

Мирјана Рашевић*

СРБИЈА: ТРАНЗИЦИЈА ОД АБОРТУСА КА КОНТРАЦЕПЦИЈИ ИЛИ НЕ?

Abstract: At the end of demographic transition and in its post-transitional phase, according to Tice's model, contraception has become a dominant method of birth control, while induced abortions lag behind with insignificant participation. The stated model is of general type and refers to developed countries today. It is possible that differences also exist between them, but to a small extent. However, significant and even great differences exist between Tice's model and the relation between contraception and induced abortion in Serbia.

Key words: induced abortion, contraception, Serbia

Упоредо са транзицијом фертилитета становништва, развојем контрацепције и либерализацијом намерног прекида трудноће настао је одређен однос између ова три феномена. Имајући у виду различите нивое сваког од њих у току демографског развитка Кристофер Тице (1974) разликује три степена ове везе. Пре демографске транзиције ниво рађања је био висок, а контрола рађања је била незнатна, с тим што је намерни прекид трудноће био знатно распрострањенији од контрацепције. У првој фази демографске транзиције фертилитет је лагано опадао, број абортуса је убрзано растао, док се контрацепција само незнатно ширила. У другој фази транзиције фертилитет је наставио да опада, абортус се још једно краће време ширио, а затим је почео да опада под утицајем све веће распрострањености контрацепције. У трећој фази, фертилитет становништва се стабилизовао на ниском нивоу, прекиди трудноће су наставили да опадају, а контрацепција да се шири. На крају демографске транзиције и у њеној посттранзиционој фази, према Тицеовом моделу, контрацепција је доминантан метод контроле рађања, док намерни прекид трудноће далеко заостаје за њом са незнатним учешћем. Поменути модел је општи и односи се на развијене земље данас. Могуће је да и међу њима постоје разлике, али су оне мањег степена. Сигурно је међутим да постоји знатна па и велика разлика између Тицеовог модела и односа између контрацепције и намерног прекида трудноће у Србији.

Доминација традиционалног модела контроле рађања

Вишедеценијски проблем репродуктивног здравља становништва Србије је распрострањеност конзервативне и неефикасне контроле рађања у којој доминира ослањање на *coitus interruptus*. Велики број истраживања је показао да је прекинути сношај контрацептивни метод са којим много жена почиње заштиту у

* Др Мирјана Рашевић, Институт друштвених наука, Краљице Наталије 45, Београд,
e-mail: mrasevic@eunet.yu

фертилној добу и који најдуже користи током тог периода. Психолошко оптерећење, психолошка цена употребе ове контрацепције је мала. Он се доживљава као метод који није штетан по здравље. Такође, контакт са лекаром није предуслов његовог коришћења. Избегава се и фундаментални конфликт између сексуалности и технологије. Ослањање на *coitus interruptus* не изазива ни сукоб са партнером већ подржава активну сексуалну улогу мушкарца. Избор неефикасне контрацепције одговара личностима које су пасивне, чије психолошко функционисање карактерише ишчекивање, препуштање, враћање у исту ситуацију и круг догађања као и понављање грешке.

Традиционална, неефикасна контрацепција је, у великој мери инкорпорирана у систем вредности, постала је природни део сексуалног односа у нашој средини и представља, са индивидуалног становишта, рационалан превентивни избор. Но, када се из различитих разлога трудноћа не жели или не може прихватити, прибегава се намерном прекиду трудноће. Отуда дуга историја великог броја абортуса у Србији.

Да ли почетак 21. века обележава помак у овај сфери? У том смислу упоредићемо доступне податке везане за употребу контрацепције. Резултати репрезентативног истраживања о здравственом стању становништва Србије (ван подручја Косова и Метохије) спроведеног 2006. године показују да 18,6% жена на ризику за настанак трудноће користи модерну контрацепцију, односно кондом, комбиновану хормонску контрацепцију, или интраутерини уложак (Министарство здравља, 2007). Утврђени удео је низак и чак знатно нижи од релевантног удела утврђеног истом методологијом 2000. године када је регистровано да 33,0% удатих жена или оних у партнерској заједници старости између 15 и 49 година користи модерну контрацепцију (UNICEF, 2000).

