Razlike u stavovima opće populacije i zdravstvenih djelatnika o pravu na pobačaj

Mikan, Jasmina

Master's thesis / Diplomski rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:879236

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Repository / Repozitorij:

University North Digital Repository

SVEUČILIŠTE SJEVER

SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN



DIPLOMSKI RAD br. 068/SSD/2021

RAZLKE U STAVOVIMA OPĆE POPULACIJE I ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA O PRAVU NA POBAČAJ

Jasmina Mikan

Varaždin, rujan, 2021.

SVEUČILIŠTE SJEVER

SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN

Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo – menadžment u sestrinstvu



DIPLOMSKI RAD br. 068/SSD/2021

RAZLKE U STAVOVIMA OPĆE POPULACIJE I ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA O PRAVU NA POBAČAJ

Student:
Jasmina Mikan, 1333/336D

Mentor:
prof.dr.sc. Ino Husedžinović

Varaždin, rujan, 2021.

Sveučilište Sjever
Sveučilišni centar Varaždin
104. brigade 3, HR–42000 Varaždin

UNIVERSITY NORTH

Prijava diplomskog rada

Definiranje teme diplomskog rada i povjerenstva

ODJEL Odjel za sestrinstvo

STUDIJ diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo – menadžment u sestrinstvu

PRISTUPNIK Jasmina Mikan | MATIČNI BROJ 1333/336D

DATUM 24.05.2021. | KOLEGIJ Prava i obaveze u zdravstvenoj struci

NASLOV RADA Razlike u stavovima opće populacije i zdravstvenih djelatnika o pravu na pobačaj

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU Differences in the attitudes of the general population and health professionals about the right

MENTOR dr.sc. Ino Husedžinović | ZVANJE prof.dr.sc.

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. doc.dr.sc. Hrvojka Soljačić Vraneš, predsjednik
2. prof.dr.sc. Ino Husedžinović, mentor
3. doc. dr. sc. Rosana Ribić, član
4. izv.prof.dr.sc. Marin Šubarić, zamjenski član
5.

Zadatak diplomskog rada

BROJ 068/SSD/2021

OPIS

Tretiranje namjernog pobačaja u svijetu se razlikuje od toga da je on pravno zabranjen pa do toga da je moguć na zahtjev. Sam pojam pobačaja je oduvijek izazivao velike prijepore, kako u općoj populaciji, tako i među zdravstvenim djelatnicima. Pobačaj kao pojam je jedan od indikatora na prijeporne rasprave u modernom društvu, te je pokazatelj društvenog i osobnog odnosa prema nerođenom životu. Cilj rada je pokazati kakve su i da li ima razlika u stavovima između opće populacije i zdravstvenih djelatnika. Također, putem upitnika želi se doznati kakva su razmišljanja: koji su najčešći razlozi radi kojih se žene odlučuju na pobačaj, te kakva su znanja o zakonskim odredbama vezanim uz pravo na pobačaj.

REPUBLIKA HRVATSKA SVEUČILIŠTE SJEVER KOPRIVNICA

ZADATAK URUČEN 24.05.2021. | POTPIS MENTORA

SVEUČILIŠTE SJEVER

PREDGOVOR

Zahvaljujem svom mentoru prof.dr.sc.Ini Husedžinoviću na stručnom vodstvu, te pomoći i podršci prilikom izrade ovog diplomskog rada.
Hvala mojoj obitelji na podršci tokom ovog puta.
Posebno hvala ne kolegicama, nego prijateljicama Veroniki i Ani bez kojih u teškim trenucima ništa od ovoga ne bi bilo moguće.

SAŽETAK

Pobačaj je čin prekida trudnoće. U Republici Hrvatskoj on je određen zakonima koji se nisu mijenjali već nekoliko desetljeća, a legalan za prekid trudnoće do 10. tjedna, ili u slučaju opasnosti po život žene ili ugroze za djetetovo zdravlje. Tokom povijesti često se postavlja pitanje treba li on biti dozvoljen ili ne, te smatra li se taj čin, zapravo, ubojstvom. Veliku ulogu ima religija, pa je tako, u državama koje su veoma povezane s vjerom, on zabranjen i strogo kažnjiv. U posljednje vrijeme određene udruge i političke stranke u Hrvatskoj dižu prašinu oko legalnog pitanja tog čina, a određeni liječnici odbijaju to raditi na temelju priziva svijesti.

U ovom radu predstavljena je terminologija abortusa te pogled iz više aspekata, kao što su aspekti majke, države, ali i financija i crnog tržišta.

Napravljeno je ispitivanje o stavovima o pobačaju opće populacije i zdravstvenih djelatnika, putem ankete.

Ljudi su i dalje dosta needucirani o legalnom statusu pobačaja u RH, međutim zalažu se za to da on bude legalan, te da majka sama ima pravo donositi svoje odluke, tako kažu rezultati obje skupine ispitanika.

Ključne riječi: abortus, legalan status, edukacija, pravo majke, priziv svijesti

SUMMARY

Abortion is the act of terminating a pregnancy. In the Republic of Croatia, it is determined by laws that have not changed for several decades, and it is legal to terminate a pregnancy until the 10th week, or in the event of danger to a woman's life or a threat to the child's health. Throughout history, the question is often asked whether he should be allowed or not, and whether the act is actually considered murder. Religion plays a big role, so in countries that are very much associated with religion, it is forbidden and severely punished. Recently, certain associations and political parties in Croatia have been raising dust about the legal issue of this act, and certain doctors refuse to do so on the basis of a call to consciousness.

This paper presents the terminology of abortion and a view from several aspects, such as aspects of the mother, the state, but also finance and the black market.

A survey of attitudes about abortion of the general population and health professionals was conducted, through a survey.

People are still quite uneducated about the legal status of abortion in the Republic of Croatia, but they advocate that it be legal, and that the mother has the right to make her own decisions, according to the results of both groups of respondents.

Key words: abortion, legal status, education, mother 's right, appeal to consciousness

POPIS KORIŠTENIH KRATICA

HIV- Virus humane imunodeficijencije

HZJZ- Hrvatski zavod za javno zdravstvo

RH- Republika Hrvatska

SAD- Sjedinjene Američke Države

SPI- Spolno prenosive infekcije

SZO- Svjetska zdravstvena organizacija

UN- Ujedinjeni narodi

USD- United States Dollars

WHO- World Health Organisation

SADRŽAJ

1. UVOD 1
2. OBRADA ZADATKA 3
2.1. Tehnike izvođenja pobačaja 3
2.1.1. Medikametozno izvođenje pobačaja 3
2.1.2. Evakuacija materišta, kiretaža i kiraža 3
2.1.3. Komplikacije kiretaže 4
2.1.4. Pobačaj kroz povijest 5
2.1.5. Definicija sigurnog pobačaja 7
2.1.6. Mortalitet i morbiditet 7
2.1.7. Smanjivanje potrebe za pobačajem 12
2.1.8. Zakonska regulativa u Hrvatskoj 17
3. PRAKTIČNI DIO 28
3.1. Istraživanje i rezultati 28
3.1.1. Rezultati– Zdravstveni djelatnici 28
3.1.2. Rezultati – opća populacija 35
3.1.3. Analiza – usporedba uzoraka 42
4. RASPRAVA 44
5. ZAKLJUČAK 47
6. LITERATURA 48
7. POPIS SLIKA I GRAFIKONA 51
8. PRILOG 53

