nasuprot, objektivne razloge (problem nabavke, nepotpuna efikasnost) češće navode žene sa završenom srednjom, višom ili visokom školom.

H e m i j s k a k o n t r a c e p t i v n a s r e d s t v a

Hemijska kontraceptivna sredstva imaju dugu istoriju. Nekoliko egipatskih papirusa (papirusi Ebers, Kahum, Ramésseum) sadrži recepte za pravljenje vaginalnih supozitorija od meda, smole, bagrema i krokodilskog izmeta. U antičkoj Grčkoj žene su radi prevencije začeca stavljale u vaginu bobice od smreke. Tertullian (155-220 godina naše ere) je pisao da su Rimljanke koristile kao kontraceptivno sredstvo vaginalne tampone načinjene od nane, smole

kedra, gline i meda.³² Danas su hemijska kontraceptivna sredstva najredje korišćena kontracepcija i u više razvijenim i u manje razvijenim zemljama. Procenjuje se da se oko šest miliona parova u svetu oslanja na ovaj vid kontracepcije.³³ Poslednji dostupni podaci pokazuju da 5,7% žena u Jugoslaviji i 6,3% žena u užoj Srbiji prevenira trudnoću putem hemijskih kontraceptivnih sredstava.³⁴

Rezultati ankete o beogradskoj populaciji žena koje prekidaju trudnoću, takodje, pokazuju da se izuzetno retko žene oslanjaju na hemijska kontraceptivna sredstva u prevenciji trudnoće kao i da mali broj žena ima iskustva sa ovim vidom kontracepcije. Samo šesnaest žena ili 4,0% koristi hemijska kontraceptivna sredstva. Svaka četvrta žena ih je upotrebljavala ali je definitivno odustala od ovog načina prevencije trudnoće (26,5%). Među njima, više od polovine žena navodi da hemijska kontraceptivna sredstva doživljava kao neprijatna i da je to glavni razlog što ne žele više da ih upotrebljavaju (pitanje broj 29, tabela IV 12). Neke od njih i ne pokušavaju da bliže objasne ovaj osećaj već govore o hemijskim kontraceptivnim sredstvima s odvratnošću. Druge žene, pak, sasvim jasno definišu svoj otpor. Njima smeta jak miris ovih kontraceptivnih sredstava, toplota i vlažnost koju proizvode odnosno hemijska kontraceptivna sredstva ih žare, štipaju, peku. Jedna žena ovako razmišlja: "Seks sa hemijskim kontraceptivnim sredstvom nije ništa drugo nego seks u blatu", (22 godine, službenica u pošti, treći abortus).

Drugi razlog odustajanja od upotrebe hemijskih kontraceptivnih

³²Angus McLaren, A History of Contraception from Antique ..., op. cit.

³³Sheldon J. Segal, W. Parker Mauldin, "Prevalence of Contraceptive ...", op. cit.

³⁴Milica Sentić, "Kontracepcija ...", op. cit.

sredstava po učestalosti navodjenja je stav o nepraktičnosti ovih sredstava. Svaka četvrta žena smatra da je za nju neprihvatljiva priprema pre i/ili procedura posle seksualnog odnosa koju zahteva ova kontracepcija. Bitno je istaći da za njih hemijska kontraceptivna sredstva nisu nepraktična sredstva u tehničkom već u psihološkom smislu. Jedna jedina žena podvlači da nema uslova za pripremu. Ostale, pre svega, psihički iritira priprema za seksualni odnos. Seksualni odnos sa hemijskim kontraceptivnim sredstvom ove žene doživljavaju kao veštački, izprogramiran, planiran i kao takav neprihvatljiv.

"Staviš pa čekaš deset minuta. Sve po protokolu", (inženjer rudarstva, 41 godina, šesti abortus);

"Priprema je tako neprijatna da mi posle nije ni do čega", (student medicine, 21 godina, prvi abortus);

"Nemam ti ja nerava za tu gnjavažu pre odnosa", (stručni saradnik, 39 godina, treći abortus).

Takodje, pranje koje zahtevaju hemijska kontraceptivna sredstva se doživljava teško, pre svega, u psihološkom smislu na šta ukazuje predimenzioniranje ove procedure ("satima se perem", "celu noć se perem", ili "tri dana se perem").

Kao razlog odustajanja od hemijskih kontraceptivnih sredstava se navodi i uverenje o njihovoj neefikasnosti (14,2%). Najredje žene, kao osnovni razlog, ističu da su hemijska kontraceptivna sredstva neprihvatljiva za partnera odnosno da su štetna za zdravlje.

Iskustva sa hemijskim kontraceptivnim sredstvima ima svaka četvrta žena do 29 godina starosti (27,2%) i svaka treća iznad 30 godina (34,0). Medjutim, gotovo sve žene, i mlađe i starije, su odustale od upotrebe ovog načina prevencije trudnoće. Redosled razloga odustajanja od upotrebe hemijskih kontraceptivnih sredstava po učestalosti navodjenja je isti za mlađe žene i žene starije 30 i

Tabela IV 12.
Razlozi odustajanja od hemijskih kontraceptivnih sredstava

	Svega	nep praktična k.s.	neprijatna k.s.	neefikasna k.s.	neprihvatljiva za partnera	štetna k.s.
Broj žena	106	30	55	15	5	1
po starosti						
do 29 godina	47	12	28	5	2	-
30 i više godina	59	18	27	10	3	1
po obrazovanju						
nezavršena i završena osnovna	16	3	9	4	-	-
srednja	57	17	31	7	2	-
viša i visoka	33	10	15	4	3	1
Struktura (u%)	100,0	28,3	51,9	14,2	4,7	0,9
po starosti						
do 29 godina	100,0	25,4	59,6	10,6	4,3	-
30 i više godina	100,0	30,5	45,8	17,0	5,1	1,7
po obrazovanju						
nezavršena i završena osnovna	100,0	18,8	56,3	25,0	-	-
srednja	100,0	29,8	54,4	12,3	3,5	-
viša i visoka	100,0	30,3	45,5	12,1	9,1	3,0

više godina. Medjutim, mlađe žene češće doživljavaju hemijska kontraceptivna sredstva kao neprijatna a starije češće razmišljaju o hemijskim kontraceptivnim sredstvima kao nepraktičnim i neefikasnim.

Svaka druga anketirana žena (49,3%) sa višim i visokim obrazovanjem, a svaka četvrta žena sa srednjom školom (27,0) i svaka četvrta žena sa nezavršenom i završenom osnovnom školom (24,4%) je koristila hemijska kontraceptivna sredstva. Nezavisno od obrazovanja ogromna većina žena je odustala od upotrebe ove vrste kontracepcije. Žene sa najnižim obrazovanjem dva puta češće, nego žene ostalih obrazovnih kategorija, navode kao glavni razlog odustajanja od hemijskih kontraceptivnih sredstava uverenje da su ona neefikasna. Takodje, one češće doživljavaju hemijska

kontraceptivna sredstva kao neprijatna sredstva u odnosu na žene sa srednjim, višim i visokim obrazovanjem. Žene sa višim obrazovanjem, pak, češće navode nepraktičnost hemijskih kontraceptivnih sredstava i neprihvatljivost ovih sredstava za partnera.

K o n t r a c e p t i v n a p i l u l a

Krajem 19. veka naučnici su utvrdili da se folikuli ovarijuma ne razvijaju tokom trudnoće. Fiziolog Ludwig Haberlandt je prvi sugerisao 1921. godine da se ekstrakt ovarijuma može upotrebiti kao oralna kontracepcija. 1959. godine je napravljena prva kontraceptivna pilula. Od tada se ona stalno usavršava u smislu sve manje upotrebe i estrogena i progesterona.³⁵

Oko 61 milion žena upotrebljava kontraceptivnu pilulu (35 miliona u manje razvijenim i 26 miliona u više razvijenim zemljama).³⁶ Zastupljenost pilule u strukturi kontracepcije veoma mnogo varira između zemalja, od ispod 1% u Japanu do preko 40% u Holandiji.³⁷ Sredinom osamdesetih godina 7,7% žena je preveniralo trudnoću putem kontraceptivne pilule u Jugoslaviji i 4,6% u Srbiji.³⁸

Rezultati ankete o beogradskoj populaciji žena koje namerno prekidaju trudnoću indirektno potvrđuju da pilula, mada visoko efikasno kontraceptivno sredstvo, nije široko prihvaćena u našoj sredini. Dve žene su u momentu intervjuja upotrebljavale pilulu. Svaka četvrta žena (28,3%) je koristila pilulu ali je prestala sa

³⁵Ronald L. Kleinman, Family Planning ..., op. cit.

³⁶Sheldon J. Segal, W. Parker Mauldin, "Prevalence of Contraceptive ...", op. cit.

³⁷Ronald L. Kleinman, Family Planning Handbook for Doctors, IPPF Medical Publications, London, 1988.

³⁸Milica Sentić, "Kontracepcija i njeni demografski aspekti", op. cit.

njenom upotrebom.

Najčešće se odustaje od kontraceptivne pilule posle više od godinu dana korišćenja (46,9%) i posle upotrebe ovog kontraceptivnog sredstva do tri meseca (32,7). Tek je svaka peta žena odustala od prevencije trudnoće putem pilule koristeći je četiri do šest (10,6%) i sedam do dvanaest meseci (9,7%). Žene stare 30 i više godina su češće odustajale od pilule posle godinu dana i posle nekoliko meseci upotrebe u odnosu na mlađe žene (52,7 i 35,2% prema 35,9 i 28,2%). Starije žene kao da su manje tolerantne na prve nusefekte. Ako taj period adaptacije prebrode one su manje istrajne u dužem korišćenju pilule. Možda jer osećaju da je rizik začeca manji i manje ozbiljan ili ne žele da propratne efekte pilule duže tolerišu usled pozitivnih iskustava sa drugim vidovima kontrole radjanja. Za razliku od starosti obrazovanje nije faktor koji utiče na odustajanje od pilule u prva tri meseca upotrebe. U podjednako meri su od kontraceptivne pilule posle nekoliko meseci upotrebe odustajale žene i sa najnižim i sa najvišim obrazovanjem (29,3% žena sa nezavršenom i završenom osnovnom školom i 29,0% žena sa višim i visokim obrazovanjem). Medjutim, polovina žene sa osnovnim i srednjim obrazovanjem je odustala od pilule posle dužeg korišćenja od godinu dana a to je učinila tek svaka treća visoko obrazovana žena (38,7%). Nalaz je u suprotnosti sa mišljenjem da su žene sa nižim obrazovanjem manje motivisane da koriste efikasnu kontracepciju, da više lutaju birajući odgovarajuće sredstvo i da su u manjoj meri sklone planiranju uopšte.

I u slučaju kontraceptivne pilule u anketi je postavljeno pitanje o razlozima koji su rukovodili ženu da prestane sa njenom upotrebom. To je učinjeno zbog toga što je pilula mada visoko efikasno sredstvo malo prihvaćena u našoj sredini i što se od uvođenja pilule razmišlja o mogućim konsekvencama hormonske kontracepcije. Zabeležen je svaki razlog koji je žena spontano navela ili posle čitanja razloga odustajanja poznatih iz literature

(pitanje broj 31). U sličaju kada su žene u odgovoru na ovo pitanje navele više razloga u obradi je svaki razlog registrovan onoliko puta koliko je puta naveden.

Fiziološki propratni efekti pilule su glavni razlog odustajanja od prevencije začeca putem ovog kontraceptivnog sredstva (tabela IV 13). Najčešće žene navode simptome nalik na trudnoću (povećana težina, muka, povraćanje, napetost u grudima). Žalbe na glavobolju i nervozu su, takodje, česte. Pod nervozom žene podrazumevaju i preosetljivost, napetost, uznemirenost. Simptomi depresije kao što su stalno plakanje, izraženo slabljenje apetita, gubitak volje za rad, odsustvo seksualne želje, nedefinisan strah od života, nesаница se nešto redje navode. Malo žena kao bitne nusefekte pilule navodi poremećaje menstrualnog ciklusa (tačkasta krvarenja, iregularnost, hipomenoreju) i pojačanu maljavost.

Svaka treća žena koja je odustala od upotrebe kontraceptivne pilule navodi strah od mogućih štetnih efekata pilule. Dva straha su dominantna. Strah od kancerogenog dejstva hormonske pilule i strah da ovo kontraceptivno sredstvo negativno utiče na zdravlje u celini.

Svaka šesta žena je navela kao razlog odustajanja druge, tehničke probleme vezane za upotrebu pilule koji se nemogu podvesti pod kategoriju nusefekata ni straha od mogućih nusefekata. To su pre svega preporučena pauza upotrebe, nužnost da se ide kod lekara po recept, zaboravljanje da se pilula popije, kao i strah da će roditelji ili partner otkriti da se koristi ovo kontraceptivno sredstvo.

U osnovi odustajanja u ovako velikoj meri od upotrebe kontraceptivne pilule zbog njenih propratnih efekata ili straha od mogućih konsekvenci leže mnogi uzroci. Većina nabrojanih propratnih efekata se ne može objektivizirati. Oni mogu biti realni ili

imaginarni. Lista simptoma sadrži mnoge koji mogu biti placebo reakcija kao što su glavobolja, muka i povraćanje, nervoza, nasvestica. Postoje žene koje su dovoljno sugestibilne da veruju da imaju određene simptome za koje su čule (mass mediji, iskustvo okoline) da se dovode u vezu sa kontraceptivnom pilulom. Često se u okviru informacije o ovom kontraceptivnom sredstvu velika pažnja poklanja fiziološkim, propratnim efektima pilule. Nezavisno da li je izvor informacije lekar ili štampa. Strah, bila žena njega svesna ili ne, je sigurno čest uzrok psihosomatskih propratnih efekata pilule. Toliko prisutan strah od mogućih dugotrajnih negativnih efekata pilule se ne može objasniti samo preteranom brigom za svoje zdravlje (željom da se zdravo živi). Informacije o piluli su uglavnom nepotpune i fokusirane na rizicima. Pilula je i novo kontraceptivno sredstvo iza koga ne stoji dugotrajna socijalna provera. Često su citirani simptomi i maska ambivalentnosti vezane za seksualni identitet, seksualnu potenciju, seksualne želje i zahteve, kao i nedefinisana osećanja i stavovi o sopstvenoj reprodukciji. Takodje, seksualni konflikti medju partnerima su izraženiji kada se upotrebljava efikasna kontracepcija. Bežanje u simptome bolesti i odustajanje od kontraceptivne pilule je za neke žene put da se izbegne rešavanje svih ovih dilema.

Naravno da je moguća i koincidencija izmedju pojave nekog simptoma i upotrebe pilule. Medjutim, žene su obično čvrsto uverene da je pilula uzrok određenog poremećaja zdravlja. Navešćemo dva primera koji ilustruju dubinu tog ubedjenja:

"Sedam dana sam samo koristila pilulu. Stalno sam povraćala. Mutilo mi se pred očima. Toliko mi je bilo loše da sam zvala hitnu pomoć. Lekar se izvikao na mene", (pravnik, 31 godina, četvrti abortus);

"Jedan dan sam samo pila tablete. Glava mi je pucala. Mislila sam da ću da umrem", (trgovac, 37 godina, šesti abortus).

Tabela IV 13.
Razlozi* odustajanja od kontraceptivne pilule

	Ukupno	Starost		Školska sprema		
		do 29 godina	30 i više godina osnovna	nezavršena i završena	srednja	viša i visoka
Broj žena	113	39	74	16	66	31
propratni efekti:						
glavobolja	22	7	15	4	13	5
povećanje težine	26	6	20	3	14	9
muka, povraćanje	22	6	16	1	12	9
napetost u grudima	5	1	4	-	3	2
nesvestica	6	3	3	2	1	2
nervoza	25	15	10	4	15	6
depresija	13	5	8	1	6	6
poremećaj menst.cik.	9	3	6	3	2	4
pojačana maljavost	7	5	2	-	3	4
ostali	11	3	8	1	9	1
strah od mogućih propratnih efekata:						
strah od carcinoa	22	6	16	2	13	7
strah od hormonskog disbalansa	3	1	2	-	2	1
strah za zdravlje drugi problemi vezani za upotrebu pilule	13	7	6	-	7	6
želela trudnoću nije imala potrebu za kontracepcijom	18	4	14	4	11	3
	6	1	5	1	4	1
	6	-	6	1	5	-
Struktura (u%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
propratni efekti:						
glavobolja	19,5	17,9	20,3	25,0	19,7	16,1
povećanje težine	23,0	15,4	27,0	18,8	21,2	29,0
muka, povraćanje	19,5	15,4	21,6	6,3	18,2	29,0
napetost u grudima	4,4	2,6	5,4	-	4,5	6,5
nesvestica	5,3	7,7	4,1	12,5	1,5	6,5
nervoza	22,1	38,5	13,5	25,0	22,7	19,4
depresija	11,5	12,8	10,8	6,3	9,1	19,4
poremećaj menst.cik.	8,0	7,7	8,1	18,8	3,0	12,9
pojačana maljavost	6,2	12,8	2,7	-	4,5	12,9
ostali	9,7	7,7	10,8	6,3	13,6	3,2
strah od mogućih propratnih efekata:						
strah od carcinoa	19,5	15,4	21,6	12,5	19,7	22,6
strah od hormonskog disbalansa	2,7	2,6	2,7	-	3,0	3,2
strah za zdravlje drugi problemi vezani za upotrebu pilule	11,5	17,9	8,1	-	10,6	19,4
želela trudnoću nije imala potrebu za kontracepcijom	15,9	10,2	19,0	25,0	16,7	9,7
	5,3	2,6	6,8	6,3	6,1	3,2
	5,3	-	8,1	6,3	7,6	-

* Svaki razlog je registrovan onoliko puta koliko je puta naveden u odgovoru.

Neki od nabrojanih razloga odustajanja govore da je osoba bila pogrešno izabrana za ovo kontraceptivno sredstvo. Ne treba zaboraviti ni da je prag tolerancije za prapratne efekte različit za različite ličnosti.

