

DA LI JE EVIDENTIRANI BROJ ABORTUSA U SRBIJI REALAN?

*Mirjana RAŠEVIĆ**

Dominacija tradicionalnog modela kontrole rađanja obeležava stanovništvo Srbije u 20. veku. Konzervativna, neefikasna kontracepcija, u velikoj meri inkorporirana u sistem vrednosti, postala je prirodni deo seksualnog odnosa i predstavlja, sa individualnog stanovišta, racionalan preventivni izbor. No, kada se iz različitih razloga trudnoća ne želi ili ne može prihvatiti, pribegava se njenom namernom prekidu. Otuda duga istorija velikog broja abortusa u Srbiji. Na rasprostranjenost abortusa u našoj sredini prvi put je ukazano na 17. Kongresu jugoslovenskih lekara daleke 1935. godine (Novak, 1964). Posle Drugog svetskog rata Zavod za zdravstvenu zaštitu je, prvo putem anketa, a zatim i redovnom registracijom abortusa, počeo da prikuplja podatke o broju namernih prekida trudnoće koji se vrše u zdravstvenim ustanovama. Ovi podaci ukazuju na gotovo neprekidni trend porasta namernih prekida trudnoće i dokumentuju postojanje abortusne endemije u Srbiji do poslednje decenije 20. veka (Rašević, Sedlecki, 2006). Mada je prijava svake fetalne smrti zakonska obaveza, od 1990-ih godina postoji sumnja vezana za prikupljanje podataka o namernom prekidu trudnoće, jer se iz godine u godinu registruje sve manji broj abortusa.

Da li su podaci o broju namernih prekida trudnoće koji se registruju potpuni? Ili drugim rečima, da li se odigrava kvalitativan pomak u sferi reproduktivnog ponašanja stanovništva Srbije na šta ukazuju abortusni podaci Zavoda za zaštitu zdravlja? Odgovor se može tražiti na najmanje tri načina. Prvi je indirektni način putem razmatranja da li je moguća radikalna promena u sferi kontrole rađanja od 1990-ih godina, imajući u vidu svu složenost abortusnog pitanja u Srbiji, kao i širi društveni kontekst vezan za poslednju deceniju prošlog i početak ovoga veka. Odnosno, neophodno je analizirati – da li dugogodišnje tendencije i karakteristike namernog prekida trudnoće, uključujući i determinističku osnovu tradicionalnog modela kontrole rađanja

* Centar za demografska istraživanja Instituta društvenih nauka, Beograd.

u našoj sredini, nagoveštavaju spontane drastične promene u reproduktivnom ponašanju stanovništva? I paralelno, važno je utvrditi – da li bitisanje stanovništva Srbije u poslednjih petnaestak godina sadrži elemente koji su mogli duboko uticati na bitno drugačije ponašanje vezano za kontrolu prirodnog potencijala za rađanje dece ili ne?

U radu se razmatra kvalitet zvaničnih podataka o abortusima i na drugi, direktan način. Naime, veliki pad indukovanih abortusa, teorijski posmatrano, može da bude posledica rasta nivoa rađanja dece ili, pak, ubrzanja tranzicije kontrole rađanja od upotrebe tradicionalne i neefikasne kontracepcije ka korišćenju modernih i efikasnih metoda i sredstava u prevenciji začeca. Otuda se analizira kretanje fertiliteta stanovništva, sa posebnim osvrtom na vremenski period od 1990-ih godina do danas i rezultati dostupnih anketnih istraživanja o strukturi upotrebe kontracepcije u cilju otkrivanja da li postoje objektivne pretpostavke za smanjivanje broja namernih prekida trudnoće ili ne. Odgovor na pitanje postavljeno u naslovu se pokušao dobiti i, na treći način, procenjivanjem rasprostranjenosti namernih prekida trudnoće. U tom smislu konsultovana je relevantna literatura i odabran najadekvatniji način, Vestoffov metod (Westoff, 2008), za izračunavanje stope ukupnih abortusa u Srbiji (van područja Kosova i Metohije) u 2006. godini.

Složenost abortusnog pitanja

Na abortusni problem u Srbiji ukazano je na 17. Kongresu jugoslovenskih lekara, održanom davne 1935. godine u Beogradu. Ova razmišljanja stručnih krugova potvrdio je Glavni sanitetski savet, procenivši da se u Jugoslaviji godišnje namerno (legalno i ilegalno) prekine oko 300.000 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 prihvaćen.

Podaci o broju abortusa u 1960. (84.735), 1961. (95.196) i 1967. godini (131.502) su nepotpuni, ali i kao takvi ukazuju na trend porasta namernih prekida trudnoće koji se u to vreme vrše u zdravstvenim ustanovama u Srbiji. 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 Zavoda za zdravstvenu zaštitu iz 1964. prema čijim rezultatima je preko 95% dozvoljenih abortusa vršeno na osnovu socijalnih, a samo 5% na osnovu medicinskih i pravno-etičkih indikacija (Mojić, 1967).

