

PITANJE POSTOJANJA ABORTUSNE KULTURE U SRBIJI

Mirjana RAŠEVIĆ, Katarina SEDLECKI[∇]*

*Na problem velikog broja abortusa u našoj sredini ukazano je još davne 1935. godine na 17. Kongresu jugoslovenskih lekara. Abortusni problem je i danas prisutan u Srbiji i pored toga što je moderna nauka pružila nove metode i sredstva koja su sa zdravstvenog i socijalnog aspekta logično rešenje dileme o vidu kontrole rađanja. Naime, stopa ukupnih abortusa u Srbiji se procenjuje na 2,76 u 2007. godini. Ona je vrlo visoka, dva puta je viša od stope ukupnog fertiliteta i među najvišima je u Evropi i svetu. Prvi put je pojam abortusna kultura, koliko je nama poznato, upotrebio Henri Dejvid u uvodu knjige *From Abortion to Contraception – A Resource to Public Policies and Reproductive Behaviour in Central and Eastern Europe from 1917 to the Present*, iz 1999 godine, posebno ga ne određujući, prilikom razmatranja rasprostranjenosti namernih prekida trudnoće u socijalističkim zemljama. Cilj ovog rada je identifikovanje najvažnijih faktora determinističke osnove endemije namernih prekida trudnoće u Srbiji, uz istovremeno indirektno procenjivanje njihove povezanosti sa postojanjem, odnosno nepostojanjem abortusne kulture u nas. U tom smislu su razmotreni potencijalni faktori koji izviru iz socijalnog sistema i oni koji su vezani za individualni nivo. Ili drugim rečima, analiziran je niz zakona i drugih pravnih i političkih dokumenata koji su bitni za sagledavanje abortusnog pitanja, institucionalni okviri planiranja porodice, zdravstveni servisi, obrazovanje mladih za reproduktivno zdravlje, kao i nalazi više istraživanja sprovedenih među ženama različite starosti i lekarima od 1990. do danas u Srbiji. Zaključeno je da izdvojeni makro i mikro faktori tradicionalne kontrole rađanja u Srbiji potvrđuju postojanje abortusne kulture. Priroda ovih faktora, pak, ukazuje na prisutnost abortusne kulture u našoj sredini na političkom, obrazovnom, zdravstvenom i individualnom nivou. Abortusna kultura otežava uvođenje modernog koncepta planiranja porodice i upućuje na perzistiranje abortusnog problema u nas i u godinama koje dolaze.*

Ključne reči: abortus, kultura, Srbija

Uvod

Na problem velikog broja abortusa u našoj sredini ukazano je još na 17. Kongresu jugoslovenskih lekara davne 1935. godine. Ova razmišljanja stručnih krugova je potvrdio Glavni sanitetski savet procenivši da se u Jugoslaviji godišnje namerno (legalno i ilegalno) prekine oko 300.000

* Centar za demografska istraživanja Instituta društvenih nauka, Beograd.

[∇] Republički centar za planiranje porodice Instituta za zdravstvenu zaštitu majke i deteta, Beograd.

trudnoća (Novak, 1964). Mada procene za pojedina područja ne postoje, može se na osnovu ocene za Jugoslaviju pretpostaviti da je namerni prekid trudnoće u Srbiji pre Drugog svetskog rata bio masovno primenjivan.

S posleratnom postupnom liberalizacijom prava na abortus i širenjem mreže zdravstvenih ustanova osposobljenih za vršenje ove vrste intervencija, u Srbiji se beleži jasan trend porasta broja namernih prekida trudnoće. Naime, broj legalnih abortusa izvršenih u zdravstvenim ustanovama 1960. iznosio je 84.735, 1967. godine 131.502, 1969. godine pune pune liberalizacije namernih prekida trudnoće i pouzdanih podataka, 162.643, a 1989. je bio čak 193.755. Isti trend se registruje kada se broj abortusa relativno izražava u odnosu na živorođenja, odnosno na ženski fertilni kontigent.

Tako je, na primer, broj legalnih abortusa meren na 100 živorođene dece u 1969. godini iznosio 107,0, a u 1989. godini 133,7. Stope abortusa prikazane na 1.000 žena u plodnom periodu pokazuju da je u 1969. godini svaka četrnaesta žena imala namerni prekid trudnoće prema svakoj dvanaestoj u 1989. godini. Odgovarajuće stope su 72,2 i 82,4. Prema podacima Alen Gutmaher instituta (Henshaw, Morrow, 1990), jedine zemlje sa višom stopom abortusa od Srbije krajem 1980-ih godina bile su, i to ubedljivo, Sovjetski Savez i Rumunija (111,9 i 90,9 na 1.000 žena starih između 15 i 49 godina, respektivno).