Dva puta više žena starih 30 i više godina je koristilo kontraceptivnu pilulu u odnosu na mlađe anketirane žene (38,1% prema 18,9%). Ova naizgled paradoksalnost da starije žene imaju više iskustva sa jednim modernim kontraceptivnim sredstvom može se objasniti činjenicom da su one stupale u seksualni život uporedo sa uvodjenjem kontraceptivne pilule. U drugoj polovini sedamdesetih godina o kontraceptivnoj piluli se mnogo pisalo, razgovaralo, ona je bila jedan od simbola feminizma i kontraceptivno sredstvo u trendu. Medjutim, sve starije žene i gotovo sve mlađe žene su odustale od prevencije trudnoće putem pilule.

Postoje starosne razlike u navodjenju razloga odustajanja od kontraceptivne pilule. Starije anketirane žene češće u prvi plan stavljaju simptome slične trudnoći kao prapratne efekte pilule. Mlađe žene, pak, češće navode nervozu, nesvesticu i pojačanu maljavost. Kod starijih žena dominira strah od mogućih kancerogenih efekata pilule. Mlađe žene se plaše u podjednakoj meri maligniteta i štetnosti pilule za celokupno zdravlje. Žene stare 30 i više godina tehničke probleme vezane za upotrebu ovog kontraceptivnog sredstva navode dva puta češće kao razlog koji je odlučio ili doprineo da odustanu od pilule.

Utvrđena je jasna korelativna veza između obrazovanja anketiranih žena i korišćenja kontraceptivne pilule. Gotovo svaka druga žena sa najvišim obrazovanjem (42,5%), svaka četvrta žena sa završenom srednjom školom (26,9) i svaka peta žena sa nezavršenom i završenom osnovnom školom (19,5%) ima iskustva sa ovim kontraceptivnim sredstvom. Gotovo sve žene su odustale od prevencije trudnoće putem pilule nezavisno od obrazovanja.

Sa porastom obrazovanja žene kao razlog odustajanja od upotrebe kontraceptivne pilule redje navode propratne efekte kao što su glavobolja, nesvestica, nervoza, poremećaj menstrualnog ciklusa a češće propratne simptome slične trudnoći i depresiju. Bitno je naročito

istaći da tri puta češće ističu strah od mogućih negativnih efekata pilule žene sa srednjim, višim i visokom obrazovanjem u odnosu na žene sa nezavršenom i završenom osnovnom školom. Nasuprot, sa višim stepenom školske sprema redje se navode tehnički problemi vezani za upotrebu kontraceptivne pilule.

S p i r a l a

Ideja o ulaganju stranog tela u matericu radi sprečavanja začeća potiče još od starih Egipćana. I Hipokrat je razmišljao na sličan način.³⁹ Grafenberg je objavio 1929. godine u Berlinu da se u većini slučajeva trudnoća može prevenirati stavljanjem u matericu srebrnog prstena veličine 17,5 milimetara u prečniku. Tridesetak godina kasnije ponovo ideja o interuterinom ulošku postaje aktuelna. Od tada se stalno eksperimentiše sa novim materijalima i novim oblicima.⁴⁰ Danas postoji sedamdesetak različitih tipova spirale.⁴¹

Mereno brojem korisnika spirala se u svetu nalazi na drugom mestu medju upotrebljavanim kontraceptivnim sredstvima i metodama posle sterilizacije. Medjutim, to se duguje pre svega velikim brojem korisnika IUU u Kini gde 58 miliona žena prevenira trudnoću putem spirale. Izuzimajući Kinu 14 miliona žena u manje razvijenim i 8

³⁹Ljiljana Randić, Lidija Andolšek, Planiranje obitelji, Otokar Krešovani, Rijeka, 1984.

⁴⁰Ray O Greep, Human Fertility and Population Problems, Schenkman Publising Company, Cambridge, Massachusetts, 1969.

⁴¹Ronald L. Kleinman, Family planning ..., op. cit.

miliona u više razvijenim zemljama koristi spiralu. Zemlje sa visokom proporcijom parova koji se oslanjaju na spiralu su Kuba, Tunis, Indonezija, zemlje severne Evrope i Čehoslovačka.⁴² U Jugoslaviji kao i užoj Srbiji žene se izuzetno retko odlučuju za spiralu. Poslednje anketno istraživanje je pokazalo da 3,1% žena u Jugoslaviji i 1,4% žena u užoj Srbiji prevenira trudnoću koristeći spiralu.⁴³

Tabela IV 14.
Razlozi odustajanja od spirale

	Svega	Starost		Školska sprema		
		do 29 godina	30 i više godina	nezavršena i završena osnovna	srednja	viša i visoka
Broj žena	52	15	37	10	23	19
obilne ili česte menstruacije	22	9	13	3	13	6
ekspulzija	5	1	4	-	3	2
pelvična infekcija	2	-	2	-	-	2
trudnoća	4	-	4	1	2	1
želela trudnoću	6	2	4	2	2	2
strah od carcinoma	4	2	2	-	1	3
pauza	3	-	3	1	1	1
fiktivni razlozi	6	1	5	3	1	2
Struktura (u%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
krvavljenje	42,3	60,0	35,1	30,0	56,5	31,6
ekspulzija	9,6	6,7	10,8	-	13,1	10,5
pelvična infekcija	3,9	-	5,4	-	-	10,5
trudnoća	7,7	-	10,8	10,0	8,7	5,3
želela trudnoću	11,5	13,3	10,8	20,0	8,7	10,5
strah od carcinoma	7,7	13,3	5,4	-	4,3	15,8
pauza	5,7	-	8,1	10,0	4,3	5,3
fiktivni razlozi	11,5	6,7	13,5	30,0	4,3	10,5

⁴²W. Parker Mauldin, Sheldon J. Segal, "Prevalence of Contraceptive ...", op. cit.

⁴³Milica Sentić, "Kontracepcija ...", op. cit.

Rezultati istraživanja o beogradskoj populaciji žena koje namerno prekidaju trudnoću, takodje, pokazuju da se spirala još uvek retko koristi u našoj sredini. U vreme intervjua 1,5% žena ju je koristilo a 13,0% žena je upotrebljavalo spiralu ali je odustalo od prevencije trudnoće putem ovog kontraceptivnog sredstva. Teško je objasniti zašto tek svaka sedma anketirana ima iskustva sa spiralom s obzirom na njene velike prednosti. Spirala je posle pilule najefikasnije kontraceptivno sredstvo. Spirala kao i pilula nije vezana za seksualni akt ali je njena velika prednost što jednom stavljena prevenira trudnoću više godina. Takodje, sumnje i dileme vezane za hemijsku i hormonsku kontracepciju ne postoje kada se koristi ovo mehaničko kontraceptivno sredstvo.

Gotovo polovina žena je odustala od spirale usled krvavljenja (pitanje broj 32, tabela IV 14). Isuviše veliki broj žena navodi ovaj razlog da bi se on mogao prihvatiti kao objektivan. Krvavljenje koje se javlja odmah posle insercije IUU, tačkasto krvavljenje u sredini menstrualnog ciklusa kao i obilnije i/ili dugotrajnije menstruacije nisu medicinska indikacija za vadjenje spirale osim u slučaju prouzrokovane anemije. U literaturi se često podvlači da informacija data ženi pre i posle insercije IUU o očekivanom krvavljenju povećava toleranciju žene na ovaj simptom. Trebalo bi u narednim istraživanjima proveriti da li ovu vrstu informacije lekari saopštavaju ženi u našoj sredini. Upola manje žena (21,2%), kao razlog odustajanja od ovog kontraceptivnog sredstva, navodi jasne komplikacije spirale shvaćene u širem smislu, kao što su njena ekspulzija, trudnoća i pelvična infekcija. Svaka deseta žena je odustala od upotrebe spirale navodeći kao razlog komplikacije koje se ne mogu povezati sa spiralom. Nabrojaćemo ih: bol pri odnosu, mužu smetao konac, glavobolja, izgubila živce, oboleo bubreg, pojačana maljavost. Osnova navodjenja i ovakvih razloga verovatno su iracionalno ne prihvatanje ovog kontraceptivnog sredstva, spekulacije o mogućim propratnim efektima i ne poznavanje mehanizma delovanja spirale .

Takodje, svaka deseta žena je odustala od spirale jer je želela trudnoću. Redje žene razmišljaju o spirali kao mogućem uzroku carcinoma uterusa (7,7%). Čudi da se preporuka lekara o pravljenju pauze izmedju dve spirale navodi kao jedan od razloga (5,5%). Naime, utvrđeno je da pauza izmedju dve spirale da bi se sluzokoža uterusa obnovila ne daje pozitivne zdravstvene efekte.

Starost je faktor koji determiniše jasne razlike kada je reč o iskustvu sa spiralom kao kontraceptivnim sredstvom. Tri puta više žena starih 30 i više godina je koristilo spiralu u odnosu na mlađe anketirane žene (21,7% prema 7,7%). To je razumljivo s obzirom da se spirala ne preporučuje ženama koje nisu radjale. Medjutim, bitno je istaći da se žene retko opredeljuju za spiralu i da uglavnom sve i odustaju od ove kontracepcije nezavisno od starosti. Mlađe žene gotovo dva puta češće navode kao razlog odustajanja od spirale krvavljenje i strah od mogućeg kancerogenog dejstva spirale. Starije, pak, žene češće navode ostale poznate komplikacije spirale kao i komplikacije spirale koje to nisu.

Češće su spiralu koristile žene sa višim i visokim obrazovanjem u odnosu na žene sa srednjom, nezavršenom i završenom osnovnom školom (28,7 prema 10,2 i 14,6%). Nezavisno od obrazovanja, gotovo sve žene su odustale od korišćenja spirale. Kao razlog odustajanja, žene sa najvišim obrazovanjem češće navode poznate komplikacije ovog kontraceptivnog sredstva a žene sa nezavršenom i završenom osnovnom školom češće komplikacije koje se ne mogu dovesti u vezi sa spiralom. Takodje, razlika koja skreće pažnju je da je svaka šesta žena sa višim i visokom obrazovanjem kao glavni razlog odustajanja od spirale navela strah od carcinoma dok to nije učinila nijedna žena sa najnižim obrazovanjem.

Gotovo svaka četvrta žena je odustala od spirale u prva tri meseca upotrebe. To je period adaptacije uterusa i upravo su za nega u najvećoj meri vezane komplikacije kao što su ekspulzija spirale,

trudnoća i krvavljenje. Medjutim, svaka peta žena je odustala od prevencije trudnoće putem spirale koristeći je četiri do šest meseci (9,6%) i sedam do dvanaest meseci (11,5%). Više od polovine žena (55,8%) je koristilo spiralu duže od godinu dana oslanjajući se na glavnu prednost ovog kontraceptivnog sredstva. Od spirale u periodu adaptacije odustala je gotovo svaka druga žena stara do 29 godina (46,7%) i gotovo svaka druga žena sa srednjom školom (43,5%). Nasuprot, duže od godinu dana spiralu su koristile, pre svega, žene stare 30 i više godina (64,9%), žena sa nezavršenom i završenom osnovnom školom (90,0) kao i visoko obrazovane žene (63,2%).

* * *

Kontraceptivno ponašanje beogradske populacije žena koje prekidaju trudnoću je daleko od zadovoljavajućeg. Ne samo na osnovu vrste kontracepcije koja se koristi i koja se koristila već i na osnovu razloga koji su dovela do odustajanja od pojedinih kontraceptivnih sredstava kao i dužine upotrebe. Izuzetno mali broj žena koristi kontraceptivna sredstva i relativno mali broj žena ima iskustva sa prezervativom, hemijskim kontraceptivnim sredstvima, pilulom i spiralom. Starost i obrazovanje žena determinišu razlike u tom smislu da su starije i visoko obrazovane žene daleko češće koristile pojedina kontraceptivna sredstva. Medjutim, nezavisno od starosti i obrazovanja gotovo sve žene su odustale od prevencije trudnoće putem kontraceptivnih sredstava. Većina nabrojanih razloga koji žene ističu kao bitne za odustajanje od različitih kontraceptivnih sredstava govore o velikom psihološkom otporu. Psihološki se ne prihvataju i moderna sredstva i sredstva duge tradicije, i efikasna i manje efikasna sredstva, i mehanička i hemijska sredstva. Žene koje su došle u situaciju da prekinu trudnoću kao da insistiraju na idealnoj kontracepciji, bez rizika i drugih nedostataka bilo koje vrste. Medjutim, sve one pošto su ostale u drugom stanju prihvatile su abortus kao rešenje a da

pritom nisu uzele u obzir njegove realne rizike. Očigledno se prednost daje čvrstom stavu o broju dece koji se želi odnosno okolnostima zbog kojih se ne može prihvatiti rođenje deteta a pritom je zanemarena preventiva začeca i rizik prekida trudnoće.

ABORTUS KAO METOD KONTROLE RADJANJA

Većina žena koja se odlučila da prekine tekuću trudnoću je imala indukovani abortus u prošlosti. Jedna trećina žena nije imala iskustvo sa namernim prekidom trudnoće a dve trećine je imalo (tabela IV 15). Najviše je bilo žena sa jednim (18,5%) i dva (16,7%) abortusa. Svaka deseta žena je imala tri a svaka sedma između četiri i šest namernih prekida trudnoće. I pored toga što je relativno malo žena imalo sedam i više abortusa, činjenica da 5% žena veoma često pribegava abortusu govori da se ovaj metod kontrole radjanja još pojavljuje kao dominantan ili čak isključiv. Nisu izostali ni ekstremni slučajevi. Jedna žena je imala šesnaest, jedna osamnaest a jedna dvadeset namernih prekida trudnoće.

Razlike po starosti su razumljivo upadljive. Sa starošću se povećava broj prethodnih prekida trudnoće. To je sigurno posledica vremenskog faktora a moguće je da njih determinišu i razlike u prihvatanju abortusa kao metode kontrole radjanja između mlađih i starijih generacija žena. Nezavisno od ovih razloga skreće pažnju podatak da abortus koriste i adolescenti a da je među ženama starim četrdeset i više godina on veoma rasprostranjen. Naime, gotovo svaka četvrta adolescentkinja koja se odlučila da prekine trudnoću imala je već jedan ili dva namerna prekida trudnoće a čak polovina žena pri kraju fertilnog perioda je imala pet i više indukovanih abortusa računajući i prekid tekuće trudnoće.

Tabela IV 15.

Žene prema broju prethodnih namernih prekida trudnoće i starosti

	Svega	Starost žene				
		do 19 godina	20-24	25-29	30-39	40 i više godina
Broj žena	400	22	90	94	166	28
bez abortusa	140	17	57	38	25	3
1	74	3	22	21	27	1
2	67	2	7	17	35	6
3	41	-	2	9	26	4
4-6	58	-	2	6	41	9
7-9	13	-	-	2	9	2
10-15	4	-	-	-	2	2
16+	3	-	-	1	1	1
Struktura (u%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
bez abortusa	35,0	77,3	63,3	40,4	15,1	10,7
1	18,5	13,6	24,4	22,3	16,3	3,6
2	16,7	9,1	7,8	18,1	21,1	21,4
3	10,3	-	2,2	9,6	15,7	14,3
4-6	14,5	-	2,2	6,4	24,7	32,1
7-9	3,3	-	-	2,1	5,4	7,1
10-15	1,0	-	-	-	1,2	7,1
16+	0,7	-	-	1,1	0,6	3,6

U anketi je ispitivan uticaj više socijalnih, ekonomskih i drugih faktora koji mogu uticati na prosečan broj prethodnih, namernih abortusa (tabela IV 16). Starost žene koja prekida trudnoću je faktor čiji je uticaj sam po sebi razumljiv. Prosečan broj abortusa za mlađe žene je 1,0 a za žene stare 30 i više godina tri puta veći. Takodje, potvrđeno je da i drugi faktori u većoj ili manjoj meri utiču na prosečan broj abortusa. Taj uticaj je jasan kada je reč o starosti pri prvom namernom prekidu trudnoće, školskoj spremi žene, njenom zanimanju, mestu odakle su došle u Beograd, edukativnoj ulozi roditelja i stavu o sudbini.

Najjasnija je veza između prosečnog broja abortusa i godina

Tabela IV 16. Prosečan broj prethodnih namernih prekida trudnoće žena prema socijalnim, ekonomskim i drugim indikatorima

	Žene stare 15-49 godina		Žene stare 30 i više godina	
	broj žena	prosečan broj abortusa	broj žena	prosečan broj abortusa
Ukupno	400	2,1	194	3,2
Školska sprema nezavršena i završena				
osnovna	82	3,3	45	4,2
srednja	245	1,6	96	3,1
viša i visoka	73	2,1	53	2,6
Zanimanje				
radnik	76	3,3	41	4,4
službenik	181	2,2	132	2,6
domaćica	39	3,1	20	4,8
učenik, student	78	0,3	-	-
nezaposlen	26	1,1	1	-
Odakle ste došli u Beograd				
rodjeni u Beogradu	138	1,5	45	2,8
iz grada preko 20 000 stanovnika	88	1,4	35	2,7
iz ostalih naselja	174	2,8	114	3,5
Religioznost				
da	130	2,9	71	4,3
ne	270	1,6	123	2,6
Stav o sudbini				
da	204	2,4	101	3,6
ne	196	1,6	93	2,7
Izvor saznanja o kontracepciji				
roditelj	30	1,2	10	2,1
škola	35	1,2	11	2,8
drugarica, partner	141	2,6	74	3,7
lekar	36	2,9	26	3,5
štampa	158	1,7	73	2,8
Razgovor u roditeljskoj kući o abortusu				
da	83	1,2	20	2,4
ne	317	2,3	164	3,5
Najduže upotrebljavana kontracepcija				
nije upotrebljavala	7	0,4	2	1,0
coitus interruptus	278	2,1	130	3,2
metod ritma	16	2,3	8	2,9
prezervativ	33	1,4	13	2,9
hemijska k. s.	15	2,0	6	3,5
spirala, pilula	51	2,6	35	3,4
Starost pri prvom namernom abortusu				
do 19	54	2,6	14	6,3
20-24	192	2,3	77	4,1
25-29	102	1,7	51	3,0
30 i više	52	1,2	52	1,2

starosti pri prvom namernom prekidu trudnoće. Za starije žene je gotovo šest puta veći prosečan broj abortusa ako su prvi namerni prekid trudnoće imale kao adolescentkinje nego sa 30 i više godina.