1. UVOD

Pojam prekida trudnoće ili pobačaj (lat.abruptio gravidatis) označava označava potpuno istiskivanje ili odstranjenje ploda, plodovih ovoja i posteljice iz maternice prije nego je plod postigao gestacijsku dob. Pobačaj (abortus, pometnuće), izgon ili odstranjenje ploda iz maternice prije isteka 28 tjedana trudnoće [1]. Pobačaj se dijeli na više vrsta, s obzirom na trajanje trudnoće (rani i kasni) i kliničkim simptomima. Rani prekid trudnoće se smatra onim koji je učinjen u prvom tromjesečju trudnoće, a kasnim onim koji je učinjen iza prvog tromjesečja, odnosno nakon 12.tjedna trudnoće. Po definiciji Svjetske zdravstvene organizacije, granica između pobačaja i prijevremenog porođaja ili mrtvorođenosti je 22 tjedna gestacije i porođajna masa od 500g, te duljina tjeme-peta 25 cm za potrebe državne statistike, dok su granični kriteriji za potrebe međunarodnih statistika SZO-a 28 tjedana gestacije, porođajna masa od 1000 grama te duljina tjeme-peta 35 cm. [2].

Abortusi inducirani mogu se izvoditi iz razloga koji spadaju u četiri opće kategorije: radi očuvanja života ili tjelesne ili mentalne dobrobiti majke; spriječiti završetak trudnoće koja je posljedica silovanja ili incesta; spriječiti rođenje djeteta s ozbiljnom deformacijom, mentalnim nedostatkom ili genetskom abnormalnošću; ili kako bi se spriječilo rođenje iz socijalnih ili ekonomskih razloga (poput ekstremne mladosti trudne žene ili jako zategnutih resursa obiteljske jedinice). Također, prema nekim definicijama, pobačaji koji se izvode radi očuvanja zdravlja žene ili u slučajevima silovanja ili incesta, nazivaju se terapijski ili opravdani pobačaji. Sa sudskomedicinskog stajališta, pobačaj se može podijeliti na prirodni i nasilni. Prirodni pobačaj se smatra onim koji je nastao kao posljedica bolesti ili anomalije, dok se nasilnim pobačajem smatra onaj koji je nastao kao posljedica nekog vanjskog čimbenika. Nasilni pobačaj se također dijeli; onaj nastao namjerno ili nenamjerno. Nenamjernim prekidom trudnoće se smatra onim koji je nastao nekim nesretnim slučajem, kao što je pad ili prometna nesreća. Namjerni pobačaj se dijeli na dopušteni i nedopušteni.

S obzirom na okolnosti i sigurnost zahvata namjernog prekida trudnoće Svjetska zdravstvena organizacija dijeli namjerni pobačaj na sigurni i nesigurni, fokusirajući se pri tome na sigurnost samog postupka umjesto na zakone, s ciljem destigmatizacije

žena koje se ovakvom postupku podvrgavaju [3]. Sukladno definiciji SZO-a siguran pobačaj je onaj koji se izvodi odobrenim metodama, koji provodi educirana osoba te se provodi u odgovarajućoj ustanovi. Nesiguran pobačaj je onaj koji izvodi od strane nestručne osobe, nesigurnim metodama te u uvjetima koji ne zadovoljavaju zdravstvene standarde.

2. OBRADA ZADATKA

2.1. Tehnike izvođenja pobačaja

Postoje brojne medicinske tehnike za izvođenje pobačaja.

2.1.1. Medikametozno izvođenje pobačaja

Novija metoda prekida trudnoće predstavlja upotreba lijekova kojima se postiže dovršenje neželjene trudnoće. Takva metoda prekida neželjene trudnoće se naziva medikametozno izvođenje pobačaja. Krajem 20. stoljeća otkrivena je nova metoda induciranog pobačaja koja koristi lijek RU 486 (mifepriston), umjetni steroid koji je usko povezan s kontracepcijskim hormonom noretnidronom. RU 486 djeluje blokirajući djelovanje hormona progesterona koji je potreban za potporu razvoju oplođenog jajašca. Kada se unese u roku od nekoliko tjedana od začeća, RU 486 učinkovito pokreće menstrualni ciklus i izbacuje oplođeno jajašce iz maternice. Mifepriston dovodi do nekroze decidue, smekšanja vrata maternice, povećava kontraktilnost tijela maternice nakon 24–36 sati od primjene, te povećava 5 puta osjetljivost na prostaglandine [4]. Stopa neuspjeha radi koje se mora pribjeći kirurškom načinu dovršenja neželjene trudnoće iznosi 1%, a ukupna stopa ostatnog tkiva trofoblasta (rezidua) prema našim podatcima iznosi 1,9% [5].

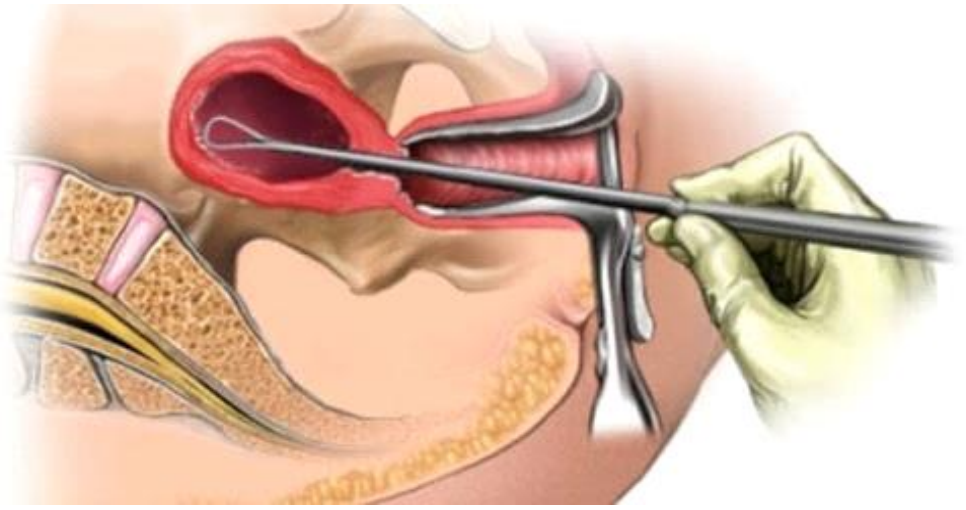
2.1.2. Evakuacija materišta, kiretaža i kiraža