Od 1990. godine ne postoje pouzdani podaci o broju namernih prekida trudnoće koji se izvrše u Srbiji (Rašević, 2008). Evidentiran broj abortusa po svemu sudeći je ozbiljno potcenjen. Na primer, 42.322 namerna prekida trudnoće su registrovana 2000. i samo 24.272 indukovana abortusa 2007. godine. U istim vremenskim tačkama stopa ukupnog fertiliteta iznosila je 1,49 i 1,38 a udeo udatih žena ili onih u stabilnoj partnerskoj zajednici starosti između 15 i 49 godina koji je koristio bilo koji kontraceptivni metod 58,3 i 41,2%. Otuda registrovani pad broja abortusa nije realan, jer ne samo da nije bilo rehabilitacije rađanja i ubrzanja tranzicije u sferi kontrole rađanja, već i zbog duge istorije abortusnog problema u Srbiji.

Takođe, mada citirani podaci ne uključuju namerne prekide trudnoće koje se izvrše na Kosovu i Metohiji, potcenjenost broja abortusa se ni delimično ne može objasniti podregistracijom ili neobuhvatanjem podataka o izvršenim namernim prekidima trudnoće na ovom području, jer je Kosovo i Metohiju do 1989. godine karakterisala niska stopa namernih prekida trudnoće.

Osnovni razlog koji se nameće za objašnjenje nepotpunosti zvaničnih podataka o abortusima je taj što oni u najvećem broju slučajeva ne uključuju namerne prekide trudnoće koji se izvrše u privatnim zdravstvenim ustanovama. Takođe, medicinska sestra, odnosno lekar često popunjavanje

propisanog obrasca za prijavu fetalne smrti doživljavaju kao nepotrebnu, nametnutu, dodatnu obavezu, ne osećajući smisao i ne shvatajući značaj podatka kao takvog.

Putem Vestoffovog (Westoff, 2007) modela, izgrađenog na osnovu utvđivanja korelacione veze između stope ukupnih abortusa, stope ukupnog fertiliteta i strukture upotrebe kontracepcije u 67 posmatranih populacija, moguće je utvrditi da je stopa ukupnih abortusa u Srbiji u 2007. godini iznosila 2,76. Ili drugim rečima, prema ovom modelu stopa ukupnih abortusa u Srbiji je vrlo visoka, dva puta je viša od stope ukupnog fertiliteta i među najvišima je u Evropi i svetu (Sedgh et al, 2007).

Abortus nije logično rešenje dileme o vidu kontrole rađanja ne samo što je civilizacijski i moralno najmanje prihvatljiv već, pre svega, zbog posledica koje se tiču i individue i društva. Na mikro nivou posledice su zdravstvene, psihološke i socijalne, a na makro nivou abortus utiče na smanjenje plodnosti i reproduktivnog potencijala stanovništva. Razmatranje komplikacija namernog prekida trudnoće u Srbiji se oslanja na parcijalna istraživanja jednog broja ginekologa, kao i nekoliko studija koje su se kompleksnije bavile ovim problemom. U najznačajnijoj studiji te vrste, kojom je obuhvaćeno 2.359 žena u Srbiji, utvrđeno je, putem testiranja 21 socio-ekonomske, demografske i medicinske varijable, da su namerni prekid trudnoće i, pogotovo, broj indukovanih abortusa u reproduktivnoj istoriji žene važni faktori sekundarne neplodnosti, spontanih abortusa i prevremenih porođaja (Milačić, 1983).

Psihičke posledice indukovanih abortusa su takođe istraživane. Rezultati reprezentativnog anketnog istraživanja o uzrocima velikog broja abortusa u Beogradu su potvrdili da je prekid trudnoće za mnoge žene teško iskustvo (Rašević, 1993). Tako, 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 do te mere uznemirujuće da se ne želi razmišljati o njemu (15,9%).

Metodologija

Prvi put je pojam *abortusna kultura*, koliko nam je poznato, upotrebio Henri Dejvid (Henry David, 1999), posebno ga ne određujući, prilikom razmatranja problema namernog prekida trudnoće u socijalističkim zemljama. Cilj ovog rada je identifikovanje najvažnijih faktora visoke prevalencije indukovanih abortusa u Srbiji, uz istovremeno indirektno

procenjivanje njihove povezanosti sa postojanjem, odnosno nepostojanjem abortusne kulture u nas. U tom smislu smo pokušali da razmotrimo potencijalne faktore koji izviru iz socijalnog sistema (makro determinante) i one koji su vezani za individualni nivo (mikro determinante). Legalni aspekt kontrole rađanja, dokumenta koja određuju politiku zdravstvene zaštite i njihovo sprovođenje, kao i socijalno okruženje su ispitivani kao relevantni makro, a odgovarajuće znanje, stavovi i ponašanje klijenata i zdravstvenih radnika kao potencijalni mikro faktori.