Uticaj školske spreme je, takodje, jasan i njena veza sa prosečnim brojem prethodnih, namernih abortusa je naravno negativna. Valja još naglasiti da je ona izrazitija kod žena sa 30 i više godina nego kod mlađjih žena. Slični rezultati su dobijeni o uticaju zanimanja na prosečan broj abortusa. Najveći prosečan broj prethodnih, namernih abortusa imaju domaćice i radnice; za žene stare 30 i više godina gotovo je dva puta veći u odnosu na prosečan broj abortusa službenica.

Žene rodjene u Beogradu i žene koje su došle u Beograd iz grada sa preko 20 000 stanovnika imaju isti prosečan broj abortusa. Nasuprot njima, žene koje su došle u Beograd iz ostalih naselja imaju upadljivo veći prosečan broj abortusa.

Razgovor u roditeljskoj kući o abortusu nezavisno od njegovog kvaliteta i svrhe je faktor koji utiče na prosečan broj abortusa. Ako razgovor nije vodjen, nezavisno od starosti žene, prosečan broj abortusa je veći u odnosu na žene u čijoj porodici je postojala ova vrsta edukacije.

Žene koje veruju da su važni događaji u njihovom životu predodredjeni sudbinom (pitanje broj 10) imaju veći prosečan broj abortusa u odnosu na žene koje veruju da su ti događaji rezultat njihovih nastojanja i odluka (odgovarajući podaci o prosečnom broju abortusa su 2,4 i 1,6 za sve žene a 3,6 i 2,7 za žene stare 30 i više godina).

Dobijeni rezultati su potvrda da je stepen lične efikasnosti ⁴⁴ žene jedan od važnih faktora abortusa. Korišćenje modernih sredstava za kontracepciju znači da je ta žena preuzela aktivnu ulogu u oblasti seksualnih odnosa i reproduktivnog ponašanja, to jest da preuzima inicijative u određenim aktivnostima života i da je sposobna da upravlja tokom događaja. Ovakav stav u životu imaju žene sa visokom skorom na skali lične efikasnosti. Upravo to ne odgovara ženama čiji je stav pasivan, submisivan i više stav iščekivanja i prepuštanja, što su karakteristike žena sa niskim skorom na skali lične efikasnosti. One putem neefikasnih metoda kontracepcije i abortusa kontrolišu svoju plodnost.⁴⁵

Utvrđeni rezultati o uticaju religioznosti na prosečan broj prethodnih, namernih abortusa su neočekivani. Iz demografske literature je poznato da je religijski faktor povezan sa reproduktivnim ponašanjem stanovništva i sa stavovima o prekidu trudnoće. Medjutim, rezultati ove ankete su pokazali da žene koje sebe doživljavaju kao religiozne osobe (pitanje broj 9) imaju veći prosečan broj abortusa i u slučaju kada se starost kontroliše. U anketi nije ni pokušano da se bliže verifikuje vrsta i stepen religioznosti (šta stvarno znači izjava žene da je religiozna) što otežava tumačenje dobijenih rezultata. Moguće je da objašnjenje treba tražiti u činjenici da većina žena pripada pravoslavnoj crkvi. Ova crkva se smatra najliberalnijom uopšte i najliberalnijom prema problemima planiranja porodice. Gardašević odnos stanovništva uže Srbije prema religioznosti definiše kao "više pobožan a manje

⁴⁴Lična efikasnost je onaj aspekt psihološkog funkcionisanja ličnosti koji se odnosi na procenu odnosa snaga između čoveka i njegove okoline a posebno na verovanje čoveka u kom stepenu on može da utiče na svoju socijalnu i fizičku sredinu (James Fawcett, Psychological perspectives on population, Basic Book, New York, 1973).

⁴⁵ U tom smislu je slične rezultate objasnila i Nila Kapor-Stanulović (Psihologija roditeljstva, op. cit).

crkven".⁴⁶

U grupu neočekivanih rezultata, takodje, spadaju i uticaji najduže upotrebljavanog kontraceptivnog sredstva i metode i izvora saznanja o kontracepciji na prosečan broj prethodnih, namernih abortusa. Ako se izuzmu zbog malog broja žene koje nisu ništa koristile za kontracepciju i žene koje su najduže upotrebljavale hemijska kontraceptivna sredstva, razlike u prosečnom broju abortusa između žena koje su navele da su najduže upotrebljavale najmanje efikasne kontraceptivne metode, manje efikasna kontraceptivna sredstva kao i pilulu i spiralu su relativno male. To je teško objasniti pogotovo što najveći prosečni broj abortusa imaju žene koje su najduže koristile najefikasnija sredstva za kontracepciju. Moguće je da žena u odgovoru na pitanje "o najduže upotrebljavanoj kontracepciji" nije mogla da kontroliše vremensku komponentu ili je, pak, došla do izražaja relativnost dužine upotrebe kontracepcije.

Isto tako nije moguće objasniti dobijene rezultate o uticaju pojedinih izvora saznanja o kontracepciji na prosečan broj abortusa. Najmanji prosečan broj prethodnih, namernih prekida trudnoće su imale žene kojima su roditelji bili izvor saznanja o kontracepciji, on je veći kada su škola ili štampa preuzeli tu ulogu a najveći kada su izvor saznanja bili drugarica ili lekar.

Gotovo svaka peta žena je imala iskustva sa nekom od komplikacija namernog prekida trudnoće (pitanje broj 41). Uglavnom su to bile rane, odložene komplikacije kao što su postabortusno krvavljenje (25,0%), endometritis (29,2) i rezidua (29,2%). Jedna žena je navela i najtežu neposrednu komplikaciju prekida trudnoće-perforaciju uterusa. Kasne komplikacije abortusa se retko navode

⁴⁶Navedeno prema Dražen Milačić, Medicinski i socijalni aspekti ..., op. cit.

(6,3%) što je razumljivo jer su one takve prirode da direktno utiču na plodnost ili ih žena ne povezuje sa prethodnim abortusom. Bitno je istaći da žene u odgovoru na ovo pitanje navode i psihičke sekvele indukovanog abortusa (8,3%). Iskustvo sa komplikacijom prekida trudnoće od kojih je većina bila ozbiljna jer je zahtevala bolničko lečenje (56,3%) kao da nije odlučujući faktor za jedan broj žena da se ponovo ne izlože riziku komplikacije abortusa.

Veliku većinu žena (80,8%) prilikom poslednjeg namernog prekida trudnoće ginekolog nije savetovao koje kontraceptivno sredstvo da upotrebljava što je bila njegova profesionalna, etička i zakonska obaveza (pitanje broj 42). Nedostatak komunikacije i razumevanja između žene koja prekida trudnoću i lekara je jedan od osnovnih uzroka velikog broja abortusa u našoj sredini.

Kada se posmatra reproduktivna istorija anketiranih žena u negativnom smislu skreću pažnju i sledeći rezultati. Gotovo polovina žena (44,3%) nije imala dece kada se prvi put odlučila da prekine trudnoću. Svaka četvrta žena (ili 28,1%) i gotovo svaka treća žena (30,0%) prekida trudnoću a od prethodnog indukovanog abortusa je prošlo manje od godinu dana odnosno manje od dve godine. Svi ovi podaci pokazuju da se prekid trudnoće prihvata i rano i često i kada vršenje reproduktivne funkcije nije otpočelo. Takvo ponašanje nosi potencijalne rizike i ne može da ne ostavi traga na zdravlje i psihu žene a, takodje, i na njeno učešće u reprodukciji stanovništva.

* * *

Analiza o vezi između abortusa kao metoda kontrole rađanja i socijalnih, ekonomskih, psiholoških i drugih faktora otkrila je različiti stepen zavisnosti. Jedan broj rezultata je očekivan i potvrdio je polazne pretpostavke u tom smislu. To se posebno odnosi na vezu između abortusa s jedne strane i školske spreme žene,

njenog migracionog statusa, uticaja rodietlja na seksualno obrazovanje, starosti pri prvom abortusu i stepena lične efikasnosti žene s druge strane. Medjutim, u nekoliko slučajeva rezultati su neočekivani. Na primer, veza izmedju religioznosti i abortusa je pozitivna. Isto tako ostaje neobjašnjivo da su najveći broj abortusa imale žene čiji je izvor saznanja o kontracepciji bio lekar. Po svemu sudeći istraživanja ove vrste treba nastaviti.

NAKNADNI RAZGOVOR SA ŽENAMA KOJE SU PREKINULE TRUDNOĆU

Ponovni kontakt uspostavljen je sa 328 žena, jedan do dva meseca posle prekida trudnoće. Kao što je napred rečeno, u dodatnom razgovoru su dobijeni odgovori na pitanja o eventualnim ranim komplikacijama upravo izvršenog indukovanog abortusa, upotrebi kontracepcije i doživljenje abortusa kao iskustva.

Rane komplikacije

Glavni interes proučavanja abortusa sa medicinskog aspekta je veliki potencijalni rizik za komplikaciju uopšte kao i za bitne komplikacije koje nosi svaki namerni prekid trudnoće. Da bi se dobila gruba slika o ranim komplikacijama upravo izvršenog indukovanog abortusa, u naknadnom razgovoru je bilo postavljeno pitanje komplikacija (pitanja broj 1 i 3). Pri tom, iz razumljivih razloga, nije mogla da se dobije informacija o bitnim činiocima morbiditeta kao što su zdravstveno stanje pre indukovanog abortusa, vrsta medicinske intervencije, tip anestezije i iskustvo i veština abortera. Pošto su rezultati mnogih istraživanja pokazali da rizik, broj i težina komplikacija generalno rastu sa porastom dužine trajanja trudnoće u momentu prekida, bitno je istaći da su sve žene prekinule trudnoću u periodu gestacione starosti do 12. nedelje.

Takodje, treba podvući da je svaka žena po izvršenom namernom prekidu trudnoće preventivno dobila da upotrebljava narednih sedam dana Bactrim ili antibiotik kao i uterotonik.

Gotovo jedna trećina žena (32,3%) je navela da je upravo izvršen namerni prekid trudnoće pratila neka od ranih komplikacija. Nivo utvrđenih komplikacija se može oceniti kao visok. Komplikacije u tako velikom broju prate indukovani abortus u manje razvijenim zemljama, ⁴⁷ mada je teško porediti podatke o komplikacijama abortusa zbog različitih načina njihovog prikupljanja kao i različite definicije pojedinih komplikacija. Na ovako visok procenat sigurno je uticalo i uključivanje svake komplikacije koja je subjektivno navedena bez mogućnosti njene objektivne potvrde.

Rezultati i ove ankete ⁴⁸ su potvrdili da postabortusno aplikovana spirala ne povećava rizik za komplikaciju. Naime, udeo žena sa komplikacijom bio je gotovo jednak i u slučaju kada ja uz namerni prekid trudnoće stavljena spirala (34,2%) i kada to nije bio slučaj (32,1%).

Najčešće kao komplikaciju namernog prekida trudnoće žene, kojima nije stavljena spirala, navode infekciju uterusa (sumnju na endometritis - dugo krvavila i primala antibiotik po uputstvu ginekologa u 29,3% slučajaja a endometritis sa i bez adneksitisa u 6,5 i 4,3% slučajaja). Hemoragija se, takodje, često navodi (28,3%). Svaka peta žena (ili 19,6%) koja je imala iskustva sa komplikacijom namernog prekida trudnoće je morala biti podvrgnuta

⁴⁷ Učestalost komplikacija namernog prekida trudnoće u manje razvijenim zemljama kreće se od 20-48% (Dražan Milačić, Medicinski i socijalni aspekti ..., op. cit).

⁴⁸ Brojne studije su pokazale da je insercija spirale neposredno posle namernog prekida trudnoće bezbedna i efikasna procedura koja ne povećava ni incidenciju komplikacija abortusa niti frekvenciju javljanja nusefekata spirale (Induced Abortion, Report of WHO Scientific Group, Technical Report Series 623, WHO, Geneve, 1978).

rekiretaži. Retko se navode kao komplikacije neuspostavljanje menstrualnog ciklusa (8,7%) i jaki bolovi (3,3%). Nisu registrovane najteže rane komplikacije abortusa kao što su krvavljenje koje bi zahtevalo transfuziju, šok, perforacija uterusa i laceracija cerviksa.

Najčešća komplikacija abortusa posle koga je neposredno stavljena spirala je bilo dugo krvavljenje (42,9%) i sumnja na endometritis i endometritis (35,7%). Nešto redje žene navode jake bolove (21,4%).

Analiza medicinskog aspekta namernog prekida trudnoće putem ove ankete bila bi potpunija da je postojala mogućnost praćena žena kroz duži vremenski period i utvrđivanja učestalosti kasnih komplikacija abortusa koje su po svojim posledicama bitne i zbog posledica na agregatnom nivou (sterilitet, spontani abortus, niska težina na rodjenju na primer). Izloženi rezultati upućuju na zaključak da broj ranih komplikacija namernog prekida trudnoće nije, još uvek, sveden na minimum.

Upotreba kontracepcije

Rezultati više od dvadeset studija iz različitih krajeva sveta su pokazali da broj žena koji upotrebljava kontracepciju raste posle indukovano abortusa, ponekad i desetak puta. Struktura upotrebe kontracepcije se, takodje, menja. Posle prekida trudnoće upotreba pilule, spirale i sterilizacije se naglo povećava. Ilustrativan je primer zabeležen u Azijskom centru. Samo 7,0% žena je upotrebljavalo efikasna sredstva i metode pre indukovano abortusa, dok se čak 72,0% žena odlučilo za pilulu, spiralu ili sterilizaciju

posle prekida trudnoće.⁴⁹

Analiza kontraceptivnog ponašanja anketiranih žena sa kojima je obavljen naknadni razgovor, takodje, pokazuje da su upotreba kontracepcije i struktura te upotrebe različiti pre i posle abortusa (tabela IV 17). Neposredno po namernom prekidu trudnoće kontracepciju koristi oko 90% žena. Poslednju trudnoću je, medjutim, pokušalo da prevenira nešto manje od dve trećine žena.

Pre abortusa ogromna većina žena se oslanjala na klasične, najmanje efikasne metode kao što su coitus interruptus, metod plodnih dana i laktacija (85,5%). Klasični kontraceptivni metodi dominiraju u strukturi upotrebe kontracepcije i dva meseca posle indukovanog abortusa ali ih koristi upadljivo manji broj žena (57,8%). Za ovaj vid kontracepcije su se, pre svega, opredelile žene koje su se oslanjale na coitus interruptus i pre abortusa kao i žene koje nisu ni pokušale da preveniraju poslednju trudnoću.

Nasuprot, samo oko 4% žena je pokušalo prevenciju poslednje trudnoće koristeći kontraceptivna sredstva najveće efikasnosti, dok posle namernog prekida trudnoće pilulu i spiralu upotrebljava svaka četvrta žena. Pilulu i spiralu koriste, pre svega, žene koje su se pre abortusa oslanjale na klasične kontraceptivne metode ili nisu uopšte upotrebljavale kontracepciju. Bitno je podvući da je postabortusno stavljena spirala svim ženama koje su u naknadnom razgovoru navele da koriste ovo kontraceptivno sredstvo. Prednost insercije IUU na kraju kiretaže se, pre svega, ogleda u iskorišćavanju velike motivisanosti žene da upotrebljava efikasnu kontracepciju u vreme suočavanja sa neželjenom, neplaniranom trudnoćom. Mogućnost za postabortusnu inserciju spirale je relativno retko korišćena. Samo je svakoj šestoj ženi (ili 17,2%)

⁴⁹ Pregnancy Termination, Population Reports, Series F, Number 7, July, 1980.

sa tri i više namernih prekida trudnoće stavljena spirala neposredno posle abortusa. Ostala efikasna kontraceptivna sredstva, prezervativ, dijafragma, hemijska kontraceptivna sredstva i C-film, je upotrebljavala svaka deseta žena pre namernog prekida trudnoće a sada se na njih u prevenciji trudnoće oslanja svaka šesta žena.

Tabela IV 17.

Upotreba kontraceptivnih sredstava i metoda pre i posle namernog prekida trudnoće

Posle abortusa	Ukupno	Pre abortusa							
		coitus interruptus.	metod ritma	dojenje	prezervativ	hemijska k.s.	pilula	spirala	nije upotrebljavala
Broj žena	290*	95	54	7	8	11	2	6	107
coitus inerruptus	139	50	34	5	-	1	-	3	46
metod ritma	7	-	2	-	-	-	-	-	5
prezervativ	28	4	8	-	5	1	-	2	8
dijafragma	5	1	-	-	2	-	-	-	2
C-film	2	-	1	-	-	-	-	-	1
hemijska k.s.	9	2	-	-	-	5	-	-	2
pilula	26	12	3	1	-	3	-	-	7
spirala	37	18	6	1	1	-	1	1	9
ne upotrebljava	37	8	-	-	-	1	1	-	27
Struktura (u%)									
coitus inerruptus	100,0	36,0	24,5	3,6	-	0,7	-	2,2	33,1
metod ritma	100,0	-	28,6	-	-	-	-	-	71,4
prezervativ	100,0	14,3	28,6	-	17,8	3,6	-	7,1	28,6
dijafragma	100,0	20,0	-	-	40,0	-	-	-	40,0
C-film	100,0	-	50,0	-	-	-	-	-	50,0
hemijska k.s.	100,0	22,2	-	-	-	55,6	-	-	22,2
pilula	100,0	46,2	11,5	3,8	-	11,5	-	-	26,9
spirala	100,0	48,6	16,2	2,7	2,7	-	2,7	2,7	24,3
ne upotrebljava	100,0	21,6	-	-	-	2,7	2,7	-	72,9

* U ovu tabelu nije uključeno 38 žena koje su izjavile da nisu imale seksualni odnos u razdoblju između izvršenog namernog prekida trudnoće i naknadnog razgovora.

Posle indukovano abortusa tek svaka osma žena ne koristi

kontracepciju. Medju njima, velika većina žena kao razlog nekorišćenja kontracepcije (pitanje broj 2) navodi različitu vrstu izgovora (65,8%). U prvi plan se stavlja muž, njegov egoizam i protivljenje, nemanje vremena da se ode u savetovalište za kontracepciju ili se, pak, predpostavlja da je verovatnoća za novu trudnoću mala. Navešćemo karakteristična razmišljanja:

"Muž mi je primitivan. Ne dozvoljava mi da stavim spiralu, neće da se muči sa prezervativom, tablete ne podnosim", (trgovac, 39 godina, osam abortusa).