Instrumentalno struganje materišta se naziva kirurška kiretaža (fran.curettage). Osim instrumentom, koji se naziva kireta, materište se može strugati i cijevima u kojima se kojima se stvori vakuum. Razlikuje se oštra i vakuumska kiretaža. Oba načina kiretaže imaju podjednaku sigurnost i učinkovitost. Indikacije za izvođenje kiretaže su: namjerni pobačaj, nepotpuni pobačaj, pobačaj u tijeku, te zaostalo posteljično tkivo u babinju. Namjerni se pobačaj ne bi smio raditi pri trudnoći starijoj od 16 tjedana, jer opasnost od probijanja maternične stijenke jako raste [6]. Prije izvođenja samog zahvata, rodnica se pere i dezinficira. Vrat maternice se uhvati jednom ili dvjema Pozzijevim hvataljkama, a vanjsko ušće i kanal materničkog vrata najprije se prođe sondom. Sondom se pregledaju stjenke materišta i na taj način se odrede položaj i veličina maternice. Maternični vrat se tada širi Hegerovim dilatatorima. Prilikom postupka, uvijek se počinje sa manjim dilatatorom, te se mora proći samo unutarnje

ušće i ne smije ga se gurati dublje. Veličina instrumenta kojima se ulazi u materište razmjerno je tjednima trudnoće. Kod nepotpunog pobačaja, pobačaja u tijeku te u babinju, kanal je maternicnog kanala otvoren, te nije potrebno širenje. Nakon širenja, najprije se uvede veća kireta, te se sa njom trudnoća odvoji od maternične stijenke. Nakon toga se produkti trudnoće odstranjuju Winterovim abort kliještima ili vakuumom. Nakon postupka, manjom kiretom se provjerava da li je sve uklonjeno.
Kiraža (fran.curage) je postupak kojim se uklanjaju produkti trudnoće iz materišta prstom (prstima). Najčešće se izvodi neposredno nakon porođaja, kada se ne porodi posteljica ili postoji sumnja na za eventualni zaostali kotiledon. Četiri prsta se uvedu u rodnicu, a jedan ili dva u materište, te se prstima prijeđe preko stijenke materišta i na taj način se uklone svi produkti trudnoće.

2.1.3. Komplikacije kiretaže

Komplikacije se dijele na neposredne, odgođene i kasne. Neposredne komplikacije se razvijaju unutar 3 sata nakon zahvata. Odgođene se razvijaju od 3 sata pa do 28 dana nakon zahvata. Kasne komplikacije se razvijaju nakon 28.dana od izvođenja postupka.



Slika 2.1.3.1. Kiretaža. Izvor; Internet: https://www.krenizdravo.hr/kiretaza

2.1.4. Pobačaj kroz povijest

Treba li i u kojoj mjeri inducirane pobačaje dopustiti, poticati ili ozbiljno potiskivati društveno je pitanje koje stoljećima dijeli teologe, filozofe i zakonodavce. Pobačaj je očito bio uobičajena i društveno prihvaćena metoda obiteljskog ograničenja u grčko-rimskom svijetu. Iako su kršćanski teolozi rano i žestoko osudili pobačaj, primjena strogih kaznenih sankcija kako bi se odvratila njegova praksa postala je uobičajena tek u 19. stoljeću. U 20. stoljeću takve su sankcije modificirane na ovaj ili onaj način u raznim zemljama, počevši od Sovjetskog Saveza 1920. godine, skandinavskih zemalja 1930-ih, te Japana i nekoliko istočnoeuropskih zemalja 1950-ih. Krajem 20. stoljeća Kina je široko koristila pobačaj kao dio svoje politike kontrole stanovništva. Početkom 21. stoljeća neke su jurisdikcije s velikim brojem rimokatoličkog stanovništva, poput Portugala i Mexico Cityja, dekriminalizirale pobačaj unatoč snažnom protivljenju crkve, dok su druge, poput Nikaragve, povećale ograničenja na njega.

Široki društveni pokret za opuštanje ili ukidanje ograničenja izvođenja pobačaja rezultirao je usvajanjem liberaliziranog zakonodavstva u nekoliko država u Sjedinjenim Državama tijekom 1960-ih. Američki Vrhovni sud presudio je u predmetu Roe protiv Wadea (1973.) da je pretjerano restriktivna državna regulacija pobačaja protuustavna, u stvari legalizirajući pobačaj iz bilo kojeg razloga za žene u prva tri mjeseca trudnoće. Uskoro je nastao protupokret za obnovu stroge kontrole okolnosti pod kojima bi abortus mogao biti dopušten, a pitanje se zaplelo u socijalni i politički sukob. Presudama 1989. i 1992. konzervativniji Vrhovni sud podržao je zakonitost novih državnih ograničenja pobačaja, iako se pokazao nespremnim srušiti Roe protiv Wadea. Sud je 2007. također prihvatio saveznu zabranu rijetko korištene metode pobačaja poznate kao netaknuto širenje i evakuacija.

Javna rasprava o tom pitanju pokazala je ogromne poteškoće s kojima se suočavaju političke institucije u suočavanju sa složenim i dvosmislenim etičkim problemima koje postavlja pitanje pobačaja. Protivnici pobačaja ili pobačaja iz bilo kojeg razloga osim da bi se spasio život majke, tvrde da ne postoji racionalna osnova za razlikovanje fetusa od novorođenog dojenčeta; svaki je potpuno ovisan i potencijalno je član društva, a svaki posjeduje određeni stupanj humanosti. Pristalice liberaliziranog reguliranja pobačaja drže da samo žena, a ne država, ima pravo upravljati trudnoćom

i da je alternativa legalnom pobačaju pod medicinskim nadzorom nezakonit i dokazano opasan, ako ne i smrtonosan pobačaj.

Potreba za pružanjem usluga sigurnog pobačaja podržana je u mnogim međunarodnim platformama i međuvladinim sporazumima o seksualnom i reproduktivnom zdravlju i pravima, te pravima žena, između ostalog.

Procjene Svjetske zdravstvene organizacije iz 2008. pokazuju da nesigurni pobačaji čine 13% svih smrtnih slučajeva majki na svijetu. Prema izvještaju koji je 2012. objavio Institut Guttmacher, globalno postoji 222 milijuna žena koje ne žele zatrudnjeti, ali ne mogu ništa poduzeti po tom pitanju.

Godišnje se dogodi oko 43,8 milijuna pobačaja, a 21,6 milijuna je nesigurno. Osamdeset i šest posto svih pobačaja dogodi se u zemljama u razvoju, što čini 98% svih nesigurnih pobačaja u svijetu. Oko 8 milijuna žena godišnje pati od nesigurnih komplikacija vezanih uz pobačaj koje zahtijevaju medicinsku njegu; njih 3 milijuna ne dobije potrebnu njegu, a 47 000 žena svake godine umire zbog nesigurnih pobačaja. Cilj 3.7 UN-ovih ciljeva održivog razvoja usredotočuje se na osiguravanje univerzalnog pristupa uslugama seksualnog i reproduktivnog zdravlja (SRZ). Dostupnost i pristup uslugama sigurnog pobačaja sastavni su dijelovi usluga SRZ.

Bez obzira na to traži li društvo abortus, abortus je bio potreban ženama tijekom ljudske povijesti, a pritom su često riskirale svoje zdravlje ili život. Na temelju iscrpnog pregleda materijala iz 350 drevnih i preindustrijskih društava, antropološka studija zaključila je da „(T) je svaki pokazatelj da je pobačaj apsolutno univerzalni fenomen i da je nemoguće čak i izgraditi imaginarni društveni sustav u kojem nijedna se žena nikad ne bi osjećala prisiljenom na pobačaj. ".

Hipokrat, pišući 400. godine prije nove ere, nije mogao zanemariti stvarnost da žene pribjegavaju pobačaju, često s ozbiljnim posljedicama po zdravlje, napominjući da „kada je žena zahvaćena velikom ranom kao posljedicom pobačaja ili je maternica oštećena jake čepiće, kao što to uvijek čine mnoge žene, liječe se ili kada je fetus prekinut i žena nije očišćena od poroda, a rana se upali, zatvori i ne očisti, ako se odmah liječi, izliječit će se, ali ostat će sterilna".