Drugim rečima evaluirani su zakoni koji se odnose na abortus i kontracepciju, sprovođenje seksualne edukacije u školama, obrazovanje zdravstvenih radnika za pružanje saveta iz sfere planiranja porodice i stepen razvijenosti savetovaništva za reproduktivno zdravlje mladih. Karakteristike glavnih protognista donošenja odluke o vidu kontrole rađanja su, pak, razmatrane putem nalaza tri reprezentativa istraživanja i šest dubinskih anketa sprovedenih od 1990. do danas.

Od reprezentativnih istraživanja navedeni su rezultati dve ankete, bazirane na istoj metodologiji, vezane za utvrđivanje zdravstvenog stanja stanovništva Srbije (UNICEF, 2000 i Ministarstvo zdravlja, 2007) i analitičke studije sprovedene sa ciljem da se utvrdi kvalitet zdravstvene zaštite u našoj zemlji (Institut za javno zdravlje, 2008).

Znanje, stavovi i ponašanje zdravstvenih radnika su istraživani u dva maha. Prvi put, 1994. godine, istraživanjem je obuhvaćeno 437 ispitanika, lekara opšte prakse, ginekologa, pedijataru, medicinskih sestara i babica, zaposlenih u 11 domova zdravlja u Beogradu (Ristić, 1994). Drugi put, 2006. godine, na osnovu upitnika koji je poslat članovima Ginekološko-akušerske sekcije Srpskog lekarskog društva (Rašević, Sedlecki, 2007).

Razmatrani su i nalazi dve studije koje su se bavile reproduktivnim zdravljem mladih. Jedna od njih bila je bazirana na upoređivanju znanja i modela kontrole rađanja adolescentkinja drugog razreda srednjih škola u Novom Sadu 1964, 1980. i 2000. (Kapor-Stanulović, Kapamadžija, 2000). U drugoj studiji je ispitivano znanje, stavovi i ponašanje relevantno za kontrolu rađanja 300 seksualno aktivnih devetnaestogodišnjakinja iz Beograda (Sedlecki, Marković, Rajin, 2001).

Stavovi žena koje su se odlučile da namerno prekinu trudnoću prema kontroli rađanja su analizirani na osnovu rezultata istraživanja sprovedenog početkom 1990-ih u Beogradu među 400 ispitanica (Rašević, 1993). Uzeta su u obzir i razmišljanja o modernoj kontracepciji zabeležena u studiji GFK Grupe, koja je 2006. godine obuhvatila 1.000 žena iz Srbije.

Rezultati

Legalni aspekt kontrole rađanja

Veliki broj namernih prekida trudnoće u Srbiji se delimično može objasniti ranom liberalizacijom abortusa u vreme pada nivoa rađanja, a pre nego što je moderna kontracepcija bila razvijena i dostupna (Rašević, 2004). Naime, socio-medicinske indikacije su prihvaćene kao razlog za namerni prekid trudnoće po ugledu na Sovjetski Savez još davne 1952. godine. Od tada je svaki novi zakon koji je donošen u ovoj oblasti bio sve liberalniji. Prvo 1960, zatim 1969. i 1974, i na kraju 1995. godine.

Prema važećem zakonu, abortus se dozvoljava na zahtev trudne žene do navršene 10. nedelje trudnoće, osim kada je to štetno za njeno zdravlje. U slučaju kada je trudnica mlađa od 16 godina, odnosno potpuno lišena poslovne sposobnosti, potrebna je i pismena saglasnost roditelja, odnosno staralaca. Prekid trudnoće čije trajanje prelazi deset nedelja može se izvršiti samo na osnovu medicinskih indikacija (trudnoća predstavlja opasnost za život žene ili može teško narušiti zdravlje žene za vreme trudnoće, porođaja, odnosno nakon porođaja), moralno-pravnih razloga (začeće nastalo usled krivičnog dela), kao i saznanja o mogućnosti rođenja deteta s teškim telesnim ili duševnim nedostacima.

Žena koja želi da namerno prekine trudnoću obraća se direktno ginekologu koji je jedini zakonski ovlašćen da izvrši ovu intervenciju i plaća abortus medicinskoj ustanovi u kojoj se on obavlja. Cena abortusa je visoka i viša je od one koju treba platiti za upotrebu efikasne kontracepcije tokom jedne kalendarske godine. Zakonom, za razliku od niza zemalja, nije predviđen takozvani period čekanja, odnosno neophodno vreme koje treba da prođe između utvrđivanja trudnoće i pribegavanja njenom prekidu. I pored liberalnog stava prema namernom prekidu trudnoće, medicinski, nehiruški abortus u Srbiji nije legalizovan.