"Staviću spiralu. Dobro ste me podsetili. Stalno negde trčim pa se ne setim", (čistačica, 30 godina, devet abortusa).

"Tablete ću koristiti. Nikako da podignem recept", (fizičar, 29 godina, jedan abortus).

"Baš se spremam da dodjem kod Vas", (daktilograf, 29 godina, tri abortusa).

"Valjda sam sterilna. Imam puno godina a sada i ovaj prekid trudnoće", (mašinista, 40 godina, trinaest abortusa).

"Valjda nisam takav baksuz da opet ostanem trudna", (trgovac, 35 godina, šest abortusa).

Jedan broj žena (10,5%) ne pokušava prevenciju trudnoće jer misli da neuspostavljanje menstrualnog ciklusa posle abortusa treba da isključi upotrebu kontracepcije. Svaka šesta žena (ili 15,8%) ne koristi kontracepciju jer želi trudnoću. Da li je to posledica osećanja krivice i žalosti što je prethodna trudnoća namerno prekinuta ili su izmenjene okolnosti življenja. Samo su tri žene u naknadnom razgovoru iznele jasno opredeljenje da je namerni prekid trudnoće jedini vid kontrole radjanja koji žele da primenjuju. Gotovo tri četvrtine žena koje ni dva meseca posle namernog prekida trudnoće nisu počele da koriste kontracepciju nisu ni pokušale da preveniraju poslednju trudnoću. Ostale su, pre svega, koristile coitus interruptus.

Tabela IV 18.

Procena broja neplaniranih trudnoća u periodu od 12 meseci na osnovu upotrebe kontraceptivnih sredstava i metoda pre i posle namernog prekida trudnoće

	Korišćena sredstva (metode) p r e abortusa			Korišćena sredstva (metode) p o s l e abortusa		
	broj žena	verovatnoća začeća*	neplanirane trudnoće	broj žena	verovatnoća začeća*	neplanirane trudnoće
Coitus interruptus	95	0,200	19,0	139	0,200	27,8
metod ritma	54	0,188	10,2	7	0,188	1,3
dojenje	7	0,220	1,5	-	-	-
prezervativ	8	0,096	0,8	28	0,096	2,7
dijafragma	-	-	-	5	0,144	0,7
C-film	-	-	-	2	0,160	0,3
hemijska k.s.	11	0,177	1,9	9	0,177	1,5
pilula	2	0,025	0,1	26	0,025	0,7
spirala	6	0,048	0,3	37	0,048	1,8
ne upotreb.	107	0,850	91,0	37	0,850	31,5
ukupno	290		124,8	290		68,3

* Verovatnoće začeća pri upotrebi kontraceptivnih sredstava i metoda odnosno neupotrebi kontracepcije su preuzete iz američkih istraživanja u nedostatku takve vrste podataka za našu sredinu (Jacqueline D. Forrest, "Factors Contributing To Use-Effectiveness", in *Prevention and Treatment of Contraceptive Failure*, edited by Uta Landy and S.S. Ratman, Plenum Press, New York, London, 1986 i Susan Harlap, Kathryn Kost and Jacqueline Darroch Forrest, *Preventing Pregnancy, Protecting Health: A New Look at Birth Control in the United States*, The Alan Guttmacher Institute, New York, 1991). Posebno su procenjene verovatnoće začeća pri upotrebi C filma i laktacije pošto su one nedostajale u citiranim radovima.

Veća upotreba kontracepcije uopšte i veće opredeljenje za upotrebu efikasne kontracepcije neposredno po iskustvu neželjenje trudnoće i indukovanog abortusa svakako je pozitivna promena, jer bi njeni efekti bili značajni. To potvrđuje procena mogućeg broja neplaniranih trudnoća u periodu od dvanaest meseci na osnovu upotrebe kontraceptivnih sredstava i metoda pre i posle prekida trudnoće (tabela IV 18). Prema ovoj proceni, izmenjeno kontraceptivno ponašanje posle abortusa bi uslovalo da se broj neplaniranih trudnoća smanji od 125 na 69 ili za 55,2%. Medjutim, vremenski period je suviše kratak da bi se kontraceptivno ponašanje stabilizovalo. Otvoreno je pitanje koliko su žene svesne važnosti satlne upotrebe izabrane kontracepcije kao i kakve će psihološke reakcije biti na pilulu, spiralu, prezervativ.

Doživljaj abortusa kao iskustva

Iznenadjuje da nešto više od trećine žena dva meseca po namernom prekidu trudnoće doživljava abortus kao jedno obično iskustvo (pitanje broj 4, tabela IV 19). Mnoge od njih su osetile potrebu i da obrazlože svoju ocenu osećajući da je nedovoljno razumljiva i društveno neprihvatljiva. Najčešće žene podvlače da abortus doživljavaju kao obično iskustvo jer su udate. Ostala obrazloženja se svode na poredjenje abortusa i kontracepcije, prvog abortusa i abortusa višeg reda kao i ličnog ponašanja sa ponašanjem žena iz svoje okoline. Citiraćemo karakteristična razmišljanja:

"Obično iskustvo. Rekla sam ti da sam udata žena", (inženjer elektrotehnike, 33 godine, jedan abortus);

"Mislim da je manje štetan od kontracepcije. Abortus je moj svestan izbor", (patronažna sestra, 43 godine, četiri abortusa);

"Obično iskustvo. Posle prvog prekida trudnoće teško ti je, zatim više ne razmišljaš", (radnica, 29 godina, sedamnaest abortusa);

"To je iskustvo kroz koje prodje svaka žena pa i ja. Ne treba od toga praviti tragediju", (vlasnik radnje za proizvodnju bonbona, 39 godina, tri abortusa);

Žene sa dva i više abortusa tri puta češće doživljavaju abortus kao obično iskustvo. Svaka sedma žena koja prvi put prekida trudnoću na ovaj način ocenjuje svoje iskustvo. Otvoreno je pitanje koliko je retrospektivno ocenjivanje abortusa kao običnog iskustva jedan od načina da se izadje iz stresne situacije kao što je namerni prekid trudnoće ili postoje žene za koje abortus ne pretstavlja stresni događaj.

Važan faktor u razrešenju abortusnog iskustva nije odsustvo ambivalentnih ili negativnih emocija već sposobnost savladjivanja

osećanja vezanih za namerni prekid trudnoće. Svaka šesta žena (24,0% žena sa jednim i 14,7% žena sa dva i više abortusa u reproduktivnoj istoriji) je razlučila emotivne konflikte stresnog

Tabela IV 19.
Doživljenje abortusa kao iskustva

	Ukupno	Broj namernih abortusa	
		jedan abortus	dva i više abortusa
Broj žena	328	104	224
To je bilo obično iskustvo.	124	15	109
Teško iskustvo ali sam naučila mnogo.	58	25	33
Teško iskustvo. Nisam naučila ništa.	46	10	36
Iskustvo je još uvek bolno. Često mislim o tome.	48	23	25
Iskustvo je bilo uznemirujuće. Ne želim da mislim o tome.	52	31	21
Struktura (u%)	100,0	100,0	100,0
To je bilo obično iskustvo.	37,8	14,4	48,7
Teško iskustvo ali sam naučila mnogo.	17,7	24,0	14,7
Teško iskustvo. Nisam naučila ništa.	14,0	9,6	16,1
Iskustvo je još uvek bolno. Često mislim o tome.	14,6	22,1	11,2
Iskustvo je bilo uznemirujuće. Ne želim da mislim o tome.	15,9	29,8	9,4

dogadjaja kao što je indukovani abortus razmišljajući o ovom vidu kontrole radjanja kao teškom iskustvu putem koga se mnogo nauči. Mnogima je namerni prekid trudnoće pružio mogućnost da otkriju

sopstvenu ličnost (svoje osobine, potrebe, prioritet tih potreba) kao i da bliže upoznaju ličnost partnera, shvate međusobni odnos i dožive svoje okruženje. Redje žene navode da je indukovani abortus promenio njihove stavove o kontroli radjanja i kontraceptivno ponašanje. Citiraćemo odgovore koji se izdvajaju osobenošću razmišljanja:

"Teško iskustvo. Nisam tako sposobna za život kao što sam mislila", (student kriminalistike, 22 godine, jedan abortus);

"Teško je svaki put. Naučiš da si u teškoj situaciji uvek sam", (radnica u restoranu, 27 godina, dva abortusa);

"Teško ali naučiš mnogo o sebi, o društvu u kome živimo, muškarcima, lekarima", (student veterine, 24 godine, dva abortusa);

"Teško je uvek. Otkrila sam da sam stalno i stalno ista budala. Pravim iste greške. Naučiću ćerku da se drugačije postavi u životu", (sekretar organa uprave, 41 godina, četiri abortusa);

"Teško iskustvo. Naučila sam da nisam uopšte emancipovana kao što sam mislila", (učenica, 18 godina, jedan abortus);

"Teško iskustvo. Mnogo sam naučila. Gospodarim svojim životom. To je lep osećaj", (mikrobiolog, 33 godine, dva abortusa);

"Kako da nije teško iskustvo. Naučila sam da mogu biti i ubica i to sopstvenog deteta", (ekonomski tehničar, 36 godina, jedan abortus);

"Teško iskustvo. Naučila sam o mnogo o sebi: da sam neozbiljna i da sam kao noj koji zabije glavu u pesak i čeka posledice", (asistent na fakultetu, 25 godina, jedan abortus);

"Grozno teško iskustvo. Naučila da sam neuništiva a mislila sam da sam slaba. Žene su jake, svašta mogu da prežive", (daktilograf, 35 godina, dva abortusa);

"Teško ali naučiš kako si jak i dovoljan sam sebi", (laborant, 24 godine, jedan abortus);

"Teško iskustvo. Naučila sam kako debelu kožu imam", (bankarski službenik, 37 godina, tri abortusa);

"Teško ali sam naučila o sebi, kakva sam, kako reagujem u

teškim situacijama. Život mi je do sada tekao bez problema", (knjigovodja, 40 godina, jedan abortus);

"Teško ali sam valjda nešto naučila čim sam počela da koristim tablete", (daktilograf, 35 godina, jedan abortus);

"Teško iskustvo. Naučila sam da sam nepopravljiva i da očigledno ništa ne znam o čuvanju i da moram da idem po savet kod ginekologa", (viši medicinski terapeut, 34 godine, četiri abortusa);

"Užasno teško iskustvo. Mnogo sam naučila a pre svega da nikada više sebe neću dovesti u ovakvu situaciju. Mislila sam da mi neće toliko teško pasti jer sam udata. Medjutim, lakše je ženama koje nemaju decu. Mi što imamo decu mnogo više patimo", (medicinska sestra, 24 godine, dva abortusa).

Kod oko 45% žena i dva meseca po namernom prekidu trudnoće su prisutne nerazjašnjene emotivne reakcije vezane za abortus. Psihološka trauma je različitog stepena. Abortus se retrospektivno doživljava kao teško iskustvo ali bez sazajnih tragova (14,0%), bolno iskustvo na koje se često misli (14,6%) ili, pak, kao iskustvo koje je bilo do te mere uznemirujuće da se ne želi razmišljati o njemu (15,%). Gotovo dva puta češće prethodni namerni prekid trudnoće ostavlja nerazrešene psihološke reakcije kod žena kojima je to bio prvi abortus. One češće doživljavaju abortus i kao bolno i kao uznemiravajuće iskustvo na koje ne žele da misle. Bitno je, medjutim, podvući da neku vrstu psihološke traume na poslednji prekid trudnoće ima više od trećine žena sa dva i više namerna abortusa u reproduktivnoj istoriji. Navešćemo karakteristične odgovore za sve tri grupe doživljavanja abortusnog iskustva:

"Preživela sam. Teško. Nikad ništa ne naučim", (nezaposleni ekonomista, 28 godina, šest abortusa);

"Svaki put je užasno bolno. Uvek ću se sećati svojih abortusa. Znam sve datume", (inžinjer saobraćaja, 35 godina, tri abortusa);

"Verujte svaki prekid trudnoće je bolno iskustvo. I svaki mi

oduzme deo iluzija o meni samoj. Često mislim na poslednji prekid. Osećam se prazno, boli me to što sam uradila", (slobodni umetnik, 36 godina, dva abortusa);

"Bolno iskustvo. Osećaj da sam učinila nešto loše će me dugo pratiti. Mislim da sam bila sebična. Da sam rodila dete možda bi mi bilo teško da ga podižem ali verujem da bi se ipak stvorili osnovni uslovi i da bih ga nekako mogla podići ali sad je kasno", (student socijologije, 23 godine, jedan abortus);

"Uznemirena sam, ponižena. Ne smem da mislim na abortus", (tehnički sekretar, 35 godina, tri abortusa);

"Osećam se kao životinja. Ne smem ni da mislim na abortus", (student prava, 26 godina, tri abortusa).

Rezultati ovog dela ankete pokazuju da se namerni prekid trudnoće različito doživljava ali dominira dubok doživljaj koji ostavlja tragove. Abortus nije izbor atipičnih žena, već češće iskustvo prosečne žene koja nije ni nezavisna ni individualista niti emotivno neuznemirena svojom odlukom. Neposredno po prekidu trudnoće žena je suočena sa svojim unutrašnjim bićem, biološkom ulogom kao i sa mnogodimenzionalnošću abortusnog događaja. Žena je usamljena u tom doživljavanju i pomoć joj je definitivno nužna. Utoliko pre što vremenom tragovi gube svoju snagu, žena ponovo dolazi u istu situaciju, krug se nastavlja.

V ZAKLJUČNA RAZMATRANJA

Namerni prekid trudnoće je u dugom vremenskom razdoblju bio dominantan metod kontrole radjanja u Srbiji bez pokrajina. Sa širenjem kontracepcije njegov značaj je počeo da opada. No i pored ove pozitivne tendencije, broj abortusa i apsolutno i relativno posmatran pokazuje da se veći broj žena pretežno a jedan broj čak isključivo oslanja na ovaj metod kontrole radjanja. Treba još naglasiti da namernom prekidu trudnoće pribegavaju u manjoj ili većoj meri sve žene, nezavisno od starosti, obrazovanja, zanimanja, bračnog statusa i drugih socijalnih, psiholoških i kulturnih karakteristika. Trudnoća se prekida i rano i često i kada radjanje nije otpočelo i posle većeg broja abortusa. Reč je o fenomenu koji predstavlja vrlo ozbiljan društveni problem. Na to ukazuje dvostruko veći broj abortusa nego radjanja dece kao i činjenica da je tranzicija abortusa u Srbiji bez pokrajina zakasnela i spora.

Važno je, medjutim, istaći da su neke od bitnih karakteristika namernog prekida trudnoće izmenjene i to u pozitivnom smislu. Najpre, ilegalni abortusi su gotovo odstranjeni u praksi, čime je ispunjen važan preduslov o smanjenu rizika za zdravlje i život žene. Drugi važan preduslov koji podrazumeva prekid trudnoće u optimalnoj gestacionoj starosti, takodje, je ostvaren. Ove promene su uticale na smanjene komplikacija i, naročito, smrtnosti usled prekida trudnoće. No i pored toga nivo komplikacija i mortaliteta

prouzrokovanih abortusom u Srbiji bez pokrajina je umereno visok u poredjenju sa razvijenim zemljama.

Veliki broj namernih prekida trudnoće u Srbiji bez pokrajina postoji uprkos napredku tehnologije i nauke koji je ponudio nova sredstva i metode kontrole radjanja, objektivno gledano mnogo prihvatljivijih. Ova protivrečnost nameće više pitanja medju kojima je najvažnije zašto se žena pri izboru metoda i sredstava kontrole radjanja ne oslanja na savremena naučna dostignuća.

Vrlo bitan elemenat složene determinističke osnove problema abortusa je nedovoljno znanje žena o fiziologiji prokreacije, kratkoročnim i dugoročnim rizicima namernog prekida trudnoće i kontracepciji (vrstama, pravilnoj upotrebi, propratnim efektima, prednostima, efikasnosti).

Rezultati anketnog istraživanja jasno su pokazali da većina žena ne zna ništa bliže o ovim temama. Nedostaju i elementarna znanja kao i poznavanje pojava sa kojima se žena stalno susreće i sudara. Zbunjuje prisustvo tradicionalnih verovanja i stavova. Bitno je istaći visoku odredjenost žena. One jednostavno nisu svesne svog neznanja ili su razočarane u ranije pokušaje da saznaju nešto više i dublje. To su i razlozi da žene same, spontano konstruišu sopstvene teorije koje često zadivljuju maštom a plaše dubinom neznanja, mogućim emocionalnim neprihvatanjem elemenata koji se saznaju, izvorima i putevima saznanja. Prvo negativno iskustvo, sopstveno ili tuđe, sa nekim oblikom kontracepcije se generalizuje i uključuje kao važna dimenzija saznanja. Jednom naučivši nešto, spontano, bez razumevanja, ne proverava se. Nameće se uniformnost netačnih odgovora. Mnogo žena na isti način, čak istim rečima razmišlja. U tom smislu ilustrativan je primer shvatanja o destruktivnom delovanju pilule u telu žene. Sem toga neshvatljiva je zatvorenost jednog broja žena prema novim saznanjima. Obrazovanje jeste faktor koji determiniše razlike u nivou znanja ali ne u onoj

meri u kojoj bi to moralo da čini. Malo znaju žene koje prekidaju trudnoću i one sa najvišom školskom spremom i žene u čije obrazovanje po prirodi stvari spada i ova vrsta znanja.

Iz više nalaza ovog istraživanja izdvaja se ne samo nedovoljno znanje već i nedovoljni opšti, zdravstveni i seksološki kulturni nivo oba partnera kao bitan uzrok problema abortusa. Većina muškaraca, na primer, je izvan kontrole radjanja. Takodje, mnogo žena i muškaraca pogrešno shvata prevenciju. Oni insistiraju na štetnosti kontracepcije po zdravlje, to jest na kontracepciji kao uzroku bolesti i zato se oslanjaju na abortus. Neosećajući da je orijentacija ka preventivi začeća jedan od bitnih preduslova zdravog načina života.