Pouzdani podaci o namernim prekidima trudnoće u Srbiji postoje od 1969. godine pune liberalizacije abortusa, do 1989. godine i dokumentuju postojanje abortusne endemije u tom vremenskom periodu. Naime, od 1969. do 1985. broj indukovanih abortusa bio je u stalnom porastu. On se povećao od 162.643 u 1969. na 214.806 u 1985. godini ili za jednu trećinu (indeks 132). Treba podvući da je u ovom periodu broj namernih prekida trudnoće rastao znatno brže do 1980. godine. Podaci za 1986, 1987. i 1988. godinu pokazuju postepeno smanjivanje apsolutnog broja abortusa u Srbiji (212.400, 205.343 i 193.558, respektivno). U 1989. godini, sa nivoom od 193.755, ukupan broj namernih prekida trudnoće je bio minimalno viši nego u prethodnoj kalendarskoj godini.

Izraženi u relativnom smislu namerni prekidi trudnoće pokazuju istu tendenciju. Evidentan je i relativan porast indukovanih abortusa do 1985. ili 1986. godine kada počinje da opada broj abortusa meren na živorođenu decu i broj žena u fertilnom periodu. Broj abortusa meren na 100 živorođene dece u 1969. godini iznosio je 107,0, u 1986. 138,0, a u 1989. godini 133,7. Stope abortusa pokazuju da je u 1969. godini svaka četrnaesta žena u reproduktivnom dobu života imala prekid trudnoće, u 1985. svaka jedanaesta, a u 1989. godini svaka dvanaesta.

Struktura žena koje su imale namerni prekid trudnoće u 1989. godini u Srbiji pokazuje da je oko 90% njih bilo staro između 20 i 39 godina, više od 90% je bilo udato, 75,8% je imalo jedno ili dvoje dece, a gotovo svaka četvrta žena (22,4%) je imala 4 ili više indukovanih abortusa u reproduktivnoj istoriji.

Regionalno posmatrano, presudan uticaj na veličinu problema abortusa u Srbiji imala su niskonatalitetna područja. Posmatrani u odnosu na broj žena u plodnom periodu, u 1989. godini indukovani abortusi bili su najrasprostranjeniji u centralnoj Srbiji (95,1 na 1000 žena u fertilnom periodu), zatim u Vojvodini (74,1), a daleko ih je najmanje bilo na Kosovu i Metohiji (24,1). Niska stopa abortusa na Kosovu i Metohiji može se objasniti, pre svega, umereno visokim nivoom rađanja na ovom području.

Sumnja u pouzdanost podataka vezanih za registraciju namernih prekida trudnoće pojavila se već 1990. godine. Ona je bila bazirana na potpuno različitoj tendenciji kretanja abortusa u područjima sa istim reproduktivnim modelom. Naime, u centralnoj Srbiji je registrovan blagi pad, a u Vojvodini visok porast (24,8%) broja prekida trudnoće. U narednim godinama broj abortusa koji se registruje iz godine u godinu je sve manji. Tako je 154.449 prekida trudnoće registrovano u 1991, 135.907 u 1992, 113.720 u 1993, 94.382 u 1994, 92.785 u 1995, 80.003 u 1996, 60.723 u 1997, 55.360 u

1998, 43.771 u 1999. i 42.322 u 2000. godini. I u periodu 2000-2007. se iz godine u godinu beleži sve manji broj abortusa. Oficijelni podaci su 34.255, 30.794, 29.856, 29.856, 26.645, 25.665 i 24.273, respektivno.

Citirani podaci od 1991. godine delimično (Rašević, 1995), a od 2001. godine i potpuno ne uključuju broj namernih prekida trudnoće koje se izvrše na Kosovu i Metohiji. Imajući u vidu da je ovo područje do 1989. godine karakterisala niska stopa abortusa, suprotna tendencija u broju namernih prekida trudnoće, koja se beleži u poslednjoj deceniji prošlog i prvim godinama ovoga veka u Srbiji, ne može se ni delimično objasniti podregistracijom ili neobuhvatanjem podataka o izvršenim abortusima na području Kosova i Metohije.

Dugo trajanje abortusnog fenomena u Srbiji ukazuje na brojne i stabilne faktore koji ga determinišu. Istraživački prodori u našoj sredini (Rašević, 1993; Ristić, 1994; Sedlecki, 1998; Kapor-Stanulović, Kapamadžija, 2000; Rašević, Sedlecki, 2007) izdvojili su niz faktora vezanih za neprihvatanje modernih vrednosti u sferi kontrole rađanja. Među njima najvažniji su da tradicionalna kontracepcija i namerni prekid trudnoće imaju čvrstu socijalnu potvrdu, da seksualna edukacija nije nikada postala ni prirodni deo odrastanja u porodici, ni sastavni deo školskih programa, da postoji veliki psihološki otpor prema upotrebi kombinovane hormonske kontracepcije i intrauterinog uložka, kao i da se oslanjanjem na *coitus interruptus* izbegava konflikt između seksualnosti i tehnologije, kontakt sa lekarom, ali i sukob sa partnerom.