Takođe, zakonska osnova vezana za uvođenje kontraceptiva na tržište je komplikovana i finansijski obeshrabrujuća za farmaceutske kompanije. Zbog toga, kombinovana oralna kontracepcija, vaginalni prstenovi, intrauterini ulošci sa levonorgestrelom i bakrom, kondomi i spermicidi su jedini dostupni kontraceptivi na tržištu i nisu besplatni. Nažalost, kontraceptivni flasteri, progestagenske kontraceptivne tablete i dugo-delujuća hormonska kontracepcija u vidu injekcija i implanata se ne nalazi u prodaji. Dalje, sterilizacija u kontraceptivne svrhe nije legalizovana u Srbiji (Sedlecki, Rašević, 2006).

Politika zdravstvene zaštite relevantna za planiranje porodice

Liberalizacija abortusa je osnovni vid podrške ženama u Srbiji vezan za kontrolu rađanja. Promocija moderne kontracepcije je retka i, najčešće, deo široko postavljenih akcija koje se sprovode radi ostvarenja opštijih ciljeva kao što je, na primer, podsticanje rađanja. Zdravstvena zaštita trudnoće i porođaja je u neuporedivo većoj meri zastupljena u dokumentima koja su relevantna za sferu planiranja porodice u odnosu na kontrolu rađanja. Savetovanje o kontracepciji nije postalo sastavni deo nastavnih programa u srednjim medicinskim školama i na medicinskim fakultetima, niti mu je dat odgovarajući prostor na specijalističkim studijama iz ginekologije. Dualitet u politici koja se tiče zaštite reproduktivnog zdravlja žena se jasno ogleda i u činjenici da je u protekloj deceniji svake godine manje od 5% žena u reproduktivnom periodu posećivalo savetovanište za kontracepciju u odnosu na preko 90% trudnica koje su odlazile u savetovanište namenjeno njima (Institut za javno zdravlje, 2008). Imajući u vidu posebne potrebe mladih vezane za zaštitu reproduktivnog zdravlja, treba podvući da mreža savetovaništa za mlade nije u potpunosti razvijena (Sedlecki, 2006). Takođe, seksualna edukacija nije uključena u redovni program rada u osnovnim i srednjim školama (Rašević et al., 2006). Otuda ne čude poslednji podaci Ministarstva zdravlja (2007) koji pokazuju da samo 6,1% adolescentkinja i 11,6% žena starih između 20. i 24. godine u stabilnim partnerskim vezama koristi efikasnu kontracepciju.

Socijalno okruženje

Tradicionalna kontracepcija i indukovani abortus imaju čvrstu socijalnu potvrdu u Srbiji, što uslovljava da javno mnjenje, generalno posmatrano, ne osuđuje namerni prekid trudnoće koja se ne želi ili ne može prihvatiti iz različitih razloga. Generacije žena i muškaraca preveniraju začecje putem prekinutog snošaja i, u slučaju neuspeha ove metode, odlučuju se na abortus. Dva primera dobro ilustruju proabortusno socijalno okruženje u Srbiji. Prvi primer se odnosi na karakteristike žena koje su prekinule trudnoću 1989, poslednje godine pouzdanih podataka o indukovanom abortusu. Velika većina žena koja je namerno prekinula trudnoću te godine bila je u braku (92,1%), starosti između 20 i 39 godina (90,0%) i sa jednim ili dvoje dece (75,8%). Čak gotovo svaka četvrta žena (22,4%) koja je namerno prekinula trudnoću 1989. godine je imala četiri ili više indukovanih abortusa u reproduktivnoj istoriji (Rašević, Sedlecki, 2006).

Drugi primer potvrde neosuđujuće klime prema namernom prekidu trudnoće u Srbiji odnosi se na stavove o seksualnosti i pitanjima bitnim za

reproduktivno zdravlje najbližih lica iz okruženja seksualno aktivnih adolescentkinja. Tako je između petine i trećine intervjuisanih adolescentkinja razgovaralo sa roditeljima o trudnoći i porođaju (32,7%), seksu (21,7%), kontracepciji (27,3%), namernom prekidu trudnoće (24,3%) i seksualno prenosivim bolestima (19,3%). No, značajno viši udeo (46,3%) ispitanica je znao da je njihova majka imala indukovani abortus tokom života (Sedlecki, Marković, Rajin, 2001).