Psihološke barijere za upotrebu kontracepcije su, takodje, važan uzrok velikog broja abortusa. U uslovima podjednake dostupnosti obe alternative, za žene kontracepcija nije logično rešenje dileme o vidu kontrole radjanja. One doživljavaju abortus kao ravnopravno rešenje koje ih u celini uzev čak manje psihološki opterećuje. Štetnost po zdravlje je daleko najznačajnija komponenta koja deluje na formiranje psihološke cene kontracepcije. Ostale bitne komponente su doživljavanje kontracepcije kao obavezujuće, neprirodne, iritirajuće i zato neprijatne, zatim komplikovanost primene i izvor sukoba sa partnerom.

Psihološko neprihvatanje kontracepcije pokazuje vrsta kontracepcije koja se koristi i koja se koristila, dužina upotrebe i naročito razlozi koji su doveli do odustajanja od pojedinih kontraceptivnih sredstava. Izuzetno mali broj žena koristi prezervativ, hemijska kontraceptivna sredstva, pilulu i spiralu i relativno mali broj žena ima iskustva sa kontraceptivnim sredstvima. Većina razloga koji žene ističu kao bitne za odustajanje od različitih kontraceptivnih sredstava su subjektivne i psihološke prirode. Činjenica je da se mnogi razlozi se ne mogu objektivizirati niti

prihvatiti kao objektivni. Direktno ili indirektno, strah od mogućih konsekvenci upotrebe dominira kada je reč o piluli ili spirali. Lista razloga sadrži i one koji mogu biti placebo reakcija kao i one koji su maska ambivalentnosti vezane za seksualni identitet, seksualnu potenciju, seksualne želje i zahteve kao i nedefinisana osećanja o sopstvenoj reprodukciji. Jedan broj žena odustaje od kontracepcije jer je to najlakši put da se izbegne rešavanje seksualnih konflikata sa partnerom. Veliki psihološki otpor postoji prema modernim i tradicionalnim sredstvima, prema efikasnim i manje efikasnim sredstvima i prema mehaničkim i hemijskim sredstvima. Žene kao da insistiraju na idealnoj kontracepciji, bez rizika i nedostataka.

Jedina preventivna mera koja se prihvata bez otpora je coitus interruptus. To je kontraceptivni metod sa kojim mnogo žena počinje zaštitu u fertilnom dobu i koji najduže koristi tokom tog perioda. Može se konstatovati da je ovaj tradicionalni i neefikasan metod kontrole radjanja u velikoj meri inkorporiran u sistem vrednosti. Coitus interruptus je postao prirodni deo seksualnog odnosa. Psihološko opterećenje, psihološka cena upotrebe coitus interruptusa je mala. On se doživljava kao metod koji nije štetan po zdravlje. Takodje, kontakt sa lekarom nije preduslov njegovog korišćenja. Izbegava se fundamentalni konflikt između seksualnosti i tehnologije. Izbor coitus interruptusa ne izaziva ni sukob sa muškim partnerom već podržava aktivnu seksualnu ulogu muškarca. Izbor neefikasne kontracepcije odgovara ličnostima koje su pasivne, čije psihološko funkcionisanje karakteriše iščekivanje, prepuštanje, vraćanje u istu situaciju i krug događanja kao i ponavljanje grešaka.

Psihološki otpor modernoj i efikasnoj kontracepciji nije samo karakterističan za žene. Ne mali broj neželjenih trudnoća nastaje jer muškarci izbegavaju da učestvuju u donošenju odluke o vidu kontrole radjanja prepuštajući ženi da je donese što najčešće

podrazumeva i da posledicu te odluke sama snosi. Takodje, mnogo muškaraca se zalaže samo za ženska kontraceptivna sredstva što upućuje na razmišljanje o ulozi psihološke cene u ovakvom stavu. Znatan broj muškaraca je i direktno protiv upotrebe kontracepcije. U objašnjenjima dominiraju razlozi koji su, pre svega, racionalizacija psihološkog otpora.

Važan uzrok velikog broja abortusa u Srbiji bez pokrajina je i nedostatak organizovanog i sistematskog društvenog uticaja u ovoj sferi.

Liberalizacija abortusa je nastala u vreme pada nataliteta i sasvim skromnog prisustva pojedinih modernih kontraceptivnih sredstava. Uvodjenje pilule, spirale i sterilizacije je teže u uslovima kada sloboda pristupa abortusu dugo postoji. Inercija je bitan faktor ponašanja i u kontroli radjanja. Istovremeno, pravno regulisanje namernog prekida trudnoće nisu pratili odgovarajući programi za planiranje porodice. Pravoslavlje je liberalno uopšte a njegovo odredjenje prema problemu planiranja porodice je veoma liberalno. Seksualna edukacija nije postala prirodni deo odrastanja u porodici kao ni sastavni deo školskih programa. Teme vezane za seksualni život i kontrolu radjanja površno dotiče štampa i o njima se raspravlja u krugu prijatelja.

Stavovi žena o ostvarivanju uspešnog kontakta sa savetovalištem za kontracepciju otkrivaju koliko su žene dezorijentisane i ostavljene same sebi i koliko im nedostaje profesionalni odnos i pomoć. Žene ne samo da su svesne sukoba na relaciji ona-savetovalište za kontracepciju već intuitivno iznose niz sugestija prihvaćenih kao rešenja u okviru programa za planiranje porodice drugih zemalja.

Dugo trajanje velikog broja namernih prekida trudnoće u Srbiji bez pokrajina ukazuje na brojne i stabilne faktore koji prouzrokuju ovu pojavu. Polazeći od ovih uslova i uvažavajući dosadašnju sporost

tranzicije abortusa, po svemu sudeći problem velikog broja namernih prekida trudnoće bi će još duže vreme prisutan. Šire gledano više varijanata je moguće.

Prva varijanta predpostavlja radikalno povećanje broja namernih prekida trudnoće. U Francuskoj je u punoj komercijalnoj upotrebi oralna i vaginalna abortusna pilula, RU-486. Imajući u vidu popularnost koju stiče ovaj fizički i psihički manje traumatski metod, može se opravdano pretpostaviti da bi se njegovim uvodjenjem, u sredini gde namerni prekid trudnoće dugo egzistira, povećao broj abortusa. Takodje, na povećanje broja abortusa može uticati porast broja abortusa medju adolescentima. Takav trend adolescentnih abortusa je registrovan u Zapadnoj Evropi i SAD i smatra se duboko uslovljenim.

Druga varijanta predpostavlja radikalno smanjenje broja namernih prekida trudnoće. Ona se zasniva na mogućnosti stvaranja vakcine protiv začeca na čemu se dugo radi. Ova se hipoteza čini najmanje verovatnom jer rešenja sličnih karakteristika kao što je intrauterina spirala nisu široko prihvaćena. Daleko od eksperimentalne faze su i pokušaji stvaranja muške kontraceptivne pilule i kontraceptivne pilule koja bi se jednom mesečno upotrebljavala. Njihovo prihvatanje u našoj sredini se čini još manje verovatnim.

Najviše šanse ima varijanta koja predpostavlja nastavak započete tendencije blagog pada broja namernih prekida trudnoće. Ovaj pad može biti manje ili više spontan što bi značilo da će tranzicija abortusa, uvažavajući sporost spontanih promena, dugo trajati. Ostaje, pak, mogućnost da država problemu velikog broja abortusa posveti znatno veću pažnju nego što je to činila do sada. To predpostavlja institucionalizovanje planiranja porodice u smislu savremenog koncepta i uvodjenje operativnog programa. Od mogućnosti i spremnosti države da rešava ozbiljan problem abortusa, zavisiće

dužina njegovog trajanja.

Nalazi ovog rada i iskustva drugih zemalja nameću više pravaca mera za rešavanje problema namernog prekida trudnoće. Osnovni je širenje odgovarajućih znanja o kontracepciji i abortusu. Insistira se na znanju jer je ono nesumnjivo značajan činilac pri uspostavljanju određenog sistema vrednosti, formiranja stavova, stvaranju motivacije kao i važan faktor u procesu odlučivanja. Širenje znanja treba da bude celovito, sistematsko, pravovremeno, temeljno. Pre svega, tokom socijalnog i kulturnog formiranja ličnosti putem procesa identifikacije, imitacije i instrumentalnog rešenja. Bitna je seksualna edukacija na svim obrazovnim nivoima. Nikako formalna i tehničke prirode. Televizija, čija je moć u promovisanju ponašanja poznata, ima važnu ulogu u procesu širenja znanja. Štampa, takodje. Ali objektivno, činjenično, stručno i provokativno informisanje. Bitnu ulogu imaju i lekari. Ne samo ginekolozi već i lekari opšte prakse, internisti i pedijatri. Lekare i ostalo medicinsko osoblje često karakteriše pasivnost, različite inhibicije kao i sopstveno znanje nenadomešteno novim saznanjima. Nalazi sprovedenog istraživanja pokazuju koliko žene očekuju od lekara, koliko žele da lekar bude izvor njihovih novih saznanja ali, takodje, i koliko ih strah, nelagoda, stid blokira da one budu inicijator razgovora i da traže odgovor na sopstvene dileme.

Pored širenja znanja potrebno je stvaranje i ostalih bitnih uslova za primenu efikasne kontracepcije. Pravna regulativa sterilizacije, na primer. Tubalna ligitacija je jasan potencijal za smanjenje broja namernih prekida trudnoće i naročito broja abortusa višeg reda. Takodje, izvlačenje muškarca iz defanzive, promocija njegove odgovornosti i stimulisanje upotrebe i dostupnosti muških kontraceptivnih sredstava. Zatim, poboljšanje sistema usluga vezanih za kontracepciju poštujući potrebe žena. To podrazumeva kontinuiranu snabdevenost svim kontraceptivnim sredstvima i

odgovarajuću organizacionu infrastrukturu. Osnovna jedinica je svakako savetovalište za kontracepciju u kome svaka žena treba da dobije neophodnu pomoć od informacije i saveta do profesionalnog rešenja u atmosferi poverenja. Prema nalazima ovog istraživanja posebne, ciljne grupe su adolescenti, manje obrazovane žene, domaćice i radnice, žene odrasle u malom mestu, žene sa niskim skorom na skali lične efikasnosti i naročito žene koje su imale namerni prekid trudnoće, odnosno žene koje su imale abortus kao adolescentkinje.

Žene su veoma motivisane i spremne da promene kontraceptivno ponašanje neposredno posle namernog prekida trudnoće. Svest o potrebi promene ponašanja se radja u sudaru sa unutrašnjim bićem, biološkom ulogom kao i emotivnim i moralnim doživljenjem abortusnog događaja. Medjutim, takva vrsta svesti je po svemu sudeći slabašna da i stvarno promeni ponašanje u neposrednoj budućnosti. Zbog toga se duboko nameće potreba razgovora sa lekarom o svim relevantnim pitanjima u postabortusnoj fazi, pre nego što žena postane pasivna, vrati se u isti krug događanja i ponovi grešku.

LITERATURA

"Abortion in France: before and after the 1974 Act", *Entre Nous*, Number 12, October 1988.

"Abortion: Legal and Ethical Issues", *Fact Sheet*, July 1986.

Akter Halida, Melinda Flock and George Rubin, "Safety of abortion and tubal sterilization performed separately versus concurrently", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Volume 152, Number 6, July 1985.

Ananijević-Pandey Jordanka, "Evaluacija planiranja porodice u zdravstvenoj službi i značaj savetovališta za kontracepciju u Srbiji van SAP 1978 godine", *Zdravstvena zaštita*, godina X, broj 10, 1981.

Andolšek Lidija, A. Pretnar, M. Oven, "Neposredne i rane komplikacije posle legalnog pobačaja", *VII kongres ginekologa-opstetičara Jugoslavije*, Zbornik radova, Galenika, Beograd, 1972.

Andolšek Lidija, Ljiljana Randić i Dušan Breznik, "Socijalni, medicinski i demografski aspekti planiranja porodice u SFRJ", *X kongres ginekologa-opstetičara Jugoslavije*, Zbornik radova, Srpsko lekarsko društvo, Beograd, 1972.

Andolšek Lidija (editor), *The Ljubljana Abortion Study 1971-1973*, National Institutes of Health Center for Population Research, Md., Ljubljana, 1974.

Andolšek Lidija, "Sequelae of abortion", in *Regulation of Human Fertility*, edited by E. Diczfalusy, Copenhagen, 1977.

Andolšek Lidija, "Problemi regulacije fertilitnosti u maloletnica", Zbornik radova, *Prvi simpozijum adolescentne ginekologije*, Beograd, 1977.

Andolšek Lidija i Alenka Pretnar, "Umjetni prekid trudnoće u regulaciji fertiliteta", *Jugoslovenska ginekologija i opstetricija*, volumen 21, broj 1-2, 1981.

Andolšek Lidija, "Pelvične upale kao problem u regulaciji fertiliteta", *VII jugoslovenski simpozijum o aktuelnim problemima u fertilitetu i sterilitetu*, Zbornik radova, Matica Srpska, Novi Sad, 1984.

Andolšek Lidija i Alenka Pretnar, "Ginekolozi i populaciona politika", *XXXIII ginekološko-akušerska nedelja*, Zbornik radova, Srpsko lekarsko društvo, Beograd, 1989.

Andorka Rudolf, "Lessons from Studies on Differential Fertility in Advanced Societies", in *Determinants of Fertility Trends: Theories re-examined*, edited by Charlotte Hohn and Rainer Mackensen, IUSSP, Ordina editions, Liege, 1980.

Antonovski Ljubomir, "Medicinski aspekt artificijalnog abortusa u Jugoslaviji", u *Fertilitet stanovništva i planiranje porodice u Jugoslaviji*, Institut društvenih nauka, Centar za demografska istraživanja, Beograd, 1982.

Antonovski Ljubomir, "Reproduktivno ponašanje urbane populacije žena došlih na kliniku radi artificijalnog abortusa", *Stanovništvo*, Broj 1-4, 1984-1985.

Atrash Hany, Trent MacKay and Nancy Biukin, "Legal abortion mortality in the United States: 1972 to 1982", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Volumen 156, Number 3, 1987.

Atrash Hany, Theodore Cheek and Carol Hogue, "Legal abortion mortality and general anesthesia", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Volume 158, Number 6, September 1988.

Avdeyev Alexandre and Irina Troitskaya, *Contraception and abortion in the USSR: experience of 1980s*, European Population Conference, Paris, 21-25 October, 1991.

Avramov Dragana, *Tranzicija fertiliteta i populacione politike u Evropi*, doktorska disertacija, Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu, 1990.

Baehr Ninia, *Abortion without apology: a radical history for the 1990s*, South end Press, Boston, 1990.

Banderly Beryl Lieff, *Thinking about abortion*, Dial Press, New York, 1984.

Bardwick Judith, *Psychology of Woman*, Harper and Row, New York, 1971.

Bardwick Judit, "Psychological Factors in the Acceptance and Use of Oral Contraceptives", in *Psychological Perspectives on Population*, edited by Fawcett James, Basic Books, New York, 1973.

Barišić Bojana, "Značenje informacije o korišćenju metoda kontracepcije i stav žena o načinu informisanja", *Stanovništvo*, broj 1-2, 1970.

Barrett Jeffrey, Frank Boehm and Allen Killam, "Induced abortion: a risk factor for placenta previa", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Volume 141, Number 7, December 1981.

Basta Ljubica, *Analiza kretanja pobačaja u SFRJ*, Savezni zavod za zdravstvenu zaštitu, Beograd, (umnoženo).

Batchelor Edward (editor), *Abortion - The Moral Issues*, Pilgrim Press, New York, 1982.

Beneditt John, "Second-Trimester Abortion in the United States", *Family Planning Perspectives*, Volume 11, Number 6, November/December 1979.

Berer M., *Abortion in Europe from a woman's perspective*, UNFPA, WHO, IPPF Conference From abortion to contraception, Tbilisi, 10-13 October, 1990.

Berić Berislav, "Pobačaji kao dinamička funkcija socijalno-ekonomskog i biološkog kretanja", *Zbornik radova, Deveta ginekološko-akušerska nedelja*, Srpsko lekarsko društvo, Beograd, 1965.

Berić Berislav i saradnici, "Socijalno-medicinski aspekti populacione politike u SR Srbiji", *X kongres lekara SR Srbije*, Galenika, Beograd, 1988.

Berić Berislav i Nila Kapor-Stanulović, *Psiho-socijalne varijable /ne/prihvatanja planiranja porodice*, Srpska akademija nauka i umetnosti, Problemi populacione politike u Srbiji, 9 februar 1988, Beograd.

Berić Berislav, "Principi, ciljevi, zadaci i predlozi mera i aktivnosti u oblasti integralnog planiranja porodice u SAP Kosovu", u *Demografski razvoj i polpaciona politika SAP Kosovo*, urednik Dragana Avramov, Centar za demografska istraživanja, Institut društvenih nauka, Beograd, 1988.

Berić Berislav, "Prilog istoriji akušerstva i ginekologije u Srbiji 1914-1945", *Zbornik radova, Trideset druga ginekološko-akušerska nedelja*, Srpsko lekarsko društvo, Beograd, 1989.

Berman Lana, "Supposing it hurt me too?", *Family Planned Parenthood in Europe*, Number 3, 1986.

"Birth Control and Religion", *Fact Sheet*, July 1986.

Blayo Chantal, "L'avortement en Europe", *Espace-Populations-Societes*, No. 2, 1989.

Blayo Chantal, *Conceptions, avortements, naissances dans les differents pays d'Europe*, European Population Conference, Paris, 21-25 October 1991.

Bocev J., "Neposredni i rani komplikacijii po abortus artificijalis", *Zbornik radova, II kongres ginekologa i akušera Jugoslavije*, Beograd, 1972.

Bongaarts John, *The KAP-Gap and the Unmet Need for Contraception*, The Population Council, Working Papers, Number 23, 1991.

Bourne Rooks Judith and Willard Cates, "Emotional Impact of D&E vs. Instillation", *Family Planning Perspectives*, Volume 9, Number 6, November/December 1977.

Breznik Dušan, Angelina Mojić, Miroslav Rašević i Miroljub Rančić, *Fertilitet stanovništva u Jugoslaviji*, Institut društvenih nauka, Centar za demografska istraživanja, Beograd, 1972.

Breznik Dušan, "Demografski aspekti planiranja porodice", *VII kongres lekara*, Zbornik radova, Srpsko lekarsko društvo, 1976.