Tradicionalna kontracepcija i namerni prekid trudnoće imaju čvrstu socijalnu potvrdu u Srbiji. Generacije žena i muškaraca preveniraju začće pribegavajući prekinutom snošaju i, u slučaju neuspeha ove metode, abortusu. Istovremeno, izostao je organizovan i sistematski društveni uticaj u ovoj sferi. Do liberalizacije abortusa je došlo, po uzoru na Sovjetski savez, u vreme pada nivoa fertiliteta i sasvim skromnog prisustva pojedinih modernih kontraceptivnih sredstava. Uvođenje kombinovane hormonske kontracepcije i intrauterinog uložka je teže u uslovima kada sloboda pristupa abortusu dugo postoji. Inercija je bitan faktor ponašanja i u kontroli rađanja. Pogotovo u uslovima kada pravno regulisanje namernog prekida trudnoće nije pratilo sprovođenje programa za planiranje porodice koji bi promovisao drugačije vrednosti vezane za reproduktivno ponašanje niti uvođenje seksualne edukacije.

Seksualna edukacija nije nikada postala ni prirodni deo odrastanja u porodici, ni sastavni deo školskih programa, odnosno zdravstvenih preventivnih akcija u Srbiji. Teme vezane za seksualni život i kontrolu

rađanja površno dotiče štampa i o njima se manje-više parcijalno i povremeno raspravlja u krugu prijatelja. To je osnovni uzrok nedovoljnog znanja o fiziologiji prokreacije, rizicima pribegavanja namernom prekidu trudnoće i sporadične upotrebe kontracepciji. Rezultati anketnih 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 određenost žena. 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. 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.

Postoji veliki i čak transgeneracijski transfer psihološkog otpora prema upotrebi kombinovane hormonske kontracepcije i intrauterinog uloška. Za najveći broj žena u Srbiji efikasna kontracepcija nije logično rešenje dileme o vidu kontrole rađanja. One doživljavaju tradicionalnu kontracepciju koja uključuje 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 moderne kontracepcije. Ostale bitne komponente su doživljavanje moderne kontracepcije kao obavezujuće, neprirodne, iritirajuće i zato neprijatne, zatim komplikovanost njene primene i izvor sukoba sa partnerom. Većina razloga koji žene ističu kao bitne za odustajanje od kondoma, kombinovane hormonske kontracepcije i intrauterinog uloška su subjektivni i psihološke prirode. 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, odnosno nedefinisana osećanja o sopstvenoj reprodukciji. Često je odustajanje od kontracepcije najlakši put da se izbegne rešavanje konflikta na seksualnom planu.

Psihološki otpor prema modernoj i efikasnoj kontracepciji u našoj sredini nije samo karakterističan za žene. Nemali broj neželjenih trudnoća nastaje jer muškarci izbegavaju da učestvuju u donošenju odluke o vidu kontrole rađanja, prepuštajući ženi da je donese, što najčešće podrazumeva i da posledicu te odluke sama snosi. Takođe, mnogo muškaraca se zalaže samo za ženska kontraceptivna sredstva što upućuje na razmišljanje o psihološkoj ceni u ovakvom stavu. Znatno broju muškaraca je i direktno protiv upotrebe kontracepcije. U objašnjenjima dominiraju razlozi koji su, pre svega, racionalizacija psihološkog otpora. Insistira se na štetnosti moderne kontracepcije po zdravlje partnerke, to jest na kontracepciji kao uzroku

bolesti. Ne shvata se da je orijentacija ka preventivi začeca putem efikasne kontracepcije jedan od bitnih činilaca zdravog načina života.

I ginekolozi, generalno posmatrano, doprinose očuvanju abortusne kulture u Srbiji i sporoj tranziciji kontrole rađanja od upotrebe tradicionalne kontracepcije ka oslanjanju na moderna sredstva i metode u prevenciji začeca. Značajan broj ginekologa u našoj sredini je u raskoraku sa principima modernog koncepta planiranja porodice. Njihovo znanje, stavovi i praksa relevantni za individualne kontraceptivne izbore su nedovoljni, konzervativni, neadekvatni. Tako, *coitus interruptus* je najpopularniji metod u prevenciji začeca i među ginekolozima, a gotovo dve trećine ginekologa ili njihovih partnerki je namerno prekinulo trudnoću. Direktno ili indirektno iskustvo sa dva abortusa ima svaki četvrti, sa tri svaki deseti, a sa četiri i više namernih prekida trudnoće svaki trinaesti ginekolog.

Postoje jasne prepreke različite prirode vezane za dostupnost moderne kontracepcije u Srbiji. Najvažnije su nepostojanje zakonske osnove za korišćenje voljne sterilizacije kao jasnog rezervoara za smanjenje broja abortusa višeg reda i barijere koje se tiču savetovališta za kontracepciju. Na primer, stavovi žena o ostvarivanju uspešnog kontakta sa savetovalištem za kontracepciju otkrivaju koliko su one 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 definisanih kao rešenja u okviru programa za planiranje porodice razvijenih zemalja. Od 1990-ih godina nabrojanim preprekama pridružuje se i visoka cena koštanja pojedinih kontraceptivnih sredstava.