Zdravstveni radnici

Zdravstveni radnici, naročito ginekolozi, doprinose očuvanju abortusne kulture u Srbiji i sporij tranziciji kontrole rađanja od upotrebe tradicionalne kontracepcije ka oslanjanju na moderna sredstva i metode u prevenciji začeca. Prema rezultatima istraživanja sprovedenog ranih 1990-ih godina, stavovi i ponašanje zdravstvenih radnika relevantni za sferu reproduktivnog zdravlja se statistički značajno ne razlikuju od opšte populacije (Ristić, 1994). Veliki udeo (38,7%) zdravstvenih radnika različitih profila u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Beogradu nikada nije koristio kontracepciju, a više od polovine ispitanika (59,0%) ili njihovih partnera imalo je namerni prekid trudnoće. Prosečni broj indukovanih abortusa u ispitivanoj grupi iznosio je 1,30 a maksimalan zabeležen broj namernih prekida trudnoće bio je 11.

Ginekolozi su bili u fokusu istraživanja koje je sprovedeno deset godina kasnije. Rezultati pokazuju da je značajan broj ginekologa u našoj sredini u raskoraku sa principima modernog koncepta planiranja porodice i na ličnom i na profesionalnom nivou (Rašević, Sedlecki, 2007). Tradicionalna kontracepcija (*coitus interruptus*) je najpopularniji metod u prevenciji začeca među ginekolozima (32,7% ispitanika ga je navela kao najduže korišćenu kontracepciju), a gotovo dve trećine ginekologa ili njihovih partnerki (61,8%) je imalo namerni prekid trudnoće. Direktno ili indirektno iskustvo sa dva abortusa ima svaki četvrti (24,5%), sa tri svaki deseti (9,8%), a sa četiri i više namernih prekida trudnoće svaki trinaesti (7,5%) ginekolog.

Ovo istraživanje je pokazalo da su profesionalni pogledi ginekologa o prepisivanju moderne kontracepcije važna barijera za veću upotrebu kombinovane oralne kontracepcije i intrauterinog umetka. Najvažniji nalaz je registrovan otpor velikog broja ispitanika prema savetovanju vezanom za korišćenje intrauterinog umetka, jasnog rezervoara za smanjenje broja ponovljenih abortusa. Čak 75,5% anketiranih ginekologa ne preporučuje korišćenje intrauterinog umetka pacijentkinjama sa promenom na grlicu, koja nije maligne prirode ili zapaljenskog karaktera, i na taj način sprečava znatan broj žena da za dugi niz godina efikasno razreše dilemu o prevenciji začeca. Drugi problem je vezan za sužavanje efikasnog kontraceptivnog

izbora mladim parovima. Naime, polovina ispitanika (51,0%) smatra da kombinovana oralna kontracepcija ne treba da se prepíše devojci mlađoj od 18 godina (Rašević, Sedlecki, 2007).

Žene na riziku za abortus

Rezultati reprezentativnog istraživanja o zdravstvenom stanju stanovništva Srbije (van područja Kosova i Metohije) sprovedenog 2006. godine pokazuju da je 18,6% žena na riziku za nastanak trudnoće koristilo modernu kontracepciju, odnosno kondom, kombinovanu hormonsku kontracepciju ili intrauterini uložak (Ministarstvo zdravlja, 2007). Utvrđeni udeo je nizak i čak znatno niži od relevantnog udela utvrđenog istom metodologijom 2000. godine, kada je registrovano da 33,0% udatih žena ili onih u stabilnoj partnerskoj zajednici, starosti između 15 i 49 godina, koristi modernu kontracepciju (UNICEF, 2000).

Navedeni nalazi otvaraju više pitanja među kojima je najvažnije – zašto se žene u Srbiji u prevenciji trudnoće u većoj meri ne oslanjaju na efikasnu kontracepciju? I pored teorijskih rasprava i niza sprovedenih istraživanja, odgovor na ovo pitanje nije ni potpun ni konačan. Istraživački prodori (Rašević, 1993; Kapor-Stanulović, Kapamadžija, 2000, Sedlecki, Marković, Rajin, 2001, GFK Group, 2006) su, pak, izdvojili specifične faktore vezane za neprihvatanje modernih vrednosti u ovoj sferi u našoj sredini. Među njima najvažniji su perzistiranje velikog psihološkog otpora prema upotrebi kombinovane hormonske kontracepcije i intrauterinog uložka, i oslanjanje na *coitus interruptus* da bi se izbegao potencijalni sukob sa partnerom i kontakt sa lekarom.