Prije legalizacije u SAD-u, pobačaj je bila javna tajna; široko se prakticira; a niti zakonski propisi niti riječi svećenika, ministra ili rabina nisu predstavljali stavove građanstva ili kongregacija. Globalna stopa pobačaja pala je između 1990.-1994. I

2010.-2014., Ali pad je u apsolutnom iznosu bio relativno mali (s 40 na 35 pobačaja na 1000 žena).

Veliki i statistički značajan pad stope dogodio se u razvijenim regijama (s 46 na 27 na 1000 žena), dok je stopa u regijama u razvoju ostala nepromijenjena (36-39 na 1000 žena). Procjenjuje se da se između 2010. i 2014. godine širom svijeta svake godine dogodilo približno 56 milijuna induciranih sigurnih i nesigurnih pobačaja. Od tih slučajeva, približno 25 milijuna procijenjeno je kao nesigurno, gotovo svi u zemljama u razvoju, a među njima je 8 milijuna provedeno u najmanje sigurnim ili opasnim uvjetima.

2.1.5. Definicija sigurnog pobačaja

Pobačaji su sigurni kada se izvode, prema preporukama World Health Organisation, te metodama koje su prihvatljive za trudnicu, te koje se izvode od strane osobe koja ima potrebna znanja i vještine [7]. Definicija SZO prepoznaje da „ljudi, vještine i medicinski standardi koji se smatraju sigurni u pružanju induciranih pobačaja razlikuju se kod medicinskog pobačaja (koji se izvodi samo s lijekovima) i kirurškog pobačaja (koji se izvodi ručnim ili električnim aspiratorom) "i da se" vještine i medicinski standardi potrebni za siguran pobačaj također razlikuju ovisno o trajanje trudnoće. Što je zakonski okvir restriktivniji, to je veći udio pobačaja koji su najmanje sigurni, krećući se od manje od 1% u zemljama s najmanje restrikcija do 31% u zemljama s najviše restrikcija. U regijama u razvoju 49% pobačaja nije sigurno (manje i najmanje sigurno) u usporedbi s 12% u razvijenom svijetu (uglavnom koncentriranom u Istočnoj Europi gdje se i dalje koriste postupci dilatacije i kiretaže, koje SZO ne preporučuje). Razmjer problema nesigurnog pobačaja nužno je obrazloženje potrebe za javnozdravstvenim djelovanjem.

2.1.6. Mortalitet i morbiditet

Cjenik smrtnosti i morbiditeta nesigurnog pobačaja imperativ je za javnozdravstvene akcije. Na globalnoj razini, između 4,7% i 13,2% svih smrtnih slučajeva majki može se pripisati komplikacijama zbog nesigurnog pobačaja . U ljudskom smislu to znači približno 47 000 života mladih žena nepotrebno izgubljenih svake godine. Ipak, ove brojke odražavaju trajna poboljšanja u smrtnim slučajevima koja se mogu izbjeći.

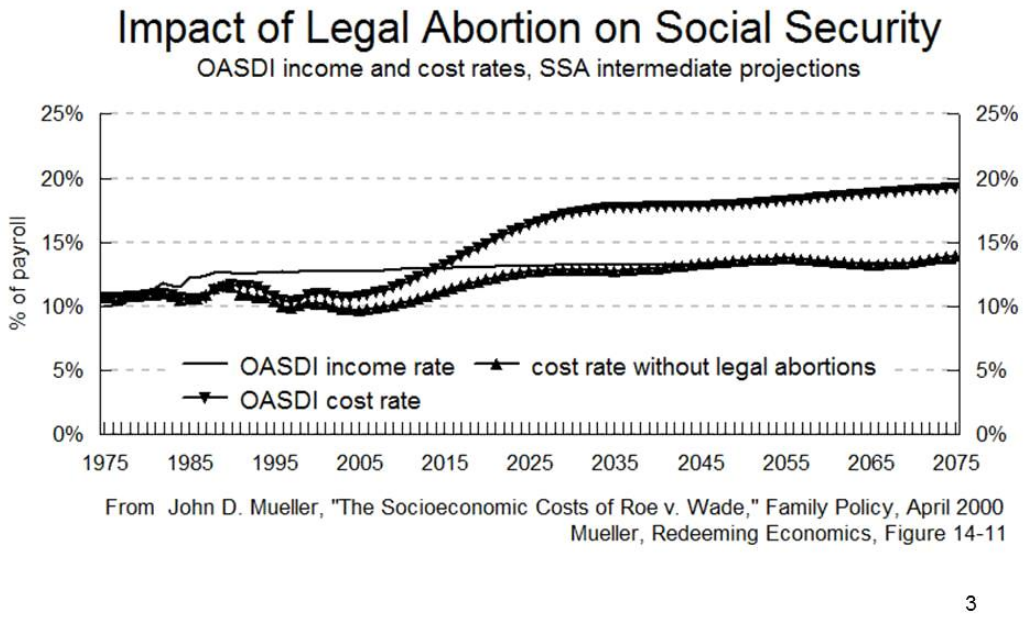
Globalno, procijenjena stopa smrtnosti od pobačaja (tj. Broj umrlih na 100 000 induciranih pobačaja) pala je za 42% između 1990.-1994. I 2010.-2014., Sa 108 na 63. U vrlo restriktivnom kontekstu, tajni pobačaji trenutno su manje opasni jer žene sve više koriste metode pobačaja lijekovima, prvenstveno dostupniji lijek misoprostol. U zemljama u razvoju procjenjuje se da je približno 7 milijuna žena svake godine primljeno u bolnicu kao rezultat komplikacija koje su rezultat nesigurnog prekida trudnoće. Sustavni pregled podataka o vrsti i težini komplikacija pobačaja, temeljen na 70 studija iz 28 zemalja u kojima je pristup pobačaju ograničen, procijenio je da je najmanje 9% prijava u bolnice u vezi s pobačajem imalo skoro propuste (definirano kao „a žena koja je umalo umrla, ali je preživjela komplikaciju") i približno 1,5% završilo je smrću. Smrtnost i invaliditet povezani s nesigurnim pobačajem vjerojatno su podcijenjeni. Podaci o abortusima zasnovani na ustanovama, posebno u zakonski restriktivnim uvjetima, ne odražavaju stvarnu smrtnost od pobačaja i smrtnosti u populaciji.

Stigma i strah od kažnjavanja nezakonitim postupcima mogu odvratiti pouzdano izvještavanje [8]. Mnoge žene mogu izbjegavati tražiti njegu zbog komplikacija, ometajući pravovremeno prepoznavanje i liječenje te ometajući točno prikupljanje podataka. Pružatelji zdravstvenih usluga također se nerado prijavljuju zbog pobačaja zbog smrtnosti i smrtnosti zbog straha od stigme i pravne odmazde nad svojim pacijentima i njima samima.

2.1.6.1. Ekonomski troškovi za pacijente, obitelji, zdravstveni sustav i društvo u cjelini

Ekonomski troškovi smrtnosti majki i smrtnosti zbog pobačaja ogromni su, opterećujući sustave javnog zdravstva, kućanstva u kojima te žene žive, kao i gospodarstva zemalja. Ukupni troškovi za zemlje u razvoju procjenjuju se na između 375 i 838 milijuna USD, sa središnjom procjenom od približno 500 milijuna USD (2006. USD).