Istovremeno, od 1990-ih godina, u Srbiji se sprovodi samo jedna akcija relevantna za sferu kontrole rađanja. Ona se tiče razvoja mreže savetovališta za reproduktivno zdravlje mladih. Prema modelu koji je razvio Republički centar za planiranje porodice Instituta za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije (Banićević i saradnici, 2002), sastavni deo rada savetovališta za reproduktivno zdravlje mladih, vezanih za delatnost školskog dispanzera doma zdravlja, čini zdravstveno vaspitni grupni rad, individualni savetodavni rad, kao i ispitivanje i lečenje poremećaja reproduktivnog zdravlja mladih oba pola. U kontekstu pitanja koje se razmatra posebno je bitan grupni rad zdravstveno vaspitnog tipa sa adolescentima. Cilj ove aktivnosti savetovališta je da mladi ljudi usvoje osnovna znanja, formiraju pravilne stavove i razviju relevantne veštine da bi očuvali i unapredili svoje reproduktivno zdravlje. U tom smislu ona se kontinuirano programski sprovodi u kratkim vremenskim periodima, ali kroz više faza, odnosno nivoa. Osim pragmatičnih tema vezanih za zdrave stilove života, rizično ponašanje, pubertet, fiziologiju reprodukcije, načine kontrole rađanja, polno

prenosive infekcije, obrađuju se i one vezane za donošenje važnih životnih odluka, veštinu komunikacije, odnose među vršnjacima, partnerske odnose. Pored ginekologa, pedijataru i psihologa u grupni rad zdravstveno vaspitnog tipa sa mladima uključeni su i vršnjački edukatori. Adolescentima su obezbeđene i relevantne agitke i brošure.

Prema ovom modelu otvoreno je tridesetak savetovališta u Srbiji do danas. Otvaranju svakog savetovališta prethodila je edukacija zdravstvenih radnika, praćena deljenjem odgovarajućeg priručnika za primenu jedinstvene metodologije rada sa adolescentima i propagandnog materijala, obukom vršnjačkih edukatora, kao i senzibilizacijom nastavnika srednjih škola, lokalne samouprave i medija za podršku promociji reproduktivnog zdravlja mladih.

Počeci rada savetovališta za reproduktivno zdravlje mladih, međutim, podrazumevaju i postojanje niza teškoća i prepreka koje treba otklanjati. Pored ublažavanja utvrđenih barijera, uz osnaživanje rada postojećih, neophodno je i otvaranje novih savetovališta za reproduktivno zdravlje mladih u drugim većim mestima. Paralelno, važno je aktivirati školski sistem i medije u cilju sveobuhvatnije promocije reproduktivnog zdravlja među adolescentima. Omogućavanje mladim ljudima da učine odgovorne i zdrave izbore vezane za seksualni život je veoma važno. Ali, problem dominacije tradicionalnog modela kontrole rađanja u Srbiji je ozbiljan i iziskuje mnoge programske akcije. Najvažnija rešenja su širenje relevantnih znanja, razvijanje mreže servisa za planiranje porodice, uključivanje lekara i zdravstvenih radnika različitih profila u edukativni rad vezan za promociju preventivnog ponašanja, puna dostupnost efikasne kontracepcije, izvlačenje muškaraca iz defanzive i razvoj njihove odgovornosti u ovoj sferi i pravna regulativa voljne sterilizacije. Otuda je teško očekivati da je jedna specifična akcija, podrška zdravstvenog sistema očuvanju reproduktivnog zdravlja mladih, dovela do radikalne promene reproduktivnog ponašanja i minimiziranja abortusnog problema u Srbiji.

Reproduktivni model

Da li je do registrovane tendencije konstantnog pada broja namernih prekida trudnoće u Srbiji od 1990-ih godina došlo usled promene reproduktivnog modela? Odnosno, da li u ovom vremenskom periodu niskonatalitetna područja beleže porast rađanja dece i/ili ubrzanje tranzicije kontrole rađanja od upotrebe tradicionalne i neefikasne kontracepcije ka korišćenju modernih i efikasnih metoda i sredstava u prevenciji začeća? Analiza i fertiliteta

stanovništva i strukture upotrebe kontracepcije ne dokazuje postojanje pozitivnih promena u reproduktivnom ponašanju. Naprotiv.