Breznik Dušan i saradnici, *Fertilitet stanovništva i planiranje porodice u Jugoslaviji*, Institut društvenih nauka, Centar za demografska istraživanja, Beograd, 1980.

Bruce Judit, "Quality: the key to success", *People*, Volumen 17, Number 3, 1990.

Buehher James et al., "The risk of serious complications from induced abortion: Do personal characteristics make a difference?", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Volume 153, Number 1, 1985.

Buekens P. et al., "Blood testing before prescribing oral contraception in Africa", *Lancet*, Number 2, 1988.

Burkman Ronald, Karen Mason and Ellen Gold, "Ectopic pregnancy and prior induced abortion", *Contraception*, Volumen 37, Number 1, 1988.

Callahan Daniel, *Abortion Low, Choice and Morality*, Macmillan Publishing Co., New York, 1970.

Callahan Daniel and Sidney Callahan, *Abortion, Understanding Differences*, Plenum Press, New York, London, 1984.

Callahan Daniel, "Abortion Decisions: Personal Morality", in *Social Ethics*, edited by Thomas Mappes and Jane Zembaty, McGraw-Hill Book Company, New York, 1987.

Cates Willard and Christopher Tietze, "Standardized Mortality rates Associated with Legal Abortion: United States, 1972-1975", *Family Planning Perspectives*, Volume 10, Number 2, March/April 1978.

Cates I., D. Grimes, *Abortion and Sterilization: Medical-Social Aspects*, New York, 1981.

Cates Willard, "Legal Abortion: The Public Record", *Science*, Number 215, March 1985.

Cheetham Juliet, *Unwanted pregnancy and counselling*, Routledge and Kegan Paul, London, 1977.

Chen A. J., S.L. Ling et all, "Legalized Abortion: The Singapore Experience", *Studies in Family Planning*, Volume 16, Number 3, May/June 1985.

Chibalonza Kashwantale and Jane Bertrand, "Attitudes toward Tubal Ligation among Acceptors, Potential Candidates, and Husbands in Zaire", *Studies in Family Planning*, Volume 20, Number 5, 1989.

Cleland Johan and Chris Scott, *World Fertility Survey*, International Statistical Institute, Oxford University Press, 1987.

Cliquet Robert and R. Schoenmaeckers, *From Incidental to Planned Parenthood*, Interuniversity Demographic Institute, Population and Family Study Centre, Leiden, 1976.

Cliquet Robert, *Attitudes on values and norms with respect to family size variation*, C.B.G.S. - werkdokumental nr. 42, 1987.

Cliquet Robert, "The second demographic transition: fact or fiction?", *Population studies*, Number 23, 1991.

Coale Ansley, "The Voluntary Control of Human Fertility", *Proceedings of the American Philosophical Society*, Volume 11, Number 3, 1967.

Coale Ansley, "Factors associated with the development of low fertility: an historic summary", *Proceeding of the World Population Conference Beograd 1965*, United Nations, New York, 1967.

Coeytayx Francine, "Induced Abortion in sub-Saharan Africa: What We Do and Do Not Know", *Studies in Family Planning*, Volume 19, Number 3, May/June 1988.

"Complications of Abortion in Developing Countries", *Population Reports*, Series F, Number 7, July 1980.

Condit Celeste Michelle, *Decoding abortion rhetoric: communicating social change*, University of Illinois Press, Urbana, 1990.

"Condoms - Now More Than Ever", *Population Reports*, Series H, Number 8, September 1990.

"Content and process in fertility decisions: a psychosocial perspective", *Fertility and Family*, Proceedings of the Expert Group on Fertility and Family, New Delhi, 5-11 January United Nations, New York, 1984.

"Contraception and Ectopic Pregnancy", *Out Look*, Volume 6, Number 3, September 1988.

Cook Rebecca and Bernard Dickens, "International developments in abortion laws: 1977-1988", *IPPF Medical Bulletin*, Volumen 23, Number 4, August 1989.

Cook Rebecca, *From abortion to reproductive health: the role of the low*, UNFPA, WHO, IPPF Conference From abortion to contraception, Tbilisi, 10-13 October 1990.

Council of Europe, *Exchange of Views on Opinions and Attitudes with Regard to Demographic Problems in the Member States of the Council of Europe*, Strasburg, 1986.

"Counseling Makes a Difference", *Population Reports*, Series J, Number 35, November 1987.

Cvejić-Jančić Olga, "Legalni aspekti planiranja porodice", u *Prirodni priraštaj u SAP Vojvodini i faktori koji na njega utiču*, Medicinski fakultet, Novi Sad, 1988.

David Henry, *Family Planning and Abortion in the Socialist Countries of Central and Eastern Europe*, The Population Council, New York, 1970.

David Henry, *Abortion Experience*, Harper and Row, New York, 1973.

David Henry (editor), *Abortion Research: International Experience*, Transnational Family Research Institute, Lexington Books, Washington D.C., 1974.

- David Henry, "The Abortion Decision: National and International Perspectives", *Abortion Parley*, edited by James Tunstead Burtchaell, A Universal Press Company, New York, Washington, 1980.
- David Henry, Niels Rasmussen and Erik Holst, "Postpartum and Postabortion Psychotic Reactions", *Family Planning Perspectives*, Volume 13, Number 2, March/April 1981.
- David Henry, *Induced Abortion: Psychosocial Aspects*", Transantional Family Research Institute, Springer, New York, 1983.
- David Henry, Zdenek Dytrych, Zdeenk Matejcek and Vratislav Schuller, *Born Unwanted: Developmental Effects of Denied Abortion*, Springer Publishing Company, Avicenum Medical Press, New York, Prague, 1988.
- David Henry, "Pronatalist Experience in Europe", *Planned Parenthood in Europe*, Volumen 18, Number 2, Winter 1989.
- David Henry, *Methodological Realities in Service Oriented Abortion Research*, The Population Council, Seminar on Abortion Research Methodology, New York, December, 1989.
- David Henry, *Abortion in Europe: a public health perspective*, UNFPA, WHO, IPPF Conference From abortion to contraception, Tbilisi, 10-13 October 1990.
- David Henry, Janine Morgall, Mogens Osler, Niels Rasmussen and Brigitte Jansenall, "United States and Denmark: Different Approaches to Health Care and Family Planning", *Studies in Family Planning*, Volume 21, Number 1, January/February 1990.
- Day L. H., "Collection by the United Nations of Statistics on Legally Induced Abortion", *International Population Conference Liege 1973*, Proceedings Actes, International Scientific Study of Population, Liege, 1974.
- De Marco Donald, *Abortion in Perspective*, Hiltz and Hayes Publishing Co., Ohio, 1974.
- Devereux George, *A Study of Abortion in Primitive Societies*, Julian, New York, 1955.
- Diczfalusy Egon (editor), *Regulation of Human Fertility*, Proceedings of a Symposium on Advances in Fertility Regulation, Scriptor, Copenhagen, 1977.
- Diczfalusy Egon, "Has Family Planning a Future", *Contraception*, Volumen 37, Number 1, 1988.

Diggory Peter and John Mc Ewan, *Planning or prevention?*, Marion Boyars, London, 1976.

Dohmen Brigitte and Marcel Vekemans, "Induced Abortion in Belgium: Clinical Experience and Psychological Observations", *Studies in Family Planning*, Volume 13, Number 12, December 1982.

Dumičić Ksenija, "Neuzoračke greške u podacima prikupljenim anketom", *Statističar*, godina XI, broj 14, 1989.

Fawcett James, *Psychology and Population*, The Population Council, New York, 1970.

Fawcett James (editor), *Psychological Perspectives on Population*, Basic Books, New York, 1973.

Fisher Andrew, John Laing, John Stoeckel and John Townsend, *Handbook for Family Planning Operations Research Design*, The Population Council, 1991.

Ford Foundation, *Reproductive health: a strategy for the 1990s*, New York, 1991.

Fordham Jan, *Growing in a changing world*, IPPF, 1985.

Francome Caroline and Colin Francome, "Towards an understanding of the American abortion rate", *Journal of Biosocial Science*, Volumen 11, Number 3, July 1979.

Francome Colin, *Abortion Practice in Britain and the United States*, Alan and Unwin, London, 1986.

Freeman Ellen, "Abortion: Subjective Attitudes and Feelings", *Family Planning Perspectives*, Volume 10, Number 3, May/June 1978.

Glass D. V., *Population - Policies and movements in Europe*, Frank Cass and co ltd, London, 1967.

Goldman Noreen, Lorenzo Moreno, and Charles Westoff, "Collection of Survey Data on Contraception: An Evaluation of an Experiment in Peru", *Studies in Family Planning*, Volume 20, Number 3, May/June 1989.

Goldscheider Calvin and William Mosher, "Patterns of Contraceptive Use in the United States", *Studies in Family Planning*, Volume 22, Number 2, March/April 1991.

Gordon Peter, "Family planning, sexuality or sexual health?", *Planned Parenthood in Europe*, Volumen 21, Number 1, February 1992.

Granfield David, *The Abortion Decision*, Doubleday and Company, New York, 1969.

Grimes David et al., "Early abortion with a single dose of the antiprogestin RU-486", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Volume 158, Number 6, June 1988.

Grisez Germain, *Abortion: the Muths, the Realities and the Arguments*, Corpus Book, New York, 1972.

Hall Francoise, "Family Planning in Santiago: The Male Viewpoint ", *Studies in Family Planning*, Volume 2, Number 7, July 1971.

Hall Robert, *Abortion in a Changing World*, Columbia University Press, New York, 1970.

Hamand Jeremy, "Ru-486: the Franch experience", *People*, Volumen 17, Number 3, 1990.

Harald Hansluwka, "Note on the effects of changes in legislation on trends and patterns in abortion", *International Population Conference Mexico 1977, Proceedings Actes*, International Scientific Study of Population, Liege, 1978.

Harlap Susan, Kathryn Kost and Jacqueline Darroch Forrest, *Preventing Pregnancy, Protecting Health: A New look at Birth Control Choice in the United States*, The Alan Guttmacher Institute, New York, 1991.

Haspels Ary, "Postcoital contraception", *IPPF Medical Bulletin*, Volume 22, Number 5, October 1988.

Hastings G.B. and Helen Martins, "Problems in disseminating family planning information", *The British Journal of Family Planning*, Volumen 13, 1987.

Hawthorn G., "The Paradox of the Modern: Determinants of Fertility in Northern and Western Europe since 1950", *Determinants of Fertility Trends: Theories re-examined*, edited by Charlotte Hohn and Rainer Mackensen, IUSSP, Ordina editions, Liege, 1980.

Heistenberg Lars, Soren Hebjorn and Lars Andersen, "Sequelae of induced abortion (first-trimester abortion) - A prospective study assessing the role of postabortal pelvic inflammatory disease and prophylactic antibiotics", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Volume 155, Number 1, July 1986.

Henshaw Stanley, "Induced Abortion: A World Perspective", *International Family Planning Perspectives*, Volumen 13, Number 1, 1987.

Henshaw Stanley and Jane Silverman, "The Characteristics and Prior Contraceptive Use of U. S. Abortion Patients", *Family Planning Perspectives*, Volume 20, Number 4, July/August 1988.

Henshaw Stanley and Jennifer Von Vort, "Abortion Services in the United States, 1987 and 1988", *Family Planning Perspectives*, Volume 22, Number 3, May/June 1990.

Henshaw Stanley and Evelyn Morrow, *Induced Abortion: A World Review 1990 Supplement*, The Alan Guttmacher Institute, New York, 1990.

Henshaw Stanley, Lisa Koonin and Jack Smith, "Characteristics of U.S. Woman Having Abortion, 1987", *Family Planning Perspectives*, Volume 23, Number 2, March/April 1991.

Hill Edward, "Your morality or mine? An inquire into the ethics of human reproduction", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Volume 154, Number 6, June 1986.

Himes E. Norman, *A Medical History of Contraception*, Williams and Wilkins, Baltimore, 1936.

Hohn Charlotte and Rainer Mackensen (editors), *Determinants of Fertility Trends: Theories re-examined*, IUSSP, Ordina editions, Liege, 1980.

Holl Kelvin i Garduer Lindzi, "Teorije ličnosti", Nolit, Beograd, 1983.

Holmgren Kristina, *Swedish evidence about decision - making in respect to abortion*, Stockholm, 1988.

Holt Victoria et al., "Induced abortion and the risk of subsequent ectopic pregnancy", *American Journal of Public Health*, Number 9, September 1988.

Howell Lee Nancy, *The Search for an Abortionist*, The University of Chicago Press, Chicago, London, 1969.

Hristić-Šojić Ljubica, Milan Tomić i Marta Doder, "Kriminalni pobačaj sa smrtnim ishodom na teritoriji Beograda", Zbornik radova, V kongres ginekologa opstetičara, Sarajevo, 1964.

Hudson Rosen Raye, "Pregnancy resolution decisions: A Review and Appraisal of Research", in *The Childbearing Decision - Fertility Attitudes and Behavior*, edited by John Scanzoni, Sage Publications, London, 1981.

Institut društvenih nauka, Centar za demografska istraživanja, Činioci održavanja fertiliteta iznad, odnosno oko nivoa obnavljanja stanovništva u SR Sloveniji, Beograd, 1984.

"International Conference on Better Health for Women and Children through Family Planning: recommendations for Action", *Studies in Family Planning*, Volume 19, Number 1, January/February 1988.

International Statistical Institute, *World Fertility Survey - Major Findings and Implications*, Alden Press Oxford, London, 1984.

International Tribunal on Abortion in Northern Ireland", *Planned Parenthood in Europe*, Volumen 16, Number 2, 1987.

Jacobson J. L., "Planning the Global Family", *Worldwatch Paper 80*, 1987.

Jones Maggie and Elike Thoss, *Alternative approaches to the development of family planning programmes*, World Health Organization, Copenhagen, 1987.

Jones Elise, Jacqueline Darroch Forrest, Stanley Henshaw and Aida Torres, *Pregnancy, Contraception and Family Planning Services in Industrialized Countries*, Yale University Press, London, 1989.

Jonglloet Piet and Johanna H.J. Van Erkelens-Zwets, "Rhythm Methods: Are There Risks to the Pregnancy", in *Risk, Benefits and Controversies in Fertility Control*, edited by John Sciara, Gerald Zatuchni and Joseph Speidel, Harper and Row Publishers, Hagerstown, 1978.

Kamaras Ferenc, *Attitudes on Fertility Control Related Values and Policies on Basis of the Hungarian Studies*, Interuniversity Centre of Postgraduate Studies, Demographic Trend and Population Policy, Dubrovnik, 5-11 June 1989.

Kapor-Stanulović Petronila, *Ponašanje u regulaciji humane reprodukcije*, doktorska disertacija, Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu, 1975.

Kapor-Stanulović Nila, "Informisanost i stavovi adolescenata o regulaciji fertiliteta", *Stanovništvo*, broj 1-4, 1984-1985.

Kapor-Stanulović Nila, *Psihologija roditeljstva*, Nolit, 1985.

Kapor-Stanulović Nila, *Adolescent pregnancy prevention - how to overcome constraints: the perspective of the adolescent*, UNFPA, WHO, IPPF Conference From abortion to contraception, Tbilisi, 10-13 October 1990.

Kačanski Gordana, *Batutova istraživanja o planiranju porodice u Srbiji izvršena krajem 19 veka*, umnoženo, 1989.

Kenyon Edwin, *The dilemma of abortion*, London, Boston, Faber and Faber, 1986.

Ketting Evert (editor), *Contraception in Western Europe*, An International Health Foundation Symposium, The Parthenon Publishing Group, Lancs, New Jersey, 1990.

Ketting Evert, *The contraceptive situation in Europe*, UNFPA, WHO, IPPF Conference From abortion to contraception, Tbilisi, 10-13 October, 1990.

Ketting Evert, "Boys and Men", *Planned Parenthood in Europe*, Volumen 19, Number 3, December 1990.

Ketting Evert, "Sexual Education", *Planned Parenthood in Europe*, Volumen 20, Number 1, May 1991.

Ketting Evert, "A new IPPF stateemnt on abortion? Europe could take a lead!", *Planned Parenthood in Europe*, Volumen 20, Number 2, September 1991.

Khan A. et al. "Maternal mortality in rural Bangladesh: the Jamalpur District", *Studies in Family Planning*, Volume 17, Number 1, January/February 1986.

Kleinman Ronald, *Family Planning Handbook for Doctors*, IPPF Medical Publications, London, 1988.

Klinger Andras, "Demographic aspects of abortion", *International Population Conference Mexico 1977*, Proceedings Actes, International Scientific Study of Population, Liege, 1978.

Klinika za ginekologiju i akušerstvo Novi Sad, Centar za demografska istraživanja, *Varijable niskog fertiuliteta i namerni abortusi u SAP Vojvodini*, 1978.

Koch Hans Georg, K. Newman, *Review of the abortion legislation in Europe: an analysis of the "de jure" and "de facto" situation with regard to abortion in Europe*, UNFPA, WHO, IPPF Conference From abortion to contraception, Tbilisi, 10-13 October 1990.

Koenig Michael and Melvin Zelnik, "Repeat Pregnancies Among Metropolitan-Area Teenagers: 1971-1979", *Family Planning Perspectives*, Volume 14, Number 6, November/December 1982.

Korać Radoje, "Neki pravni aspekti planiranja porodice", u *Aktuelna pitanja u oblasti zdravstva na stvaranju uslova za ostvarivanje ustavnog prava čoveka da slobodno odlučuje o radjanju dece*, Savet za planiranje porodice, Beograd, 1980.

Kost Kathryn, Jacqueline Forrest and Susan Harlap, "Comparing the health risk and benefits of contraceptive choices", *Family Planning Perspectives*, Volume 23, Number 2, March/April 1991.

Kovačev M., "Metodi veštačkog prekida trudnoće", *Druga ginekološko-akušerska nedelja*, Zbornik radova, Srpsko lekarsko društvo, Beograd, 1957.

Kovačević Panta i Svetlana Logar-Djurić, "Psihološke determinante odgovaranja na "falš" pitanja u upitnicima", *Statističar*, godina XI, broj 14, 1989.