Mada su indukovani abortus i neke moderne kontraceptivne metode podjednako dostupne u Srbiji, za najveći broj žena efikasna kontracepcija nije logično rešenje dileme o vidu kontrole rađanja. One doživljavaju abortus kao ravnopravno rešenje koje ih, u celini uzev, čak manje psihološki opterećuje. To je utvrđeno intervjuisanjem žena koje su se odlučile na namerni prekid trudnoće u cilju kvantifikovanja njihovog psihološkog opterećenja abortusom i kontracepcijom. Od ispitanica je traženo da rangiraju sa mnogo, malo ili nimalo svoj subjektivni doživljaj svakog od pet potencijalno negativnih faktora oba vida kontrole rađanja (neprijatno iskustvo, štetan po zdravlje, izvor sukoba sa partnerom, komplikovano ostvariv i moralno uznemiravajući). Pokazano je da žene namerni prekid trudnoće doživljavaju kao manje štetan metod po zdravlje od moderne kontracepcije i kao metod čija upotreba nije komplikovana, uprkos neprijatnosti abortusnog doživljaja (Rašević, 1993).

Psihološki otpor žena prema upotrebi moderne kontracepcije se može dobro ilustrovati sledećim zabeleženim razmišljanjima:

"Koristila sam pilulu samo sedam dana. Stalno sam povraćala. Mutilo mi se pred očima. Toliko mi je bilo loše da sam zvala hitnu pomoć"

(pravnica, 31 godina, pet abortusa).

"Spirala stvori tumor u materici i tako sprečava trudnoću"

(radnica, 36 godina, pet abortusa).

"Moja majka nikada nije koristila pilulu ni spiralu i zato je zdrava"

(radnica, 36 godina, četiri abortusa).

"Moderna kontracepcija je veoma štetna, razara ceo organizam"

(konobarica, 37 godina, deset abortusa).

Da vlada strah da je moderna kontracepcija štetna po zdravlje, kako među onima koji je koriste tako i među onima koji ne upotrebljavaju kontracepciju, pokazano je i u poslednjem sprovedenom istraživanju (GFK Group, 2006). Među ispitanicama koje koriste kontracepciju, tri glavna razloga zašto nikada nisu upotrebljavale kombinovanu hormonsku kontracepciju su da je ona nezdrava (19,0%), štetna (18,0%) i da prouzrokuje mnogo sporednih efekata (14%). Intervjuisane žene koji ne koriste kontracepciju imaju slične, ali još negativnije stavove, prema kombinovanoj hormonskoj kontracepciji. Naime, gotovo svaki treća ispitanica smatra da je ova kontracepcija nezdrava (31,0%), svaki peta da je štetna (21,0%), a čak svaka deveta da je nepotrebna (9,0%).

Isto istraživanje je potvrdilo da psihološki otpor prema modernoj i efikasnoj kontracepciji u našoj sredini nije samo karakterističan za žene. Rezultati su pokazali da su i njihovi partneri protiv upotrebe moderne kontracepcije, jer je štetna po zdravlje. Samo 11% anketiranih žena smatra da bi kombinovana hormonska kontracepcija ili intrauterini uložak bio kontraceptivni izbor koji bi podržali njihovi partneri.

Važna prepreka za upotrebu kontracepcije su i ozbiljne zamerke žena na ponašanje ginekologa. Gotovo polovina ispitanica (45,0%) u jednoj studiji (Rašević, 1993) ističe negativno iskustvo tokom traženja kontraceptivnog saveta. One insistiraju na otvorenoj diskusiji o kontracepciji koja će biti okrenuta njima, kao posebnoj individui, njihovim problemima, strahovima, vrednostima, umesto formalnog kontakta sa ginekologom.

Zaključak

Prednost ove vrste istraživanja je što uzima u obzir različite izvore podataka u cilju evaluacije širokog spektra mogućih uzroka visoke prevalencije namernog prekida trudnoće i postojanja/nepostojanja abortusne kulture u

Srbiji. Kao najvažniji faktori dugog trajanja abortusnog problema izdvojeni su laka dostupnost namernog prekida trudnoće kombinovana sa jasnim teškoćama vezanim za efikasnu upotrebu kontracepcije; nedovoljno znanje o modernoj kontracepciji, ne samo među ženama i muškarcima koji imaju potrebu za prevencijom začeća, već i među zdravstvenim radnicima, uključujući i ginekologe; čvrsta socijalna baza za tradicionalni model kontrole rađanja; psihološki otpor prema kombinovanoj hormonskoj kontracepciji i intrauterinom ulošku; i ograničeno sprovođenje programa za planiranje porodice. Svi izdvojeni mikro i makro faktori visoke prevalencije namernog prekida trudnoće u Srbiji potvrđuju postojanje abortusne kulture u našoj sredini. Njihova priroda, pak, ukazuje na prisutnost abortusne kulture na svim nivoima u Srbiji – političkom, obrazovnom, zdravstvenom i individualnom. Sa druge strane, ograničenja ovakvog istraživačkog pristupa vezana su za prikupljanje podataka iz anketa koje su sprovedene u širokom vremenskom rasponu, one dubinskog tipa su bile uglavnom regionalnog karaktera, i u nekoliko njih uzorak je bio relativno mali.