Naime, niskonatalitena područja Srbije u devedesetim godinama XX veka, posle dve decenije stabilizacije nivoa rađanja na nivou 20% ispod potreba proste zamene generacija, beleže jasan pad rađanja. U centralnoj Srbiji stopa ukupnog fertiliteta između 1991. i 1999. opala je sa 1,73 na 1,40, a u Vojvodini sa 1,72 na 1,43 deteta po ženi. U 2000. i 2001. godini nivo rađanja u centralnoj Srbiji i Vojvodini beleži lagani rast, a u periodu 2001-2004. je stabilizovan. U 2005. godini na oba područja se ponovo registruje pad nivoa rađanja koji je delimično uslovljen promenom metodologije. Prema poslednjim podacima, koji se odnose na 2006. godinu, stopa ukupnog fertiliteta u Srbiji, kada se posmatra kao celina (van područja Kosova i Metohije), iznosi 1,44 deteta po ženi. Drugim rečima, na niskonatalitetnim područjima Srbije nivo rađanja je čak 30% ispod potreba prostog obnavljanja stanovništva i ispod je evropskog proseka.

Pad fertiliteta stanovništva od 1990-ih godina se može objasniti jačanjem značaja strukturnih prepreka u složenoj determinističkoj osnovi fenomena nedovoljnog rađanja. Ovaj fenomen je zakonit, jer se u osnovi savremenog reproduktivnog ponašanja nalaze neki od bitnih faktora koji su deo naše civilizacije, bilo da predstavljaju njena pozitivna dostignuća ili njene izrazite slabosti. Tako su, između ostalog, na jednoj strani emancipacija i individualizam, nuklearna porodica i izmenjen položaj žene i dece u njoj, insistiranje na kvalitetu sopstvenog života i kvalitetu života deteta, liberalan zakon o abortusu i dostupnost efikasne kontracepcije, a na drugoj materijalistička svest sa potrošačkim mentalitetom i lični život, razudeniji nego ikada ranije. U novom sistemu vrednosti roditeljstvo je zadržalo visoko mesto, ali se izmenila njegova suština. Neegzistencijalna osnova vrednosti deteta postaje odrednica reproduktivnog ponašanja, jer se ostvaruje sa jednim ili dvoje dece.

Istovremeno, strukturne prepreke, kao što su nezaposlenost, nerešeno stambeno pitanje, problemi čuvanja dece, nezadovoljavajući ekonomski standard i druge pojave iz ovog kruga bile su važan faktor nedovoljnog rađanja dece u svim u socijalističkim zemljama, uključujući i Srbiju. No, one su posebno izražene od poslednje decenije prošlog veka, a nabrojanim barijerama rađanju većeg broja dece u tranziciji socio-ekonomskog sistema pridodati su i novi elementi moguće individualne pasivizacije kao što su, na primer, osećanje nesigurnosti, socijalni maladaptacioni sindrom na izmenjene vrednosti i norme i društvena anomija.

Kraj 20. i početak 21. veka ne obeležava ni pomak ka korišćenju moderne i efikasne kontracepcije. Pošto u Srbiji ne postoji institucionalizovani sistem prikupljanja podataka o primeni kontracepcije, osnovni izvor su anketna istraživanja. Nažalost, ona reprezentativnog tipa se retko sprovode. U vremenskom periodu koji nas se tiče, sprovedene su dva, 2000. i 2006. godine. Rezultati reprezentativnog istraživanja o zdravstvenom stanju stanovništva Srbije (van područja Kosova i Metohije) sprovedenog 2000. godine pokazuju da je 33,0% udatih žena ili onih u partnerskoj zajednici starosti između 15 i 49 godina koristilo modernu kontracepciju, odnosno kondom, kombinovanu hormonsku kontracepciju ili intrauterini uložak (UNICEF, 2000). Utvrđeni udeo je nizak, ali znatno viši od relevantnog udela utvrđenog identičnom metodologijom 2006. godine, kada je registrovano da 18,6% žena na riziku za nastanak trudnoće koristi modernu kontracepciju (Ministarstvo zdravlja, 2007). Rezultati istog istraživanja su pokazali da se najveći broj žena koje su u riziku za nastanak trudnoće, i na početku i na kraju reproduktivnog perioda, oslanja na tradicionalne metode u prevenciji začeća. Naime, moderne metode kontracepcije koristi svaka deveta žena (11,6%) u partnerskim odnosima stara između 20 i 24 godine, prema svakoj osmoj ženi (13,1%) u starosnoj grupi 45-49 godina.

Procena rasprostranjenosti abortusa

Pregled relevantne literature, uključujući i najnoviji izveštaj sa seminara koji je organizovao CICRED (2007), na temu merenja incidencije abortusa i morbiditeta i mortaliteta koji su posledica namernog prekida trudnoće, nudi nekoliko načina za procenu broja abortusa u jednoj populaciji. To su reprezentativna anketna istraživanja, bolnički podaci vezani za hospitalizaciju usled neke akutne komplikacije namernog prekida trudnoće i različiti modeli bazirani na nivou rađanja dece i strukturi upotrebe kontracepcije u jednoj populaciji u određenom vremenu. Pored ovih načina, koji su prihvatljivi za procenu broja abortusa u većem broju različitih populacija, poznati su i oni koji se mogu primeniti samo u specifičnim sredinama kao što su, na primer, utvrđivanje razlike između očekivane i aktuelne polne strukture živorođenih u Indiji ili Kini, koje karakteriše široko rasprostranjeno pribegavanje prekidu trudnoće motivisano favorizovanjem rađanja muške dece.