Да ли има помака ка коришћењу модерне и ефикасне контрацепције међу младим паровима? Резултати поменутог репрезентативног истраживања о здравственом стању становништва Србије из 2006. године показују да се највећи број жена које су на ризику за настанак трудноће, и на почетку и на крају репродуктивног периода, ослања на традиционалне методе у превенцији зачећа. Наиме, модерне методе контрацепције користи свака девета жена (11,6%) у партнерским односима стара између 20 и 24 године, према свакој осмој жени (13,1%) у старосној групи 45-49 година (Министарство здравља, 2007).

Детерминистичка основа ослањања на традиционалну контрацепцију и намерни прекид трудноће

Наведени налази отварају више питања међу којима је најзначајније зашто нема транзиције од употребе традиционалне контрацепције и намерног прекида трудноће ка модерним и ефикасним методама и средствима превенције зачећа у Србији? И поред теоријских расправа и низа спроведених истраживања одговори на ово питање нису ни потпуни ни коначни.

Неки одговори се намећу. По мишљењу Меја (1969) одвајање секса од репродукције "може да повећа амбиваленцију људи. Такође, постоји и дилема личне одговорности од слободе да се бира Никада нисмо прихватили психолошку и личну одговорност за то ... јер више није Бог који одлучује да ли ћемо имати децу или не, ми одлучујемо. Нова слобода ма колико се желела отвара путеве новим дилемама и савременим анксиозностима".

Истраживачки продори у нашој средини (Рашевић, 1999; Рашевић, Седлецки, 2007), пак, издвајају следеће факторе везане за неприхватање модерних вредности у овој сфери:

- традиционална контрацепција и намерни прекид трудноће имају чврсту социјалну потврду
- постоји велики и чак трансгенерацијски трансфер психолошког отпора према употреби контрацептивне пилуле и интраутериног улошка
- сексуална едукација није никада постала ни природни део одрастања у породици, ни саставни део школских програма
- знање, ставови и пракса гинеколога у примарној здравственој заштити нису у складу са модерним концептом планирања породице
- постојање јасних препрека различите природе везаних за доступност модерне контрацепције (висока цена коштања, непостојање законске основе за коришћење вољне стерилизације, препреке везане за саветовалишта за планирање породице).

Последице ендемије абортуса

Абортус није логично решење дилеме о виду контроле рађања не само што је цивилизацијски и морално најмање прихватљив већ, пре свега, због последица које се тичу и индивидуе и друштва. На микро нивоу последице су здравствене, психолошке и социјалне, а на макро нивоу абортус утиче на смањење плодности и репродуктивног потенцијала становништва. Разматрање компликација намерног прекида трудноће у Србији се ослања на парцијална истраживања једног броја гинеколога, као и неколико студија које су се комплексније бавиле овим проблемом. У најзначајнијој студији те врсте, обухваћено је 2.359 жена у Србији, утврђено је да се ране компликације намерног прекида трудноће јављају у 21,3% случајева, као и да су присутне велике регионалне разлике. Сваки десети абортус у Војводини, сваки пети у Београду, односно скоро сваки трећи у Централној Србији је праћен компликацијом.

Ниво утврђених раних компликација се може оценити као висок, мада су резултати више истраживања потврдили да су озбиљне ране компликације абортуса ретке, али је и ризик њиховог јављања виши у поређењу са индустријским земљама. На пример, перфорација утеруса се јавља на 665 абортуса (Антоновски, 1980). Ране компликације абортуса неретко су узрок хроничних

компликација. У поменутој студији, путем тестирања 21. социо-економске, демографске и медицинске варијабле, утврђено је да су намерни прекид трудноће и, поготово, број индукованих абортуса у репродуктивној историји жене важни фактори секундарне неплодности, спонтаних абортуса и превремених порођаја (Милачић, 1983).

Психичке последице индукованог абортуса су, такође, истраживане. Резултати репрезентативног анкетног истраживања о узроцима великог броја абортуса у Београду су потврдили да је прекид трудноће за многе жене тешко искуство (Рашевић, 1993). Тако, код око 45% жена и два месеца по намерном прекиду трудноће су присутне неразјашњене емотивне реакције везане за абортус. Психолошка траума је различитог степена. Абортус се ретроспективно доживљава као тешко искуство, али без сазнајних трагова (14,0%), болно искуство на које се често мисли (14,6%) или, пак, као искуство које је до те мере узнемирујуће да се не жели размишљати о њему (15,9%).