Istovremeno, nalazi preduzetog istraživanja upućuju i na moguća rešenja za ublažavanje abortusnog problema u Srbiji. Najvažnija su uključivanje seksualne edukacije u nastavne programe osnovnih i srednjih škola; razvijenost mreže savetovaništva za reproduktivno zdravlje mladih; uvođenje principa za kontraceptivno savetovanje u sva relevantna dokumenta politike zdravstvene zaštite; i unapređenje znanja i veština zdravstvenih radnika koji daju kontraceptivni savet. Pored ginekologa, neophodno je uključiti i lekare opšte prakse, kao i babice i patronažne sestre u pružanje saveta o izboru vida kontrole rađanja. Relevantne informacije treba distribuirati i drugim komunikacijskim kanalima. Bitno je da poruke koje stižu do žena i muškaraca budu neosuđujuće i da podstiču nezavisnu odluku parova o modelu kontrole rađanja zasnovanu na znanju. Dodatno, ostvarivanje seksualnih i reproduktivnih prava u svakoj populaciji podrazumeva i punu dostupnost svih kontraceptivnih izbora, uključujući i mogućnost izbora kontraceptivnog flastera, progestagenskih tableta, dugo-delujuće hormonske kontracepcije i voljne sterilizacije u kontraceptivne svrhe. Sve ove aktivnosti podrazumevaju spremnost države, vlade i niza njenih institucija, da rešavaju abortusni problem i menjaju abortusnu klimu ka atmosferi koja je podržavajuća za upotrebu efikasne kontracepcije. Prvi korak je prihvatanje abortusnog pitanja kao ozbiljnog socio-medicinskog problema.

Dugo trajanje velikog broja abortusa u Srbiji ukazuje na brojne i stabilne faktore koji ga prouzrokuju. Povezivanje najvažnijih od njih sa postojanjem abortusne kulture u našoj sredini čini problem namernih prekida trudnoće još teže rešivim. Otuda se očekuje da će oslanjanje na tradicionalnu kontracepciju koja posledično uključuje i upotrebu namernog prekida

trudnoće biti prisutno i u godinama koje dolaze. Od mogućnosti i spremnosti države da se suoči sa problemom abortusa, znatno će zavisiti dužina njegovog trajanja. To podrazumeva uvođenje modernog koncepta planiranja porodice na političkom nivou, odnosno na nivou obrazovnog i zdravstvenog sistema. Posledično, ove promene će omogućiti pojedincima i parovima da donose odluke u sferi kontrole rađanja, budu informisani, podržani od zdravstvenih radnika, kao i na bazi pune dostupnosti svih modernih kontraceptiva na tržištu.

Literatura

- DAVID, H. (1999). *From Abortion to Contraception – A Resource to Public Policies and Reproductive Behaviour in Central and Eastern Europe from 1917 to the Present* (Greenwood Press, London, Westport Connecticut).
- DOKIĆ, D. (ed.) (1998). *Zdravstveno stanje stanovništva Srbije 1986-1996, Analitička studija* (Beograd: Institut za zaštitu zdravlja Srbije "Dr Milan Jovanović Batut").
- GFK GROUP (2006). *Attitudes and Usage of Birth Control Methods: Romania/Serbia & Montenegro* (unpublished data).
- HENSHAW, S.K., E. MORROW (1990). *Induced Abortion – A World Review 1990 supplement* (New York: The Alan Guttmacher Institute).
- INSTITUT ZA JAVNO ZDRAVLJE REPUBLIKE SRBIJE "BATUT" (2008). *Zdravlje stanovnika Srbije – Analitička studija 1997-2007*. (Beograd: Institut za javno zdravlje Republike Srbije "Batut").
- KAPOR-STANULOVIĆ, N., A. KAPAMADŽIJA (2000). "Follow up studija o znanju i ponašanju mladih u regulaciji fertiliteta", *Socijalna misao*, br. 3-4, 149-54.
- MILAČIĆ, D. (1983). *Medicinski i socijalni aspekti problema humane reprodukcije u Srbiji* (Beograd: Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu).
- MINISTARSTVO ZDRAVLJA REPUBLIKE SRBIJE (2007). *Istrazivanje zdravlja stanovnika Republike Srbije* (Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije).
- NOVAK, F. (1964). "Problem neželjene trudnoće", *Zbornik radova – V Kongres ginekologa i opstetičara*, Sarajevo, 5-18.
- RAŠEVIĆ, M. et al. (2006). *Azbuka reproduktivnog zdravlja* (Beograd: Ministarstvo rada i socijalne politike).
- RAŠEVIĆ, M., K. SEDLECKI (2006). "Endemija abortusa u Srbiji", *Teme*, br. 1, 69–73.