S obzirom na kupovnu moć, komplikacije pobačaja znatno su skuplje za liječenje u subsaharskoj Africi nego u Latinskoj Americi. Nadalje, kad bi to mogli učiniti milijuni drugih žena s ozbiljnim komplikacijama koje se ne liječe iz zdravstvenog sustava, vjerojatno bi se potrošilo dodatnih 375 milijuna dolara.



Slika 2.1.6.1.1. Utjecaj legalnog abortusa na zdravstveni sustav. Izvor; Internet: https://slidetodoc.com/social-security-and-fertility-discussion-of-allan-carlsons/

2.1.6.2. Nepravda tereta i socijalna nepravda

Jednakost i socijalna pravda u zdravlju stanovništva važne su brige za javno zdravlje. Nesigurni pobačaji događaju se uglavnom u regijama u razvoju, gdje su koncentrirane zemlje koje visoko ograničavaju pobačaj. Čak i tamo gdje je pobačaj uglavnom legalan, neadekvatno pružanje pristupačnih usluga može ograničiti pristup sigurnim uslugama.

U Sjedinjenim Državama pobačaji u prvom tromjesečju sigurniji su od mnogih drugih uobičajenih zdravstvenih postupaka i nose izuzetno nizak rizik od smrti (0,3-0,5 / 100 000 pobačaja). U razvijenim regijama, zbog dostupnosti zdravstvenih usluga, procjenjuje se da samo 30 žena može umrijeti na svakih 100 000 nesigurnih pobačaja; ovaj se broj povećava na 220 u regijama u razvoju i 520 u subsaharskoj Africi. Smrtnost od nesigurnog pobačaja nesrazmjerno pogađa žene u Africi. Iako kontinent čini 29% svih nesigurnih pobačaja, na njemu se vidi 62% smrtnih slučajeva povezanih s pobačajem. U zemljama u kojima je pobačaj zakonski visoko ograničen, siromašne žene nemaju drugog izbora nego pribjeći nesigurnim pobačajima, dok pobačaji koji

udovoljavaju sigurnosnim zahtjevima mogu postati privilegija bogatih koji mogu priuštiti troškove privatnih usluga.

2.1.6.3. Međunarodni pozivi na javnozdravstvene akcije

Obrazloženje javnog zdravstva za rješavanje nesigurnog pobačaja kao ozbiljnog javnozdravstvenog problema podržano je u nekoliko međunarodnih poziva. 1994. godine u Akcijskom programu Međunarodne konferencije o stanovništvu i razvoju Ujedinjenih naroda rečeno je: „Pozivaju se sve vlade i relevantne međuvladine i nevladine organizacije da ojačaju svoju predanost zdravlju žena kako bi se pozabavile utjecajem nesigurnog pobačaja na zdravlje kao velika zabrinutost za javno zdravlje i smanjiti pribjegavanje pobačaju proširenim i poboljšanim uslugama planiranja obitelji“. U izvještaju Četvrte svjetske konferencije o ženama, održane u Pekingu 1995. godine, istaknuto je da „nesigurni pobačaji prijete životu velikog broja žena, što predstavlja ozbiljan javnozdravstveni problem jer prvenstveno najsiromašniji i najmlađi preuzimaju najveći rizik”. Na posebnom zasjedanju Generalne skupštine UN-a u lipnju 1999. godine, vlade su se složile da „u okolnostima u kojima pobačaj nije u suprotnosti sa zakonom, zdravstveni bi sustavi trebali osposobiti i opremiti pružatelje zdravstvenih usluga i poduzeti druge mjere kako bi osigurali da je takav pobačaj siguran i dostupan ”. Globalna strategija reproduktivnog zdravlja Svjetske zdravstvene organizacije, koju je usvojila Svjetska zdravstvena skupština 2004. godine, poziva u jednoj od svojih ključnih komponenti da se na odgovarajući način riješe programski, pravni i politički aspekti pružanja sigurnog pobačaja

2.1.6.4. Izvedivost za prevenciju kroz javnozdravstvene akcije

Nesigurni pobačaj globalni je zdravstveni izazov, ali to je izazov koji se može ispuniti trenutnim znanjem, raspoloživim resursima i predanošću. Nesigurni pobačaj opisan je kao pandemija koja se može spriječiti [9].

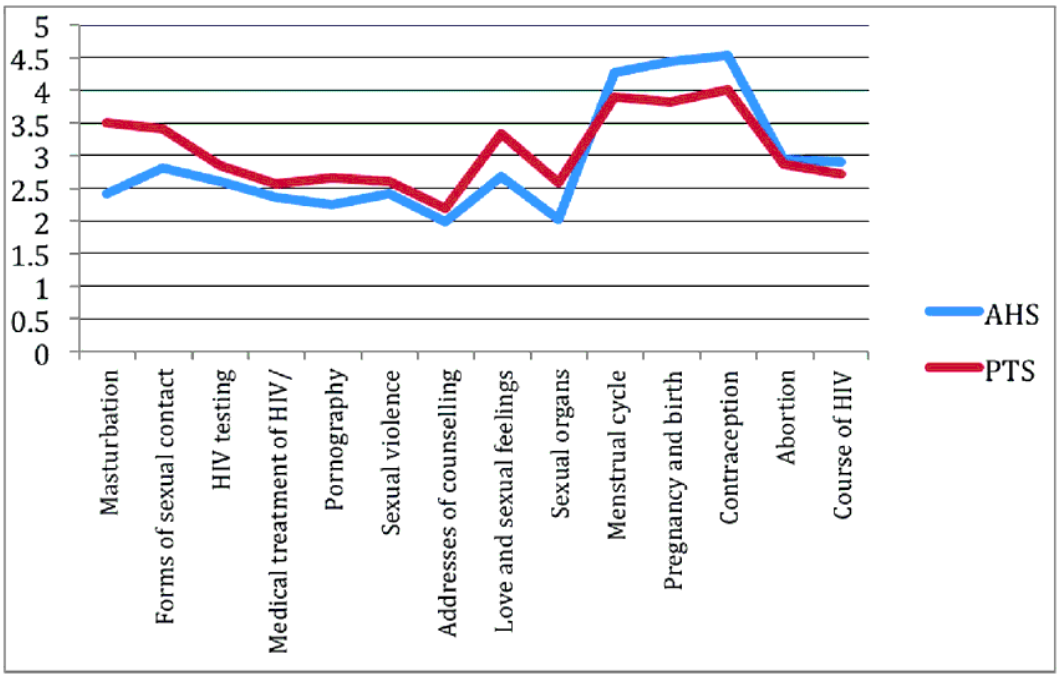
Zemlje se suočavaju s konkurentskim zahtjevima za ograničenim resursima koje njihovi zdravstveni sustavi mogu priuštiti. Troškovi pružanja usluga sigurnog pobačaja moraju uzeti u obzir da je liječenje komplikacija nesigurnog pobačaja skupo i može prevladati zdravstvene sustave u zemljama s niskim prihodima. Troškovi zdravstvenog sustava zbog nesigurnog pobačaja u Africi i Latinskoj Americi

preusmjeravaju oskudne zdravstvene resurse, u usporedbi s mnogo jeftinijim alternativama za sprečavanje nenamjerne trudnoće i nesigurnog pobačaja, naime, pružanje usluga kontracepcije i pristup sigurnom pobačaju tamo gdje je to legalno [10]. SZO navodi da bi se gotovo svaki smrtni slučaj i invalidnost od pobačaja mogli spriječiti spolnim odgojem, primjenom učinkovite kontracepcije, pružanjem sigurnog, legalno izazvanog pobačaja i pravodobnom skrbi za komplikacije [11].