Problem sa anketnim utvrđivanjem broja namernih prekida trudnoće je nužnost sprovođenja reprezentativnog istraživanja i osetljivost teme vezane za lično iskustvo abortusa. Pouzdanost odgovora zavisi od mnogo faktora, kao što su stepen otvorenosti ličnosti ispitanice, znanje, stavovi, veštine i

prebivališta anketara, sposobnost kreatora upitnika da pitanje o namernom prekidu trudnoće u reproduktivnoj istoriji žene uklopi u druga pitanja zdravstvenog i demografskog tipa, zakonski, moralni i socijalni kontekst vezan za abortus u lokalnom okruženju (Rašević, 2001). Teško je verovati da su podaci o lečenju u bolnici usled komplikacije abortusa u našoj sredini pouzdan izvor informacija, na osnovu kojih bi se mogao proceniti broj abortusa, imajući u vidu izdiskutovane probleme vezane za obaveznu zakonsku registraciju svake fetalne smrti.

Među modelima baziranim na utvrđivanju veze između rađanja, kontracepcije i abortusa, opredelili smo se za Vestofov (Westoff, 2008). On je izgrađen na osnovu utvrđivanja korelacione veze stope ukupnih abortusa (SUA), stope ukupnog fertiliteta (SUF) i strukture upotrebe kontracepcije, odnosno stope moderne kontraceptivne prevalencije (MOD) i stope tradicionalne kontraceptivne prevalencije (TRAD) u 67 posmatranih populacija. Model je dat u različitom izrazu za razvijene zemlje i za zemlje u razvoju. I pored toga što društvo Srbije, kada se razmatra fenomen kontrole rađanja, ima istovremeno i osobenosti razvijenih (na primer, nivo fertiliteta, nivo zdravstvene zaštite) i karakteristike manje razvijenih populacija (dominacija prekinutog snošaja u strukturi upotrebe kontracepcije), poštovana je napomena autora da su nizak nivo rađanja i nizak nivo upotrebe tradicionalne kontracepcije neophodni uslovi za primenu modelskog izraza vezanog za procenu ukupne stope abortusa u razvijenim zemalja. U tom smislu je korišćen dole navedeni izraz Vestofovog modela koji se odnosi na zemlje u razvoju.

$$SUA = 3,67 - 0,033(MOD) + 0,008(TRAD) - 0,334(SUF)$$

Nalazi pomenutog anketnog istraživanja, koje je sproveo Ministarstvo zdravlja na teritoriji centralne Srbije i Vojvodine 2006. godine o strukturi upotrebe kontracepcije među ženama u plodnom dobu koje su u bračnoj ili nekoj drugoj partnerskoj vezi, pokazuju da je 18,6% žena ili njihovih partnera koristilo modernu, a 22,6% tradicionalnu kontracepciju. Prema rezultatima vitalne statistike stopa ukupnog fertiliteta u istoj godini u Srbiji (van područja Kosova i Metohije) iznosila je 1,44. Unošenjem navedenih podataka u model, dobija se da stopa ukupnih abortusa za posmatrano područje u 2006. godini iznosi 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).

* * *

Čini se da je osnovni razlog nerealnih oficijalnih podataka o abortusima to što oni u najvećem broju slučajeva ne uključuju namerne prekide trudnoće koji se izvrše u privatnim zdravstvenim ustanovama. Od 1990-ih godina prisutan je trend širenja mreže privatnih zdravstvenih ustanova u Srbiji u kojima ginekolozi vrše namerne prekide trudnoće. I pored zakonske obaveze najveći broj ovih abortusa se ne registruje, najčešće zato što ustanove ne ispunjavaju propisane uslove neophodne za dobijanje dozvole za obavljanje abortusa. Takođe, medicinska sestra odnosno lekar često popunjavanje propisanog obrasca za registraciju fetalne smrti relevantnog za kvantitativnu i kvalitativnu analizu abortusnog fenomena doživljavaju kao nepotrebnu, nametnutu, dodatnu obavezu, ne osećajući smisao i ne shvatajući značaj podatka kao takvog. Odgovornost u sklopu takvog načina razmišljanja je formalna. To je verovatno posledica neadekvatnog statističkog znanja dobijenog u toku redovnog obrazovanja.

Obrazac, propisan 1978, za registraciju svakog namernog prekida trudnoće koji se obavlja u zdravstvenoj ustanovi sadrži 19 pitanja (Rašević, 1990). Najveći deo je formalne prirode (za potrebe administracije) kao npr. datum prijema, nosilac zdravstvenog osiguranja, broj istorije bolesti, i slično. Drugi deo pitanja se, pak, postavlja ženi koja se odlučila da namerno prekine trudnoću i tiče se njene starosti, bračnog statusa, zanimanja, broja žive dece i broja prethodnih namernih abortusa u cilju dubljeg razumevanja abortusnog pitanja. Ginekolog popunjava pitanja vezana za vrstu abortusa, komplikacije nastale tokom prekida trudnoće, uključujući i uzrok smrti, i gestacionu starost.