Промоција модерне и ефикасне контрацепције ...

Проблем доминације конзервативне контроле рађања у Србије и последичне енемије абортуса је озбиљан и изискују многе програмске акције. Најважнија решења су ширење релевантних знања, развијање мреже сервиса за планирање породице, укључивање лекара и здравствених радника различитих профила у едукативни рад везан за промоцију превентивног понашања, пуна доступност ефикасне контрацепције, извлачење мушкараца из дефанзиве и развој њихове одговорности у овој сфери и правна регулатива вољне стерилизације.

Посебне, циљне групе за ширење релевантних знања су адолесценти, мање образоване жене, домаћице и раднице, жене одрасле у малом месту, жене са ниским скором на скали личне ефикасности и нарочито жене које су имале намерни прекид трудноће, односно жене које су имале абортус као адолесценткиње. Истраживања у многим срединама су показала да су жене веома мотивисане и спремне да промене начин контроле рађања непосредно после намерног прекида трудноће. Свест о потреби промене понашања је по свему судећи слабашна да и стварно промени понашање у непосредној будућности. Због тога се дубоко намеће потреба разговора са лекаром о свим релевантним питањима у постабортусној фази, пре него што жена постане пасивна и понови грешку.

... ИЛИ

У противном ће се наставити доминација употребе традиционалне контрацепције и ендемија абортуса у Србији. Односно, и даље ће се бележити размишљања жена о кондому, комбинованој хормонској контрацепцији и интраутерином улошку слична онима добијеним анкетним истраживањем о узроцима великог броја абортуса у Београду (Рашевић, 1993). Цитираћемо их:

- "Гади ми се перзеватив", (студенткиња биологије, 21 година, један абортус).
"Ужасава ме сама помисао на презерватив", (службеница, 27 година, три абортуса).
"Ја секс са кондомом зовем секс у рукавици", (продавачица, 29 година, четири абортуса).
"Кондом боли и пече", (референткиња, 39 година, четири абортуса).
"Кондом је дибидус гњаважа", (филмска оператерка, 30 година, шест абортуса).
"Прекидаш секс па га стављаш кондом. Где је ту спонтаност", (анестезиолог, 36 година, три абортус).
"Седам дана сам само користила пилулу. Стално сам повраћала. Мутило ми се пред очима. Толико ми је било лоше да сам звала хитну помоћ. Лекар се извикао на мене", (правница, 31 година, четири абортус).
"Један дан сам само пила таблете. Глава ми је пуцала. Мислила сам да ћу да умрем", (продавачица, 37 година, шест абортуса).
"Спирала мења положај материце", (комерцијалисткиња, 32 године, пет абортуса).
"Од спитрале отекне читава материца као када ти трн уђе у шаку па се све зацврени и отекне", (економисткиња, 30 година, пет абортуса).
"Спирала створи тумор у материци и тако спречава трудноћу", (текстилна радница, 36 година, пет абортуса).

Дуго трајање проблема распрострањености традиционалног модела контроле рађања указује на бројне и стабилне факторе који га проузрокују. Уважавајући ову чињеницу, као и спорост спонтаних промена, очекује се да ће ослањање на традиционалну контрацепцију која последично укључује и употребу намерног прекида трудноће бити присутно и у годинама које долазе.

Шире гледано више варијанти је могуће. Највише шансе има варијанта која предпоставља благ пад броја намерних прекида трудноће под утицајем све шире употребе модерне и ефикасне контрацепције. Овај процес може бити мање или више спонтан што би значило да ће транзиција од традиционалне ка модерној контрацепцији дуго трајати. Остаје, пак, могућност да држава овом питању посвети знатно већу пажњу него што је то чинила до сада. Од могућности и спремности државе да решава озбиљан проблем распрострањености традиционалног модела контроле рађања, знатно ће зависити дужина његовог трајања.