2.1.6.5. Seksualno obrazovanje i prevencija nesigurnog pobačaja među adolescentima

Adolescentne djevojke trpe značajan i nesrazmjeran udio smrti i invaliditeta zbog nesigurnih pobačaja u usporedbi sa ženama starijim od 20 godina [12].

Svake se godine oko 3,9 milijuna djevojčica u dobi od 15 do 19 godina podvrgne nesigurnim pobačajima. Pretpostavka je da su adolescentne djevojke češće poticane od starijih članova obitelji na pobačaj, i to na način da se isti izvodi u nesigurnim i nehigijenskih uvjetima. Obično im treba duže od odraslih žena da shvate da su trudne, a one koje žele prekinuti trudnoću posljedično abortiraju kasnije u gestacijskom razdoblju, što nosi veći rizik. . Prikupljaju se dokazi o učinkovitosti seksualnog obrazovanja, u školama ili izvan njih. Programi koji promiču samo apstinenciju pokazali su se neučinkovitima u odgađanju spolne inicijacije, dok se programi koji kombiniraju fokus na odgađanje seksualne aktivnosti sa sadržajem o upotrebi kondoma ili kontracepcije i koji se bave i prevencijom trudnoće i prevencijom SPI / HIV-a smatraju uspješnima.



Slika 2.1.6.5.1. Pokrivenost tema kod seksualne edukacije. Izvor; Internet: https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5806a1.htm

2.1.7. Smanjivanje potrebe za pobačajem

Iskustvo javnog zdravstva pokazalo je da se potrebe žena za pobačajem mogu smanjiti stavljanjem kontracepcijskih informacija i usluga na raspolaganje, dostupnost i pristupačnost. (World Health Organisation 2020).

Uvođenje i uporaba suvremenih kontracepcijskih metoda smanjile su učestalost pobačaja u zemljama istočne Europe i središnje Azije, gdje je inducirani pobačaj prije bio glavna metoda za regulaciju plodnosti. Stope induciranog pobačaja najniže su u zapadnoj Europi, gdje je moderna kontracepcija velika, a pobačaj je općenito zakonski dostupan na zahtjev. Žene će se i dalje suočavati s nenamjernom trudnoćom i pribjegavati pobačaju zbog neželjene trudnoće sve dok im ne budu zadovoljene potrebe za planiranjem obitelji. Nezadovoljena potreba za planiranjem obitelji i dalje postoji unatoč impresivnom napretku u uporabi kontracepcije širom svijeta. Od 2017. godine procjenjuje se da otprilike polovica od 1,6 milijardi žena reproduktivne dobi (15-49 godina) koje žive u regijama u razvoju želi izbjeći trudnoću; od ove podskupine žena, otprilike 214 milijuna žena ne koristi suvremenu kontracepcijsku metodu [13]. To uključuje 155 milijuna koji ne koriste nikakve metode kontracepcije i 59 milijuna

koji se oslanjaju na tradicionalne metode. Žene s nezadovoljenom potrebom za modernom kontracepcijom čine 84% svih nenamjernih trudnoća u regijama u razvoju. Trenutno dostupne metode ne odgovaraju na odgovarajući način ženskim raznolikim kontracepcijskim potrebama, što diktira potrebu za razvojem dodatnih metoda za koje je znanost zrela. Ulaganje više resursa u programe planiranja obitelji za sprečavanje neželjenih i neispravnih trudnoća pomoglo bi smanjiti troškove zdravstvenih sustava, posebno u afričkim zemljama u kojima skrb nakon pobačaja troši značajan dio ukupnih izdataka za reproduktivno zdravlje. Iako upotreba kontracepcije smanjuje broj nenamjernih trudnoća, neće eliminirati potrebu za pristupom sigurnom pobačaju. Nenamjerna trudnoća i dalje je problem u Europi nakon 50 godina učinkovite kontracepcije [14].

Koristeći podatke iz 2007. o prevalenciji kontracepcije i tipičnim stopama neuspjeha kontracepcijskih metoda, procijenjeno je da približno 33 milijuna žena u svijetu godišnje može doživjeti slučajnu trudnoću dok koristi kontracepcijsku metodu [15].

Neke od ovih slučajnih trudnoća prekidaju se induciranim pobačajima, a neke završavaju kao neplanirani porođaji. Kad su žene izložene nezaštićenom spolnom odnosu, pomoćne metode hitne kontracepcije smanjit će potrebu za pobačajem. Ova bi „retroaktivna kontracepcija“ bila posebno potrebna adolescentima gdje se odluka o kontracepciji često donosi postkoitalno, u izbjegličkim situacijama i slučajevima seksualnog napada. Metode hitne kontracepcije nisu zamjena za redovitu kontracepciju, ali trebale bi biti dostupne i informacije o njima trebale bi biti dostupne onima koji ih mogu trebati. Pristup se ne smije odbiti iz pogrešno vođenih ideoloških razloga, zanemarujući znanstvene dokaze i obrazloženje javnog zdravlja [16].

2.1.7.1. Sigurne usluge legalnog pobačaja

Omogućavanje sigurnog pobačaja imperativ je javnog zdravstva. Zajednica svjetske vlade na međunarodnoj konferenciji o stanovništvu i razvoju u Kairu složila se da „u okolnostima u kojima pobačaj nije u suprotnosti sa zakonom, takav pobačaj treba biti siguran“. Zakonska okruženja u zemlji oko pružanja pobačaja vrlo su raznolika. Izuzev Dominikanske Republike, El Salvadora, Svete Stolice, Malte i Nikaragve, koji ni pod kojim uvjetima nisu dopuštali pobačaj, uvijek postoje okolnosti u kojima pobačaj nije u suprotnosti sa zakonom, u rasponu od vrlo restriktivnog, preko restriktivnog do

najmanje restriktivna. 2013. godine 97% vlada dopustilo je pobačaj kako bi spasilo ženski život. U otprilike dvije trećine zemalja pobačaj je dopušten uz dodatno ugrožavanje tjelesnog ili mentalnog zdravlja majke i u polovici zemalja kada je trudnoća bila posljedica silovanja ili incesta ili u slučajevima oštećenja fetusa. Otprilike jedna trećina zemalja dopustila je pobačaj iz ekonomskih ili socijalnih razloga ili na zahtjev [17].

Pacijenti i pružatelji zdravstvenih usluga trebaju biti dobro informirani o uvjetima u kojima pobačaj nije u suprotnosti sa zakonom. Dostupna je zajednička baza interaktivnih internetskih baza podataka o politikama pobačaja Svjetske zdravstvene organizacije koja sadrži sveobuhvatne informacije o zakonima, politikama, zdravstvenim standardima i smjernicama za pobačaj za sve zemlje [18]. Nesigurni pobačaj i ilegalni pobačaj nisu sinonimi. Iako je ilegalni pobačaj obično nesiguran, to nije uvijek slučaj. U mnogim zemljama u kojima je pobačaj ilegalan, abortus mogu sigurno izvoditi privatni liječnici uz visoke medicinske naknade za bogate koji to mogu priuštiti.