Abortusni problem u Srbiji je ozbiljan, kompleksan i zahteva rešavanje. To pretpostavlja sprovođenje više pravaca mera, uključujući i rešavanje pitanja registrovanja namernih prekida trudnoće. Utvrđivanje realnog broja abortusa u jednoj sredini je bitno, jer se na taj način skreće pažnja na ovaj zdravstveni i društveni problem i omogućava evaluacija akcija koje se preduzimaju za njegovo ublažavanje. Najbolji način da se obezbede podaci o prekidima trudnoće je registracija svakog slučaja u zdravstvenim ustanovama koje obavljaju abortus. U obrascu za prijavu prekida trudnoće pored postojećih obeležja trebalo bi uključiti još nekoliko varijabli kao što su na primer obrazovanje žene ili upotreba kontracepcije, kao i preformulisati neke od postojećih u skladu sa potrebama koje zahteva komparativna međunarodna analiza. Bilo bi poželjno i da pitanja lične prirode anonimno na dan zakazivanja intervencije popunjava sama žena koja prekida trudnoću. Ostaje da država problemu abortusa posveti dužnu pažnju i stavi pod kontrolu privatne zdravstvene ustanove u kojima ginekolozi vrše abortuse, kao i da promovise ulogu i značaj statistike među zdravstvenim radnicima.

Literatura

- BANIĆEVIĆ, M. i dr. (2002). *Sačuvajmo zdravlje* (Beograd: UNICEF).
- CICRED (2007). "Summary Report", International Seminar on *Measurement of Abortion Incidence, Abortion-Related Morbidity and Mortality*, Paris, 7-9 November 2007.
- JOHNSTON, H. B., H. KENNETH (1996). "Induced Abortion in the Developing World: Indirect Estimates", *International Family Planning Perspectives*, Volume 22, Number 3, September.
- KAPOR-STANULOVIĆ, N., A. KAPAMADŽIJA (2000). "Follow-up studija o znanju i ponašanju mladih u regulaciji fertiliteta (1964-1980-2000)", *Socijalna misao*, broj 3-4.
- MINISTARSTVO ZDRAVLJA (2007). *Istraživanje zdravlja stanovnika Republike Srbije* (Beograd: Ministarstvo zdravlja).
- MOJIĆ, A. (1967). *Pobačaj i regulisanje začeca* (Beograd: Medicinska knjiga).
- NOVAK, F. i saradnici (1964). "Problem neželjene trudnoće", Zbornik radova – *V kongres ginekologa opstetičara Jugoslavije* (Sarajevo).
- RAŠEVIĆ, M. (1989/1990). "Sadržaj i kvalitet podataka o prekidu trudnoće", *Stanovništvo*, broj 1-4/1-2.
- RAŠEVIĆ, M. (1993). *Ka razumevanju abortusa u Srbiji* (Beograd: Centar za demografska istraživanja Instituta društvenih nauka).
- RAŠEVIĆ, M. (1999). *Planiranje porodice kao stil života* (Beograd: Centar za demografska istraživanja Instituta društvenih nauka).
- RAŠEVIĆ, M. (2001). *Fertilitet i reproduktivno zdravlje stanovništva Republike Crne Gore* (Podgorica: UNICEF)
- RAŠEVIĆ, M. (ured.) (1995). *Razvitak stanovništva Srbije 1950-1991*. (Beograd: Centar za demografska istraživanja Instituta društvenih nauka).
- RAŠEVIĆ, M., K. SEDLECKI, (2006). "Endemija abortusa u Srbiji ", *Naše teme*, broj 1.
- RAŠEVIĆ, M., K. SEDLECKI, (2007). "Ginekolozi i abortus", *Stanovništvo*, broj 1.
- RISTIĆ, J. (1994). "Zdravstveni radnici i planiranje porodice", *Stanovništvo*, broj 3-4.
- ROSSIER, C. (2003). "Estimating Abortion Rates: A Review", *Studies in Family Planning*, Vol. 24, No.2, June.

- SEDGH, G., S. et all. (2007). "Legal Abortion Worldwide: Incidence and Recent Trends", *International Family Planning Perspectives*, Volume 37, Number 3.
- SEDLICKI, K. (1998). *Značaj ispitivanja cervicitisa čiji je uzročnik Chlamidia Trachomatis u seksualno aktivnih adolescentkinja*, doktorska disertacija (Beograd: Medicinski fakultet).
- UNICEF (2000). *Multiple Indicator Cluster Survey II, The Report for The Federal Republic of Yugoslavia* (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

Da li je evidentirani broj abortusa u Srbiji realan?