Kuprešanin Milan, *Medicinski aspekti legalnog prekida trudnoće*, doktorska disertacija, Medicinski fakultet, Univerzitet u Novom Sadu, 1977.

Landay Uta and S.S. Ratnam (editors), *Prevention and Treatment of Contraceptive Failure*, Plenum Press, New York, 1986.

Landry Evelyn, "How and Why Women Choose Sterilization: Results from Six Follow-up Surveys", *Studies in Family Planning*, Volume 21, Number 3, May/June 1990.

Laurance I., "Legacy of the pill scare", *New Society*, Number 73, 1985.

"Legislative Trends", *Abortion Research Notes*, Volumen 19, Number 1-2, 1990.

Leridon Henri, "Overview", *Determinants of Fertility Trends: Theories re-examined*, edited by Charlotte Hohn and Rainer Mackensen, IUSSP, Ordina editions, Liege, 1980.

Lesthaeghe Ron, "A Century of Demographic and Cultural Change in Western Europe", *Population and Development Review*, Number 3, 1983.

Lights! Camera! Action! Promoting Family Planning with TV, Video, and Film", *Population Reports*, Series J, Number 38, December 1989.

Liljestrom Rita, *A Study of Abortion in Sweden*, Royal Ministry For Foreign Affairs, Stockholm, 1974.

Lorimer Frank, *Culture and Human Fertility*, UNESCO, Paris, 1954.

Lucer Kristin, *Taking chances: abortion and the decision not to contracept*, University of California Press, Barkeley, 1975.

Lunaček Pavle, "Abortus artificialis", Zbornik radova, II kongres ginekologa-akušera Jugoslavije, Beograd, 1953.

Lupfer Michael and Bohne Goldfarb Silber, "How Patients View Mandatory Waiting Periods for Abortion", *Family Planning Perspectives*, Volume 13, Number 2, March/April 1981.

Macklin Ruth, "Liberty, utility and justice: an ethical approach to unwanted pregnancy", in *Women's Health in the Third World: The Impact of Unwanted Pregnancy*, edited by A. Rosenfield and M. F. Fathalla, Elsevier, New York, 1989.

Macura Miloš, "Dileme oko reprodukcije stanovništva", *Ekonomski misao*, broj 3, 1974.

Macura Miloš i Miroslav Rašević, "Društveni problemi planiranja porodice", VII kongres lekara, Zbornik radova, Srpsko lekarsko društvo, 1976.

Macura Miloš i saradnici, *Problem obnavljanja stanovništva i populaciona politika*, Ekonomski Institut, Beograd, 1982.

Macura Miloš, "Problemi humanog u reprodukciji stanovništva", u *Zbornik priloga filozofiji i nauci povodom osamdeseto godišnjice rođenja akademika Dušana Nedeljkovića*, urednici Djordjević, Macura i Blagojević, Srpska akademija nauka i umetnosti, knjiga broj 91, 1983.

Macura Miloš, "Planiranje porodice", u *Problemi i osnove politike stanovništva Kosova*, Republički društveni savet za pitanja stanovništva i porodice, Beograd, 1987.

Macura Miloš (urednik), *Problemi politike obnavljanja stanovništva*, Srpska akademija nauke i umetnosti, Beograd, 1989.

Maine Deborah, "Does Abortion Affect Later Pregnancies?", *Family Planning Perspectives*, Volume 11, Number 2, March/April 1979.

Major Brenda, Pallas Mueller and Katherine Hildebrandt, "Attributions, Expectations, and Coping with Abortion", *Journal of Personality and Social Psychology*, Volumen 48, Number 3, 1985.

Mappes Thomas and Jane Zembaty (editors), *Social Ethics*, McGraw-Hill Book Company, New York, 1987.

Marković Mihajlo, *Etički osnovi populacione politike*, Univerzitet u Beogradu i Centar za marksizam, Politika obnavljanja stanovništva, Beograd, maj 1989.

Matković Gordana, "Determinante fertiliteta u posttranzicionoj fazi razvoja stanovništva", *Ekonomski misao*, broj 3, 1991.

Mašić V., "Ilegalni nestručni abortus kao dominantan etiološki faktor vanmaterične trudnoće", *Medicinski Arhiv*, broj 26, Sarajevo, 1972.

- Mauldin Parker and Sheldon Segal, "Prevalence of Contraceptive Use: Trends and Issues", *Studies in Family Planning*, Volume 19, Number 6, November/December 1988.
- Maynard-Tucker Gisele, "Knowledge of Reproductive Physiology and Modern Contraceptives in Rural Peru", *Studies in Family Planning* Volume 20, Number 4, July/August 1989.
- McCormick, *Attitudes Toward Abortion*, American Institutes for Research, D.C. Health and Company, Lexington, 1975.
- McKeown Thomas, *The Modern Rise of Population*, Edward Arnold, London, 1977.
- McKay Jennifer (editor), *Adolescent Fertility*, IPPF, 1984.
- McLaren Angus, *A History of Contraception - From Antiquity to the Present Day*, Basil Blackwell, Oxford, Cambridge Center, 1990.
- McInture Robert and Henry David, *Reproductive Behavior - central and Eastern European Experience*, Springer Publishing Company, New York, 1981.
- Medicinski godišnjak Kraljevine Jugoslavije*, Jugoreklam K.A., Beograd, 1933.
- Medicinski fakultet, *Prirodni priraštaj u SAP Vojvodini i faktori koji na njega utiču*, Novi Sad, 1988.
- Men - New Focus for Family Planning programs", *Population Reports*, Series J, Number 33, November-December 1986.
- Milačić Dražen, *Medicinski i socijalni aspekti problema humane reprodukcije u SR Srbiji*, doktorska disertacija, Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, 1983.
- Milačić Dražen, "Medicinski i socijalni aspekti primene kontracepcije u SR Srbiji", *X kongres ginekologa-opstetičara Jugoslavije*, Zbornik radova, 1984.
- Milačić Dražen, "Uloga ginekologa u rešavanju populacionih problema u SR Srbiji", *XXXIII ginekološko-akušerska nedelja*, Zbornik radova, Srpsko lekarsko društvo, 1989.
- Milojević S., V. Dramušić, Lj. Milosavljević, "Psihički poremećaji kao posledica legalnog prekida trudnoće kod maloletnica", Zbornik radova, *VII kongres ginekologa opstetičara Jugoslavije*, Beograd, 1972.

Milojković A., G. Žarković i M. Džumhur, "Istorijat liberalizacije pobačaja u Jugoslaviji", *Izgradnja društvenih stavova o planiranju porodice*, Savet za planiranje porodice, Beograd, 1975.

Milosavljević Sava, "Običaji srpskog naroda iz sreza homoljskog", *Srpski etnografski zbornik*, knjiga tri, 1913.

Mladenović Marko, "Zakonodavni problemi planiranja porodice", *Zbornik radova, VII kongres lekara*, Srpsko lekarsko društvo, Beograd, 1976.

Mohr James, *Abortion in America: The Origins of and Evaluation of National Policy 1800-1900*, Oxford University Press, Oxford, 1978.

Mojić Angelina, "Legalizacija pobačaja i kontracepcija", *Zbornik radova, VII ginekološko-akušerska nedelja*, Beograd, 1956.

Mojić Angelina, "Anketa o posledicama pobačaja", *Medicinski glasnik*, broj 5-6, 1967.

Mojić Angelina, *Pobačaj i regulisanje začeca*, Medicinska knjiga, Beograd, 1967.

Mojić Angelina, "Planiranje porodice u Jugoslaviji" u *Fertilitet stanovništva u Jugoslaviji*, Institut društvenih nauka, Centar za demografska istraživanja, Beograd, 1982.

Moore-Čavar Emily, *International Inventory of Information on Induced Abortion*, International Institute for the Study of Human Reproduction, New York, 1974.

Moore-Čavar Emily, "Induced Abortion and Contraception in Sociological Perspective", in *Abortion Research: International Experience*, edited by Henry David, Transnational Family Research Institute, Lexington Books, 1974.

Moors Hein, *Attitudes Towards Demographic Trends and Population Policy Acceptance in an International Perspective*, Interuniversity Centre of Postgraduate Studies, Demographic Trend and Population Policy, Dubrovnik, 5-11 June 1989.

Moreno Lorenzo and Noreen Goldman, "Contraceptive Failure Rates In Developing Countries: Evidence from the Demographic And Health Surveys", *International Family Planning Perspectives*, Volume 17, Number 2, June 1991.

Morgentaler Henry, *Abortion and contraception*, General publishing, Toronto, 1982.

Morsa Jean, "Socio-economic Factors Affecting Fertility and Motivation for Parenthood", *Population Studies*, Number 3, 1979.

Mumford Stephen and Elton Kessel, "Is wide availability of abortion essential to national population growth control programs? Experience of 116 countries", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Volume 149, Number 6, July 1984.

Mundigo Axel, "Condom promotion and use", *IPPF Medical Bulletin*, Volume 23, Number 6, 1989.

Muramatsu M., "Incidence Abortion in Japan: Analyses and Results", *International Population Conference Liege 1973*, Proceedings Actes, International Scientific Study of Population, Liege, 1974.

Narodne novine SR Hrvatske, broj 18/1978.

Newman Lucile, *Women's medicine: a cross-cultural study of indigenous fertility regulation*, University press, London, 1985.

Nikolić Miodrag, "Metodologija istraživanja i kvalitet statističkih podataka", *Statističar*, broj 14, godina XI, 1989.

Nilsson A., *Adolescent pregnancy prevention: the Swedish experience*, UNFPA, WHO, IPPF Conference From abortion to contraception, Tbilisi, 10-13 October 1990.

Novak Franc i saradnici, "Problem neželjene trudnoće", Zbornik radova, V kongres ginekologa opstetičara Jugoslavije, Sarajevo, 1964.

Novak Franc, "The Abortion Epidemic", *Social Demography and Medical Responsibility*, IPPF, London, 1969.

O Greep Ray, *Human Fertility and Population Problems*, Schenkman Publishing Company, Cambridge, Massachusetts, 1969.

Osler M, J. Morgall and B. Jensen, *Repeat Abortion: The Danish Experience*, UNFPA, WHO, IPPF Conference From abortion to contraception, Tbilisi, 10-13 October 1990.

Osofsky Howard and Joy Osofsky, *The Abortion Experience*, Harper and Row, Maryland, 1973.

Pajtnar Marijan, "Neurotičnost i emocionalna nezrelost žena koje traže odobrenje za pobačaj", *Jugoslovenska ginekologija i opstetricija*, godina 7, broj 2, 1967.

Pallas Mueller and Brenda Major, "Self-Blame, Self-Efficacy, and Adjustment to Abortion, 1989, (umnoženo).

Parkers Alan et al. (editor), *Fertility in adolescence*, Proceeding of the Seventh IPPF Biomedical Workshop, London, 1977, Galton Foundation, Cambridge, 1979.

Mumford Stephen and Elton Kessel, "Is wide availability of abortion essential to national population growth control programs? Experience of 116 countries", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Volume 149, Number 6, July 1984.

Mundigo Axel, "Condom promotion and use", *IPPF Medical Bulletin*, Volume 23, Number 6, 1989.

Muramatsu M., "Incidence Abortion in Japan: Analyses and Results", *International Population Conference Liege 1973, Proceedings Actes, International Scientific Study of Population, Liege, 1974.*

Narodne novine SR Hrvatske, broj 18/1978.

Newman Lucile, *Women's medicine: a cross-cultural study of indigenous fertility regulation*, University press, London, 1985.

Nikolić Miodrag, "Metodologija istraživanja i kvalitet statističkih podataka", *Statističar*, broj 14, godina XI, 1989.

Nilsson A., *Adolescent pregnancy prevention: the Swedish experience*, UNFPA, WHO, IPPF Conference From abortion to contraception, Tbilisi, 10-13 October 1990.

Novak Franc i saradnici, "Problem neželjene trudnoće", *Zbornik radova, V kongres ginekologa opstetičara Jugoslavije*, Sarajevo, 1964.

Novak Franc, "The Abortion Epidemic", *Social Demography and Medical Responsibility*, IPPF, London, 1969.

O Greep Ray, *Human Fertility and Population Problems*, Schenkman Publising Company, Cambridge, Massachusetts, 1969.

Osler M, J. Morgall and B. Jensen, *Repeat Abortion: The Danish Experience*, UNFPA, WHO, IPPF Conference From abortion to contraception, Tbilisi, 10-13 October 1990.

Osofsky Howard and Joy Osofsky, *The Abortion Experience*, Harper and Row, Maryland, 1973.

Pajtnar Marijan, "Neurotičnost i emocionalna nezrelost žena koje traže odobrenje za pobačaj", *Jugoslovenska ginekologija i opstetricija*, godina 7, broj 2, 1967.

Pallas Mueller and Brenda Major, "Self-Blame, Self-Efficacy, and Adjustment to Abortion, 1989, (umnoženo).

Parkers Alan et al. (editor), *Fertility in adolescence*, Proceeding of the Seventh IPPF Biomedical Workshop, London, 1977, Galton Foundation, Cambridge, 1979.

Parkers Alan and Jane Cole (editors), *Fertility in middle age*, International Planned Parenthood Federation, Galton Foundation, Cambridge, 1979.

Partman Daniel, "Human Rights of Population Programs", *World Population and Development - Challenges and Prospects*, edited by Philip Hauser, Syracuse university press, Syracuse, New York, 1978.

"Paths Toward the Reduction of Abortion", *OPR Newsletter*, Spring 1988.

Paunović P., "Difuzni peritonitis posle septičkog pobačaja", *XII ginekološko-akušerska nedelja*, Srpsko lekarsko društvo, Beograd, 1968.

Pearce Jan Keith, "Psychological Factors and Unwanted Pregnancy", in *Abortion: Readings and Research*, edited by Paul Sachdev, Butterworths, Toronto, 1981.

Pederson Inger, *Adolescent Sexuality - Knowledge, Attitude, Behavior*, The Danish Family Planning Association, Copenhagen, 1983.

Peterson Herbert, David Grimes, Willard Cates and George Rubin, "Comparative risk of death from induced abortion at 12 weeks' gestation performed with local versus general anesthesia, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Volume 141, Number 7, December 1981.

Petrović Ruža, *Društvo i stanovništvo*, Ekonomski Institut, Beograd, 1978.

Petrović Ruža i Marina Blagojević, "Seoba Srba i Crnogoraca sa Kosova i iz Metohije", *Demografski zbornik*, knjiga 2, Beograd, 1989.

Philliber Susan, "Psychosocial Factors in Contraceptive Efficacy", in *Demographic and Programmatic Consequences of Contraceptive Innovations*, edited by Sheldon Segal, Amy Tsui and Susan Rogers, Plenum Press, New York, 1989.

Platon, *Država*, BIGZ, Beograd, 1983.

Pompe-Tanšek Marija i saradnici, "Uticaj artificijalnog abortusa na tok i ishod sledeće trudnoće", *Jugoslovenska ginekologija i opstetricija*, volumen 22, broj 5-6, 1982.

Pollack Petchesky Rosalind, *Abortion and Womans Choice- The State, Sexuality and Reproductive Freedom*, Northeastern University Press, Boston, 1984.

Potter Robert, "Additional Births Averted When Abortion is Added to Contraception", *Studies in Family Planning*, Volume 3, Number 4, April 1972

Potts Malcom and J. Peel, "Demographic Aspects of Abortion in Britan", *International Population Conference London 1969, Proceedings Actes, International Scientific Study of Population*, Liege, 1971.

Potts Malcom, "Sterilization and abortion in middle age", in *Fertility in middle age*, edited by Alan Parkers and Jane Cole, I.P.P.F., Galton Foundation, Cambridge, 1979.

Potts Malcom, *Society and fertility*, Plymouth, Mcdonald and Evans, 1979.

Potts Malcom and Robert Wheeler, "The Quest for a Magic Bullet", *Family Planning Perspectives*, Volume 13, Number 6, November/December 1981.

"Pregnancy Termination", *Population Reports*, Series F, Number 7, July, 1980.

Public attitudes about sex, family planning and abortion in the United States, Planned Parenthood Federation of America, New York, 1985.

Randić Ljiljana, "Fertilna sposobnost nakon prekida upotrebe različitih metoda za kontrolu fertiliteta", *Jugoslovenska ginekologija i opstetricija*, volumen 22, broj 5-6, 1982.

Randić Ljiljana i Lidiya Andolšek, *Planiranje obitelji*, Otokar Krešovani, Rijeka, 1984.

Rašević Miroslav, *Determinante fertiliteta stanovništva Jugoslavije*, Institut društvenih nauka, Centar za demografska istraživanja, Beograd, 1971.

Rašević Miroslav, "Efikasnost kontracepcije i stavovi udatih žena o ovom pitanju", *Stanovništvo*, broj 3-4/1974 i 1-2/1975.

Rašević Miroslav, "Biološki faktori u istraživanju fertiliteta", *Statistička revija*, broj 3-4, 1981.

Rašević Miroslav, "Antropološki i vrednosni činioci nedovoljne plodnosti stanovništva", *Ekonomski zbornik*, knjiga 1, 1982.

Rašević Miroslav, "Skorašnji razvoj populacione politike u svetu", *Stanovništvo*, broj 1-4, 1984-1985.

- Rašević Miroslav, "Mere u prilog radjanja", u *Problemi politike obnavljanja stanovništva*, urednik Miloš Macura, SANU, Beograd, 1989.
- Reed Boland, "Abortion rights under threat in Eastern Europe", *People*, Volumen 18, Number 1, 1991.
- "Repeated Abortions Increase Risk of Miscarriage, Premature Births and Low-Birth-Weight Babies", *Family Planning Perspectives*, Volume 11, Number 1, January/February 1979.
- "Report of Collaborative by W.H.O. Task Force on Sequelae of Abortion", *Lancet*, Number 20, January 1979.
- Requena-Bichet Mariano, "The Problem of Induced Abortion in Latin America", *International Population Conference London 1969, Proceedings Actes, International Scientific Study of Population*, Liege, 1971.
- Requena-Bichet Mariano, "The Problem of Induced Abortion from the Standpoint of Human Rights", in *Population and Human Rights*, United Nations, New York, 1990.
- Research Triangle Park, *Traditional Abortion Practices, Three Studies of Illegal Abortion in the Developing World*, North Carolina, 1981.
- Ringheim Karin, "New methods could test male responsibility", *Entre Nous*, Number 19, 1991.
- Rodman Hyman, *The Abortion Question*, Columbia University Press, New York, 1987.
- Roemer Ruth, "Legislation on Contraception and Abortion for Adolescent", *Studies in Family Planning*, Volume 16, Number 5, September/October 1985.
- Rogow D., *From abortion to contraception: getting to the Emerald City*, UNFPA, WHO, IPPF Conference From abortion to contraception, Tbilisi, 10-13 October 1990.
- Rokeach Milton, *The Nature of Human Values*, The Free Press, New York, Collier Macmillan Publishers, London, 1973.
- Romania: on the road to success", *Safe Motherhood*, July-October 1990.
- Rosenfield A. and M. F. Fathalla (editors), *Women's Health in the Third World: The Impact of Unwanted Pregnancy*, Elsevier, New York, 1989.