- RAŠEVIĆ, M., K. SEDLECKI (2007). "Ginekolozi i abortusno pitanje u Srbiji", *Stanovništvo*, god. XLV, br.1, 33-45.
- RAŠEVIĆ, M. (2008). "Da li je evidentiran broj abortusa u Srbiji realan?", *Stanovništvo*, god. XLVI, br.2, 7-21.
- RAŠEVIĆ, M. (1993). *Ka razumevanju abortusa u Srbiji* (Beograd: Centar za demografska istraživanja Instituta društvenih nauka).
- RAŠEVIĆ, M. (2004). "The Question of Abortion in Serbia", *Espace-Populations-Sociétés*, No. 3, 681-93.
- RISTIĆ, J. (1994). "Zdravstveni radnici i planiranje porodice", *Stanovništvo*, god. XXXII, br. 3-4, 27-52.
- SEDGH, G., S. et all. (2007). "Legal Abortion Worldwide: Incidence and Recent Trends", *International Family Planning Perspectives*, Volume 37, Number 3.
- SEDLECKI, K., A. MARKOVIĆ, G. RAJIN (2001). "Zdravstveni aspekt seksualnosti kod adolescenata" *Srp Arh Celok Lek*, br.129, 109-13.
- SEDLECKI, K., M. RAŠEVIĆ (2006). "Attitudes to Voluntary Sterilization in Serbia: Women's and Gynecologists' Points of View", *Eur J Contracept Reprod Health Care*, No. 11, 277-84.
- SEDLECKI, K. (2006). "Značaj zaštite reproduktivnog zdravlja adolescenata za ublažavanje problema nedovoljnog rađanja", u: Šulović V., T. Vejnović (ured.) *Kako zaustaviti belu kugu u Srbiji* (Beograd: Srpska akademija nauka i umetnosti, Ginekološko akušerska sekcija SLD), str. 32-40.
- SEDLECKY K., M. RAŠEVIĆ (2008). "Are Serbian Gynaecologists in Line with Modern Family Planning?", *Eur J Contracept Reprod Health Care*, No. 13, 158-63.
- UNICEF (2000). *Multiple Indicator Cluster Survey I* (Belgrade: UNICEF).
- WESTOFF, C. (2007). "A New Approach to Estimating Abortion Rates", CICRED International Seminar on *Measurement of Abortion Incidence, Abortion-Related Morbidity and Mortality*, Paris, 7-9 November 2007.

Mirjana Rašević, Katarina Sedlecki

The Abortion Culture Issue in Serbia

S u m m a r y

The problem of a large number of abortions in our country was first pointed out as far back as 1935 at the 17th Congress of Yugoslav Physicians. The abortion problem in Serbia is still present today, even though modern science has provided new methods and means which are a logical solution to the dilemma on birth control methods from the health and social aspect. Namely, total abortion rate in Serbia was estimated at 2.76 in the year 2007. It is very high; double the number of the total fertility rate and among the highest in Europe and the world.

The term *abortion culture* was first used, as far as we know, by Henry David in the introduction of the book *From Abortion to Contraception - A Resource to Public Policies and Reproductive Behavior in Central and Eastern Europe from 1917 to the Present* in 1999, without specifically determining it. The aim of this paper is to identify the most important factors of the deterministic basis of endemic induced abortions in Serbia together with indirectly estimating their connection with the existence, namely nonexistence, of the abortion culture in our country.

In that sense, potential factors of abortion incidence in Serbia which emerge from the social system and those connected to the individual level have been considered. In other words, a series of laws and other legal and political documents have been analyzed which are significant for perceiving the abortion matter, as well as institutional frameworks for family planning, health services, educating the youth regarding reproductive health, including findings of numerous researches carried out among women of various age and doctors from 1990 till present day in Serbia.

The following most significant factors for the long duration of the abortion problem have been singled out: insufficient knowledge of modern contraception, a belief that modern contraceptive methods are harmful to health and a number of psychological barriers as well as those arising from relationships with partners. Gynecological attitudes about modern contraception and behavior do not differ significantly from the rest of the population. Additionally, there are few organized efforts to promote sex education, as well as limitations in the family planning programme.

Distinguished macro and micro factors of traditional birth control in Serbia confirm the existence of the abortion culture. The nature of these factors though, indicate to the presence of the abortion culture in our country on the political, educational, health and individual level. The abortion culture obstructs the adoption of a modern concept of family planning and points out to the persistence of the abortion problem in our country in the years to come.

Key words: *abortion, culture, Serbia*