Čak i kada pobačaj nije u suprotnosti sa zakonom, žene i dalje mogu imati prepreke pristupu sigurnom pobačaju, uključujući dostupnost usluga, visoke troškove, prigovor savjesti pružatelja zdravstvenih usluga i nepotrebne zahtjeve. Zemlja može imati divne zakone, ali možda neće imati ljude koji će ih provoditi. Stigma je također i dalje vezana uz pobačaj u zemljama s visokim i niskim prihodima te u zemljama s liberalnim i restriktivnim zakonima o pobačaju. Zbog prevladavajuće stigme, žene možda više vole tajnost nego sigurnost i odlaze medicinski nekvalificiranim abortusima. U nekim je postavkama broj pružatelja usluga koji su spremni izvršiti postupak ograničen stigmom povezanom s pobačajem, čime se ženama ometa pristup sigurnom pobačaju. SZO pruža i ažurira tehničke smjernice i smjernice kako bi pomogao zemljama u pružanju sigurnih usluga pobačaja. Priručnik za kliničku praksu za siguran pobačaj također je na raspolaganju za korištenje čitavom nizu pružatelja usluga u različitim okruženjima i različitim pravnim i zdravstvenim kontekstima. Nedavna međunarodna komparativna studija SZO-a preispitala je lekcije naučene iz zemljopisno i razvojno različitih zemalja koje su u proteklih 15 godina primijenile nove zakone o pobačaju ili promijenile tumačenja postojećih zakona ili politika (Kolumbija, Etiopija, Gana,

Portugal, Južna Afrika i Urugvaj). (Chavkin, Stifani, Greenberg, & Bridgman-Packer), Zemlje koje će poduzeti slične napore mogu naučiti iz tih iskustava.

Politička predanost pojavila se kao ključni čimbenik, zajednički za svih šest zemalja, u uspostavljanju ili proširivanju pristupa sigurnim uslugama pobačaja. Ostale komponente koje su se pokazale korisnima uključuju uokvirivanje potrebe za sigurnim uslugama u smislu javnog zdravlja, konceptualizacija pobačaja kao jedne od cjelovitih paketa reproduktivnog zdravlja, dijeljenje zadataka i upotreba niskotehnoloških tehnika pobačaja poput ručne vakuumske aspiracije i medicinske pobačaj, posebno u okruženjima s malim resursima i u ruralnim područjima, pružanje besplatnih ili jeftinih usluga u javnom sektoru, informiranje žena o pravnom krajoliku i mogućnostima njege, provedba smjernica SZO za sveobuhvatno praćenje i ocjenu sigurnih usluga pobačaja i crpljenje stručnosti širok spektar dionika, uključujući državne organizacije za ženska prava i zdravstvenu struku.

2.1.7.2. Njega nakon pobačaja

Kao što je naglašeno u Akcijskom programu Međunarodne konferencije o stanovništvu i razvoju, „U svim slučajevima žene bi trebale imati pristup kvalitetnim uslugama za rješavanje komplikacija nastalih pobačajem. Trebali bi se odmah ponuditi usluge savjetovanja, obrazovanja i planiranja obitelji nakon pobačaja, što će pomoći u izbjegavanju ponovljenih pobačaja [19]. Postoje snažni dokazi o javnim zdravstvenim razlozima hitnog liječenja, planiranja obitelji i drugih komponenti programiranja u postaborcijskoj skrbi. Pružatelji zdravstvenih usluga obvezni su pružiti spasonosnu medicinsku njegu i liječenje svakoj ženi koja pati od komplikacija vezanih uz pobačaj, bez obzira na zakonsku osnovu za pobačaj. Ograničavajuće pravno ozračje nije prihvatljiv izgovor za ne pružanje njege nakon pobačaja. Žene koje zatraže bolničku njegu zbog komplikacija pobačaja ne smiju se zlostavljati. Ne bi ih trebalo diskriminirati u prioritetu pravovremenog liječenja u usporedbi s drugim porodničkim hitnim slučajevima. Prijavljivanje pacijenata koji su ilegalno pobacili nije etično.

Svjetska zdravstvena organizacija navodi da praksa izvlačenja priznanja od žena koje traže hitnu medicinsku pomoć kao rezultat ilegalnog pobačaja, kao i bilo koji zakonski zahtjev za liječnicima i drugim zdravstvenim osobljem da prijavljuju slučajeve žena koje su podvrgnute pobačaju, odgađaju njegu, stavljaju zdravlje žena živi u opasnosti

i krši UN-ove standarde o ljudskim pravima koji pozivaju države da pruže hitan i bezuvjetan tretman svima koji traže hitnu medicinsku pomoć [20]. Pružatelji zdravstvenih usluga ne bi trebali biti regrutirani kao policijski doušnici.

Povjerljivost je središnje načelo medicinske etike i profesionalizma. SZO pruža tehničke i političke smjernice za skrb nakon pobačaja. Postaborcijska skrb ima kao osnovnu preventivnu komponentu pružanje kontracepcijskih informacija, savjetovanja i usluga, uključujući hitnu kontracepciju, prije napuštanja zdravstvene ustanove. Iako je postaborcijska skrb ključna hitna služba, kapacitet zdravstvenih ustanova na primarnoj i referalnoj razini za pružanje osnovne, odnosno sveobuhvatne poštanske zaštite, nizak je.

Analiza podataka iz 10 zemalja u razvoju s različitim kontekstima pobačaja, morbiditeta i smrtnosti pokazala je da je manje od 10% ustanova na osnovnoj razini u sedam zemalja moglo pružiti osnovnu skrb za pobačaj i manje od 40% ustanova na razini preporuka. osam zemalja moglo bi pružiti sveobuhvatnu skrb nakon pobačaja [21].

2.1.7.3. Učinak kriminalizacije i dekriminalizacije pobačaja na javno zdravlje

Već postoje akumulirana međunarodna iskustva o utjecaju kriminalizacije i dekriminalizacije pobačaja. Malo je zemalja u povijesti napravilo tako dramatične pomake u politici pobačaja koji bi omogućili proučavanje uzročno-posljedičnih veza s rezultatima javnog zdravstva kao što je to učinila Rumunjska. U listopadu 1966., godinu dana nakon dolaska na vlast, rumunjski komunistički vođa Nicolae Ceausescu pobačaj je učinio široko nezakonitim, dopuštajući postupak legalno samo u uskom krugu okolnosti: za žene s četvero i više djece, one starije od 45 godina, u okolnosti u kojima je trudnoća bila posljedica silovanja ili incesta ili je ugrožavala život žena ili u slučaju urođene fetalne greške.

Samo nekoliko mjeseci nakon što je pobačaj ograničen, broj sigurnih, registriranih pobačaja opao je 20 puta. Istodobno, smrtnost od nesigurnog pobačaja brzo se povećavala. Između 1966. i 1989. godine, iako je abortus u Rumunjskoj bio ilegalan, ukupna smrtnost majki dramatično se povećala, s 85 na 100 000 živorođenih 1965. godine do vrhunca od 169 na 100 000 živorođenih 1989. godine. U istom razdoblju, smrtnost majki od nesigurnog pobačaja naglo je porasla do nevjerojatnih 147 na 100

000 živorođenih, dok je smrtnost majki iz drugih opstetričkih razloga nastavila opadati. Nekoliko dana nakon pada Ceausescuova režima u prosincu 1989., zakon protiv pobačaja ukinut je, a pobačaj dostupan na zahtjev. Unutar jedne godine stopa majčinske smrtnosti pala je za pola na 84 na 100 000 živorođenih.