Треба посебно подвући да опредељење за рестриктивна законска решења везана за намерни прекид трудноће не само да је у супротности са моралним принципима наше цивилизације, да има високу здравствену и психолошку цену, већ није ни довољно ефикасно у либералном окружењу. Абортус је реална потреба, једини потпуно ефикасан метод у превенцији зачећа и једини вид контроле рађања који се заснива на сигурности, а не на вероватноћи зачећа. Но и поред тога, велики број абортуса у једној популацији на почетку 21. века је неприхватљив.

Литература

- Antonovski, A. (1980). Medical Aspect of Induced Abortion, *Fertility and Family Planning in Yugoslavia*, Demographic Research Centre, Institute of Social Sciences, Belgrade.
- Bulatao, R., Bos, E. (1992). The Spread of Fertility Regulation as Collective Behaviour, *Family Planning Programmes and Fertility*, Clarendon Press, Oxford.
- Gerson, K. (1985). *Hard Choices*, University of California Press, Berceley, Los Angeles, London.
- May, R. (1969). *Love and Will*, Northon, New York.
- Милачић, Д. (1983). *Медицински и социјални аспекти проблема хумане репродукције у СР Србији*, Београд, Медицински факултет, докторска дисертација.
- Група аутора (2007). *Истраживање здравља становника Републике Србије*. Београд: Министарство здравља.
- Pearce, K. J. (1981). Psychological Factors and Unwanted Pregnancy, *Abortion: Readings and Research*, Butterworths, Toronto.
- Рашевић, М. (1993). *Ка разумевању абортуса у Србији*, Београд: Институт друштвених наука - Центар за демографска истраживања.
- Рашевић, М. (1999). *Планирање породице као стил живота*, Београд: Институт друштвених наука - Центар за демографска истраживања, Београд.
- Rašević, M. (2004). The Question of Abortion in Serbia, *Space, Populations, Societies*, No. 3.
- Рашевић, М. и Седлецки, К. (2007). Гинеколози и абортус, *Становништво*, бр. 1 (у штампи).
- Rodman, H. (1987). *The Abortion Question*, Columbia University Press, New York.
- Segal, S., Tsui, A., Rogers, S. (ed.) (1989). *Demographic and Programmatic Consequences of Contraceptive Innovations*, Plenum Press, New York.
- Tietze, C. (1974). Overview, *Abortion, Fertility and Changing Legislation: A International Review*, Lexington Books, Lexington.
- UNICEF (2000). *Multiple Indicator Cluster Survey II, The Report for The Federal Republic of Yugoslavia*, Unicef, Belgrade.

Mirjana Rasevic

SERBIA: TRANSITION FROM ABORTION TO CONTRACEPTION OR NOT?

Summary

The several decades continuing reproductive health problem of Serbia's population lies in the widespread conservative birth control method in which reliance on coitus interruptus prevails. Traditional contraceptive means and methods, largely incorporated in the system of values, became a natural part of sexual relations and represented a rational preventive choice from the individual standpoint. Consequentially, when pregnancy is unwanted or cannot be accepted, abortion is used as a resort, hence the long history of a large number of abortions in our country. Abortion is not a logical solution to the dilemma on the birth control method, not only because it is least acceptable from the civilization and moral standpoint, but primarily because of the consequences on the individual and society. On the micro level, there are health, psychological and social consequences, and on the macro level, abortions influence fertility levels and population reproductive potential.

Are there any differences among generations regarding conception prevention? The results of a representative research on the state of health of Serbia's population carried out in 2006 indicate that the largest number of women, who are at risk of becoming pregnant at the beginning and the end of their reproductive period, reply on traditional contraceptive methods. Namely, modern contraceptive methods (condoms, combined oral contraception, intrauterine devices) are used by every 9th women in partner relations between the ages of 20 to 24, in comparison with every 8th woman between 45-49 years old. The stated findings open numerous questions among which the most important one is: why has there not been any change towards the usage of modern and efficient contraception among young partners? Some answers are imposed. Among them, the most important ones are that traditional contraception and abortion have a firm social confirmation and that there is a transgeneration transfer of psychological resistance towards the use of contraception pills and intrauterine devices. Apart from that, sexual education has never become a natural way of growing up in the family, nor is a constituent part of school programs. Finally, by relying on coitus interruptus the contact with the physician is avoided as well as the conflict between sexuality and technology, and with the partner as well.