Rezime

Od 1990-ih iz godine u godinu se registruje sve manji broj abortusa u Srbiji. Da li su abortusni podaci Zavoda za zaštitu zdravlja potpuni? Ili drugim rečima, da li se poslednje dve decenije odigrava kvalitativan pomak u sferi reproduktivnog ponašanja stanovništva Srbije? U ovom radu odgovor na postavljeno pitanje je tražen na tri načina. Prvo, na indirektni način putem razmatranja da li je moguća radikalna promena u sferi kontrole rađanja od 1990-ih godina, imajući u vidu svu složenost abortusnog pitanja u Srbiji, kao i širi društveni kontekst vezan za poslednju deceniju prošlog i početak ovoga veka. U ovome prilogu se kvalitet zvaničnih podataka o abortusima razmatra i na drugi, direktan način. Naime, veliki pad indukovanih abortusa, teorijski posmatrano, može da bude posledica rasta nivoa rađanja dece ili, pak, ubrzanja tranzicije kontrole rađanja od upotrebe tradicionalne i neefikasne kontracepcije ka korišćenju modernih i efikasnih metoda i sredstava u prevenciji začeca. Otuda se analizira kretanje fertiliteta stanovništva, sa posebnim osvrtom na vremenski period od 1990-ih godina do danas i rezultati dostupnih anketnih istraživanja o strukturi upotrebe kontracepcije u cilju utvrđivanja da li postoje objektivne pretpostavke za smanjivanje broja namernih prekida trudnoće ili ne. Odgovor na pitanje postavljeno u naslovu se pokušao dobiti i, na treći način, procenjivanjem rasprostranjenosti namernih prekida trudnoće. U tom smislu konsultovana je relevantna literatura i odabran Vestofov metod za izračunavanje stope ukupnih abortusa u Srbiji (van područja Kosova i Metohije) u 2006. godini.

Posle sagledavanja izabranog zadatka iz sva tri ugla, čini se da nema dileme da oficijelni podaci o broju abortusa u Srbiji nisu realni. Nameće se da je osnovni razlog nepotpunih zvaničnih podataka o abortusima to 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.

Abortusni problem u Srbiji je ozbiljan, kompleksan i zahteva rešavanje. To pretpostavlja sprovođenje više pravaca mera, uključujući i rešavanje pitanja registrovanja namernih prekida trudnoće. Utvrđivanje realnog broja abortusa u jednoj sredini je bitno, jer se na taj način skreće pažnja na ovaj zdravstveni i društveni problem i omogućava evaluacija akcija koje se preduzimaju za njegovo ublažavanje. Ostaje da država problemu abortusa u Srbiji posveti dužnu pažnju i stavi pod kontrolu privatne zdravstvene ustanove u kojima ginekolozi vrše abortuse, kao i da promoviše ulogu i značaj statistike među zdravstvenim radnicima.

Ključne reči: *namerni prekid trudnoće, podregistracija abortusa, Srbija*

Mirjana Rašević

Is the Number of Registered Abortions in Serbia Realistic?

S u m m a r y

Ever since the 1990's the number of registered abortions in Serbia has been decreasing from year to year. Are the abortion data of the Public Health Institute complete? In other words, has there been a qualitative shift in the sphere of reproductive behavior of Serbia's population in the last two decades? This paper deals with the raised question in three ways. First, in an indirect way, by analyzing whether a radical change in birth control since the 1990's has been possible, having in mind the complexity of the abortion issue in Serbia, as well as the broad social context regarding the last decade of the last century and beginning of this one. The second way deals more directly with the quality of the official data on abortions. Namely, the great decrease in the number of induced abortions, theoretically observed, may be a consequence of the increased level of births, or possibly acceleration in the birth control transition from the use of traditional and inefficient contraception to the usage of modern and efficient methods and means for conception control. For this reason, population fertility trends were analyzed, with a special review on the time period from the 1990's till present day and the results of the available surveyed researches on the structure of contraception usage in order to determine whether objective assumptions exist for the decrease in the number of induced abortions or not. The third way to reach an answer to the raised question in the title was attempted by estimating the scope of induced abortions. In that sense, relevant literature was consulted and the Westoff method chosen for calculating the rate of total abortions in Serbia (excluding Kosovo and Metohia) in the year 2006.

After examining the set task from all three sides, there seemed to be no doubt that the official data on the number of abortions in Serbia are not realistic. The basic reason for incomplete official data on abortions seems to be the fact that in most cases induced abortions performed in private health clinics are not included. Moreover, nurses, namely doctors often experience the filling out of prescribed forms for registration of foetal death as unnecessary, imposed, an additional obligation, without sensing the meaning and not understanding the significance of data as such.

The abortion problem in Serbia is serious, complex and demands solving. This assumes the carrying out of many measures, including solving the matter of induced abortions registration. Determination of the realistic number of abortions in a community is very important, because in that way attention is drawn to this health and social problem and enables evaluation of actions to be taken for its alleviation. It remains that the state is to pay due attention to the problem of abortions in Serbia and to put private health clinics in which gynecologists perform abortions under control, as well as to promote the role and significance of statistics among health workers.

Key words: *induced abortions, subregistration of abortions, Serbia*