Ross Johan, *Sterilization: Past, Present, Future*, The Population Council, Working Papers, Number 29, 1991.

Runnebaum B., T. Rabe, L. Kiesel, *Female Contraception*, Springer-Verlang, Berling Heidelberg, New York, 1988.

"Ru-486 a far safer method of abortion", *People*, Volumen 17, Number 1, 1990.

Sabatello Eitan, "Estimates of illegal abortions in Israel, 1980-1983", *Israel Journal of Medical Sciences*, Volume 26, Number 4, 1990.

Sabatello Eitan, *Continuity and change in abortion patterns of the USSR immigrants in Israel: estimates of demands for an abortion*, European Population Conference, Paris, 21-25 October 1991.

Sachdev Paul (editor), *Abortion: Readings and Research*, Butterworths, Toronto, 1981.

Sachdev Paul (editor), *Perspectives on abortion*, The Scarecrow Press, New York, 1985.

Sachdev Paul (editor), *International Handbook on Abortion*, Greenwood Press, New York, London, 1988.

Savet za planiranje porodice Jugoslavije, Savezna konferencija SSRNJ, *Aktuelna pitanja u oblasti zdravstva na stvaranju uslova za ostvarivanje ustavnog prava čoveka da slobodno odlučuje o radjanju*, Beograd, 1980.

Savet za planiranje porodice Jugoslavije, Savezna konferencija SSRNJ, *Dosadašnji rezultati na unošenju sadržaja o humanizaciji odnosa medju polovima u nastavne programe na svim nivoima školovanja dece i omladine*, Beograd, 1983.

Savet za planiranje porodice Jugoslavije, Savezna konferencija SSRNJ, *Populaciona politika u jugoslovenskom socijalističkom društvu*, Beograd, 1986.

Savezni zavod za zdravstvenu zaštitu, *Statistički godišnjak o bolničkom morbiditetu u SFRJ*, 1983, Beograd, 1985.

Savezni zavod za statistiku, *Demografska statistika*, (odgovarajuće godine).

Scanzoni John (editor), *The Childbearing Decision - Fertility Attitudes and Behavior*, Sage Publications, London, 1981.

Schwarz Stephen, *The moral question of abortion*, Loyola University Press, Chicago, 1990.

Sciara John, Gerald Zatuchni and Joseph Speidel (editors), *Risk, Benefits and Controversies in Fertility Control*, Harper and Row Publishers, Hagerstown, 1978.

Segal Sheldon, B. Kwaku Adadevoh and Zhi-yi Chang, "Reproduction, Fertility Regulation and Infertility", in *World Population and Development - Challenges and Prospects*, edited by Philip Hauser, Syracuse university press, Syracuse, New York, 1978.

Segal Sheldon, Amy Tsui and Susan Rogers (editors), *Demographic and Programmatic Consequences of Contraceptive Innovations*, Plenum Press, New York, 1989.

Senayake P., "Prevention of Contraceptive Failure: A Overview", in *Prevention and Treatment of Contraceptive Failure*, edited by Uta Landay and S.S. Ratnam, Plenum Press, New York, 1986.

Sentić Milica, "Kontracepcija i njeni demografski aspekti", u *Fertilitet stanovništva i planiranje porodice u Jugoslaviji*, Institut društvenih nauka, Centar za demografska istraživanja, Beograd, 1980.

Sheeran Patrick, *Women, society, the state and abortion*, Praeger Publishers, New York, 1987.

Sheon Amy and Cynthia Stanton, "Use of Periodic Abstinence and Knowledge of the Fertile Period in 12 Developing Countries", *International Family Planning Perspectives* Volume 15, Number 1, 1989.

Shepard Jo Mary and Michael Bracken, "Contraceptive practice and repeat induced abortion: an epidemiological investigation", *Journal of Biosocial Science*, Volumen 11, Number 3, July 1979.

Siribon Siriwan, Chanpen Saengtienchai and John Knodel, "Who forgets to Take the Pill? The Thai Experience", *International Family Planning Perspectives*, Volume 16, Number 1, March 1990.

Služben vesnik na SR Makedonija, broj 19/1977.

Službeni list SAP Kosova, broj 47/1977.

Službeni list FNRJ, broj 13/1951.

Službeni glasnik SR Srbije, broj 26/1977.

Službeni list SR Bosne i Hercegovine, broj 29/1977.

Službeni list FNRJ, broj 4/1952.

Službeni list SFRJ, broj 20/1969.

Službeni list FNRJ, broj 9/1960.

Službeni list SFRJ, broj 9/1974.

Službeni list SAP Vojvodine, broj 26/1978.

Službeni list SFRJ, broj 51/1975.

Službeni list SFRJ, broj 20/1969.

Službeni glasnik SR Srbije, broj 53/1983.

Služben vesnik SR Makedonije, broj 48/1987.

Službeni list SFRJ, broj 27/1989.

Službeni list SAP Vojvodine, broj 2/1977.

Singh Susheela and Deidre Wulf, "Estimating Abortion Levels in Brazil, Colombia and Peru, Using Hospital Admissions and Fertility Survey Data", *International Family Planning Perspectives*, Volume 17, Number 1, March 1991.

Sivin Irving, "IUDs are Contraceptives, Not Abortifacients: A Comment on Research and Belief", *Studies in Family Planning*, Volume 20, Number 6, November/December 1989.

"Special Feature: Abortion", *Planned Parenthood in Europe*, Volumen 18, Number 1, 1989;

Spencer Brenda, "Male involvement in family planning", *IPPF Medical Bulletin*, Volumen 22, Number 4, August 1988.

Spinelli A. and I. Figa-Talamanca, *Psychosocial effects of early and late abortion*, WHO, UNFPA, IPPF Conference From abortion to contraception, Tbilisi, 10-13 October 1990.

Srejović Dragoslav, *Lepenski Vir*, Beograd, 1969.

Stanojević Slavko, "Validnost zdravstveno-statističkih podataka", *Statističar*, godina XI, broj 14, 1989.

Stanojlović B. i D. Stepanović, "Difuzni gnojavi peritoniti porekla kriminalnih pobačaja", *XII ginekološko-akušerska nedelja*, Srpsko lekarsko društvo, Beograd, 1968.

Stanovništvo, broj 3-4, 1971.

Steinhoff Patricia et al., "Women Who Obtain Repeat Abortions: A Study Based on Record Linkage", *Family Planning Perspectives*, Volume 11, Number 1, January/February 1979.

Stloukal Libor, *Abortion and contraception in Czechoslovakia*, European Population Conference, Paris, 21-25 October 1991.

Study of Women's Attitudes Toward Contraceptive Alternatives, Prepared For The Upjon Company, December 1982.

Šimić S., R. Bokonjić i P. Konstatinović, "Psihički poremećaji nakon artificijalnog prekida prve trudnoće", Zbornik radova, *Peti kongres ginekologa opstetičara Jugoslavije*, Sarajevo, 1964.

Škurina T. i saradnici, "Perforacija uterusa legalnog abortusa", Zbornik radova, *V kongres ginekologa i opstetičara Jugoslavije*, Sarajevo, 1964.

Štampar Dubravka, "Kretanje broja pobačaja u SR Hrvatskoj i pouzdanost podataka o njihovoj učestalosti", *Stanovništvo*, broj 1-2, 1972.

Šulović Vojin, *Obnavljanje stanovništva posmatrano sa stanovišta reproduktivne fiziologije*, Srpska akademija nauka i umetnosti, Problemi populacione politike u Srbiji, 9 februar 1988, Beograd.

Tai-Keun, Melinda Flock, Kenneth Schulz and David Grimes, "Preventing febrile complications of suction curettage abortion", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Volume 152, Number 3, June 1985.

Taves Ellen, *But why did not she use birth control*, Planned Parenthood of Rochester, New York, 1981.

The Danish Family Planning Association, *Adolescent Sexuality - Knowledge, Attitude, Behaviour*, Copenhagen, 1983.

"The Global Politics of Abortion", *Worldwatch Paper* 97, July, 1990.

"The Impact of Unsafe Abortion in the Developing World", *Out Look*, Volume 7, Number 3, October 1989.

The Population Council, *Methodological Issues in Abortion*, The Robert H. Ebert Program on Critical Issues in Reproductive Health and Population, 12-13 December 1989, 1991.

"The US Surgeon General on the Health Effects of Abortion", *Population and Development Review*, Volume 15, Number 1, March 1989.

Tietze Christopher and Sarah Lewit, "Early Complications of Abortions under Medical Auspices", *Studies in Family Planning*, Volume 2, Number 7, July 1971.

Tietze Cristopher, "Report of the Swedish Abortion Committee", *Studies in Family Planning*, Volume 3, Number 2, February 1972.

Tietze Christopher and Sarah Lewit, "Joint Program for the Study of Abortion: Early Medical Complications of Legal Abortion", *Studies in Family Planning*, Volume 3, Number 6, 1972.

Tietze Cristopher, "The Demographic Significance of Legal Abortion in United States", *International Population Conference Liege 1973, Proceedings Actes, International Scientific Study of Population, Liege, 1974.*

Tietze Christopher, "The Problem of Repeat Abortions", *Family Planning Perspectives*, Volume 10, Number 3, May/June, 1974.

Tietze Christopher, *Induced Abortion*, The Population Council, New York, 1975.

Tietze Christopher and Marjorie Cooper Murstein, *Induced Abortion: 1975 Factbook*, The Population Council, New York, 1975.

Tietze Christopher, John Bongaarts and Bruce Schearer, "Mortality Associated with the Control of Fertility", *Family Planning Perspectives*, Volumen 8, Number 1, 1976.

Tietze Christopher, "Repeat Abortions-Why more?", *Family Planning Perspectives*, Volume 10, Number 5, September/October 1978.

Tietze Christopher and John Bongharts, "Repeat Abortion in the United States: New Insights", *Studies in Family Planning*, Volume 13, Number 12, December 1982.

Tietze Christopher, Stanley Henshaw, *Induced Abortion: A World Review 1986*, The Alan Guttmacher Institute, New York, 1986.

Tietze Christopher, "The Public Health Effects of Legal Abortion in the United States", in *Fertility Regulation and the Public Health*, edited by Sarah L. Tietze and Richard Lincoln, Springer-Verlang, New York, 1987.

Tietze Cristopher, "Human Rights in Relationship to Induced Abortion", in *Fertility Regulation and the Public Health*, edited by Sarah L. Tietze and Richard Lincoln, Springer-Verlang, New York, 1987.

Tietze Christopher and John Bongaarts, "The Demographic Effect of Induced Abortion", in *Fertility Regulation and the Public Health*, edited by Sarah L. Tietze and Richard Lincoln, Springer-Verlang, New York, 1987.

Tietze Christopher, John Bongaarts and Bruce Schearer, "Mortality Associated with the Control of Fertility", *Fertility Regulation and the Public Health*, edited by Sarah L. Tietze and Richard Lincoln, Springer-Verlang, New York, 1987.

Tietze Sarah and Richard Lincoln (editors), *Fertility Regulation and the Public Health*, Springer-Verlang, New York, 1987.

Todorović Gordana, "Stavovi stanovništva o veličini porodice i o abortusu", *Stanovništvo*, broj 3-4/1976. i 1-4/1977.

Torres Aida and Jacqueline Darroch Forrest, "Why Do Women Have Abortions?", *Family Planning Perspectives*, Volume 20, Number 4, July/Avgust 1988.

Trussel James and Kathryn Kost, "Contraceptive Failure in the United States: A Critical Review of the Literature", *Studies in Family Planning*, Volume 18, Number 5, 1987.

Trussel James and Laurence Grummer-Strawn, "Contraceptive Failure of the Ovulation Method of Periodic Abstinence", *International Family Planning Perspectives*, Volume 17, Number 2, June 1991.

Tunstead Burtchaell James (editor), *Abortion Parley*, A Universal Press Company, New York, Washington, 1980.

United Nations, *Variables and Questionnaire for Comparative Fertility Surveys*, New York, 1970.

United Nations, *Report of the on Symposium on Population and Human Rights*, Amsterdam, 21-29 January 1974.

United Nations, *Working group on social demography*, Eight Meeting, Zakopane, 25-28 May 1976, New York, 1976.

United Nations, *Variations in the Incidence of Knowledge and Use of Contraception*, New York, 1981.

United Nations, *Population and Human Rights*, Proceedings of the Expert Group Meeting on Population and Human Rights, Geneva, 3-6 April 1989, New York, 1990.

United Nations, *Measuring the Dynamics of Contraceptive Use*, Proceedings of the Expert Group Meeting on Measuring the Dynamics of Contraceptive Use, New York, 5-7 December 1988, New York, 1991.

"Unwanted Pregnancy", *People*, Volume 15, Number 4, 1988.

Uradni list SR Slovenije, broj 18/1974.

Uradni list SR Slovenije, broj 11/1977.

Van der Tak Jean, *Abortion, Fertility and Changing Legislation: A International Review*, Lexington Books, Lexington, 1974.

Vassilev Dimiter, "Birth Control and Declining Birth Rates: The Bulgarian Experience", *Planned Parenthood in Europe*, Volumen 18, Number 2, Winter 1989.

Viel Benjamin, "The risk of unwanted pregnancy - a Latin American perspective", *IPPF Medical Bulletin*, Volumen 23, Number 1, February 1989.

Von Rosensties Lutz, Gunther Oppitz and Martin Stengel, "Motivation of reproductive behavior: A theoretical concept and its application", in *Determinants of Fertility Trends: Theories re-examined*, edited by Charlotte Hohn and Rainer Mackensen, IUSSP, Ordina editions, Liege, 1980.

"Voluntary Female Sterilization: Number One and Growing", *Population Reports*, Series C, Number 10, November 1990.

Vukanović T., "Kontrola rođanja u istočnoj i južnoj Srbiji", *Vranjski glasnik*, knjiga VI, 1970.

Walbert David, *Abortion, society and law*, Pilgrim Press, New York, 1980.

Welton K. B. *Abortion is not a sin: a new-age look an age-old problem*, Pandit Press, Costa Mesa, 1987.

Westof Charles and Norman Ryder, *Reproduction in the United States 1965*, Princeton, New Jersey, 1971.

Westoff Leslie Aldridge and Charles Westoff, *From Now to Zero - Fertility, Contraception and Abortion in America*, Little, Brown and Company, Boston, Toronto, 1971.

Westoff Charles, "Abortions preventable by contraceptive practice", *Family Planning Perspectives*, Volume 13, Number 5, 1981.

Westoff Charles, "Fertility Decline in the West: Causes and Prospects", *Population and Development Review*, Volume 9, Number 1, 1983.

Westoff Charles, Charles Hammerslough and Lois Paul: "The Potential Impact of Improvements in Contraception on Fertility and Abortion in Western Countries", *European Journal of Population* Number 3, 1987.

Westoff Charles, "Is the KAP-Gap Real?", *Population and Development Review*, Volume 14, Number 2, June 1988.

Westoff Charles, "The demographic impact of changes in contraceptive practice", *Population and Development Review*, Volume 15, Number 1, March 1989.

Westoff Charles, Noreen Goldman and Lorenzo Moreno, "Collection of Survey on Contraception: An Evaluation of an Experiment in Peru", *Studies in Family Planning*, Volumen 20, Number 3, 1989.

Westoff Charles, "Reproductive Intentions and Fertility Rates", *International Family Planning Perspectives*, Volume 16, Number 3, September 1990.

World Health Organization, *Spontaneous and Induced Abortion*, Technical Report No. 461, Geneve, 1970.

World Health Organization, *Health Education in Health Aspects of Family Planning*, Technical Report No. 483, Geneve, 1971.

World Health Organization, *Pregnancy and Abortion in Adolescence*, Technical Report No. 583, Geneve, 1975.

World Health Organization, *Induced Abortion*, Technical Report No. 623, Geneve, 1978.

World Health Organization, *A workbook on how to plan and carry out research on the risk approach in maternal and child health including family planning*, Geneva, 1984.



Прилог 1.

Изјава о ауторству

Потписани-а Рашевић, Мирјана М.

Изјављујем

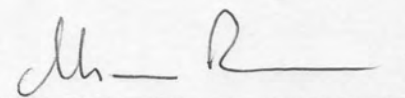
да је докторска дисертација под насловом

Demografski i društveni aspekti namernog prekida trudnoće

- резултат сопственог истраживачког рада,
- да предложена дисертација у целини ни у деловима није била предложена за добијање било које дипломе према студијским програмима других високошколских установа,
- да су резултати коректно наведени и
- да нисам кршио/ла ауторска права и користио интелектуалну својину других лица.

Потпис

У Београду, 18.12.2013. године



Прилог 2.

Изјава о коришћењу

Овлашћујем Универзитетску библиотеку „Светозар Марковић“ да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду унесе моју докторску дисертацију под насловом:

Demografski i društveni aspekti namernog prekida trudnoće

која је моје ауторско дело.

Дисертацију са свим прилозима предао/ла сам у електронском формату погодном за трајно архивирање.

Моју докторску дисертацију похрањену у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду могу да користе сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (Цреативе Цоммонс) за коју сам се одлучио/ла.

1. Ауторство
2. Ауторство - некомерцијално
3. Ауторство – некомерцијално – без прераде
4. Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима
5. Ауторство – без прераде
6. Ауторство – делити под истим условима

(Молимо да заокружите само једну од шест понуђених лиценци, кратак опис лиценци дат је на полеђини листа).

Потпис

У Београду, 18.12.2013. године