Kada su moderne metode kontracepcije postale dostupne i široko korištene, stopa smrtnosti majki zbog pobačaja pala je na 5,2 na 100 000 živorođenih u 2010. U Etiopiji je zakon o pobačaju liberaliziran 2005. Procjenjuje se da je samo u 2014. godini 961 smrtni slučaj majki i gotovo 180 000 nesigurni pobačaji spriječeni su kao rezultat usluga koje pružaju javni i privatni pružatelji zdravstvenih usluga. To je rezultiralo s više od 4 milijuna američkih dolara izravnih zdravstvenih troškova koje su obitelji i zdravstveni sustav uštedjeli na skrbi u vezi s trudnoćom. Izvještava se da su stope pobačaja slične u zemljama u kojima je pobačaj visoko ograničen i gdje je uglavnom legalno (37 na 1000 žena u zemljama u kojima je pobačaj zabranjen ili dopušten samo radi spašavanja života trudnice, i 34 na 1000 žena u zemljama gdje abortus nije ograničen zbog razloga).

Zakonska ograničenja ne uklanjaju pobačaj. Umjesto toga, povećavaju vjerojatnost da će pobačaji biti izvedeni nesigurno, jer prisiljavaju žene da traže tajne postupke. Najniže stope pobačaja opažaju se u zemljama u kojima je pristup legalnom pobačaju lakši, poput onih u zapadnoeuropskim zemljama. Dekriminalizacija bi olakšala mogućnosti za sprečavanje pobačaja putem savjetovanja nakon pobačaja, uključujući pružanje kontracepcijskih sredstava. Iznenadno i dramatično smanjenje stope pobačaja u istočnoj Europi između 1995. i 2008. godine, koje se podudara s poboljšanim pristupom sigurnim i učinkovitim modernim kontracepcijskim sredstvima, dobra je demonstracija da žene radije sprječavaju trudnoću nego prekidaju trudnoću, čak i ako je prekid usluge trudnoće legalan i dostupan.

2.1.8. Zakonska regulativa u Hrvatskoj

Uklanjanje fetusa u Hrvatskoj kontrolira se od 1952. godine, podložno različitim ograničenjima. Zakon o zdravstvenim mjerama za ostvarivanje prava na slobodno odlučivanje o rađanju djece u Republici Hrvatskoj je na snazi od 1978.godine. Prema zakonskoj uredbi, prekid trudnoće se može izvršiti do isteka 10 tjedana od dana začeća. Prekid trudnoće se može izvršiti u bolnicama koje imaju organiziranu jedinicu za

ginekologiju i porodiljstvo i u drugim zdravstvenim organizacijama udruženog rada koje za to posebno ovlasti republički organ uprave nadležan za poslove zdravstva [22]. Sam prekid trudnoće se izvodi na zahtjev trudne žene. U slučaju da se utvrdi da je prošlo 10 tjedana od začeća, ili da bi sam prekid trudnoće mogao narušiti zdravlje žene, trudna žena se treba obratiti komisiji prvoga stupnja. O zahtjevu za prekid trudnoće komisija je dužna odlučiti u roku 8 dana od dana prijema zahtijeva. Upozorava se da službeni statistički podaci nisu pouzdani, budući da e nepoznat ukupan broj i vrste prekida trudnoće koje obavljaju neovlaštene osobe na neovlaštenim mjestima, tj.ilegalno, što vodi k zaključku da je postotak o broju apsolutnog pada prekida trudnoće vrlo vjerojatno pogrešan [23].

Član 22. ovog zakona kaže:

Nakon isteka deset tjedana od dana začeća komisija prvog stupnja može odobriti prekid trudnoće, uz pristanak odnosno na zahtjev trudne žene, u slučajevima:

- kad se na temelju medicinskih indikacija utvrdi da se na drugi način ne može spasiti život ili otkloniti narušenje zdravlja žene za vrijeme trudnoće, porođaja ili poslije porođaja;
- kad se na temelju medicinskih indikacija i saznanja medicinske znanosti može očekivati da će se dijete roditi s teškim prirođenim tjelesnim ili duševnim manama;
- kad je do začeća došlo u vezi s izvršenjem krivičnog djela silovanja, obljube nad nemoćnom osobom, obljube zloupotrebom položaja, obljube s djetetom ili rodoskvrnuća.

Također, u zakonu stoji (član 26.) da je zdravstvena organizacija koja je izvršila prekid trudnoće dužna u roku 30 dana obavijestiti organ nadležan za vođenje zdravstvene statistike.

Pobačaj mogu izvršiti samo liječnici u bolnici s ginekološkim odjelom ili u drugoj ovlaštenoj ustanovi. Liječnici imaju pravo na prigovor savjesti. Djevojčice mlađe od 16 godina moraju imati odobrenje roditelja. Nakon posljednjih deset tjedana trudnoće, pobačaj mora odobriti prvostupanjska komisija koju čine ginekolog, drugi liječnik i socijalni radnik ili registrirana medicinska sestra. Povjerenstvo može odobriti pobačaj ako je to medicinski neophodno radi spašavanja života ili očuvanja zdravlja, bilo tijekom trudnoće ili poroda ili nakon poroda; ako je vjerojatno da će se dijete roditi s ozbiljnim urođenim poremećajem; ili kada je trudnoća rezultat zločina, uključujući

silovanje i incest. Protiv odluke povjerenstva može se izjaviti žalba drugom povjerenstvu čija je odluka konačna. Ovaj se postupak ne odnosi na situacije u kojima je život ili zdravlje trudnice u neposrednoj opasnosti ili je pobačaj već započeo.

40 dana za život molitvena je inicijativa za zaštitu majki i nerođene djece koju su lokalne kršćanske zajednice u Sjedinjenim Državama pokrenule 2004. U Hrvatskoj je inicijativa „40 dana za život“ započela 2014. bdijenjem ispred „ Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice "u Zagrebu, tijekom korizme, i proširio se na 28 gradova u Hrvatskoj. Do sada je sudjelovalo više od 10 000 ljudi, a više od 50 života spašeno je od poznatih pobačaja. Trudnicama se pruža moralna, duhovna i materijalna pomoć, a postoji i program zacjeljivanja abortusnih rana "Oprost". Tri su ključna elementa Inicijative: molitva i post, mirno bdijenje ispred bolnica i svijest zajednice. Udruga "Hrvatska za život", koja je organizira, održala je i 1. međunarodnu konferenciju za život "Život, dakle, biraj!" u Hrvatskoj, s govornicima iz raznih dijelova svijeta na teme zaštite života od začeća i kulture života u Zagrebu krajem travnja 2018.

Centar za nerođeni život - Betlehem organizira savjetovanje za trudnice, koje planiraju pobaciti, pomoći siromašnim obiteljima i djeci hranom i odjećom. Osnivač udruge Marko Glogović, katolički svećenik i redovnik pavlin, pokrenuo je Molitvena vijeća za nerođeni i svečani Majčin dan, izdavačku kuću "za život" Nonnatus, spomen obilježja u čast pobačene djece, seminare za zacjeljivanje abortusnih rana, inicijativu za zlostavljane žene "Bakhita", tzv. Služba pomirenja za roditelje koji su pobacili, dvije majčine kuće "Obitelj svetog Josipa" za prihvat samohranih majki, trudnica i djece.

Vigilare je aktivističko udruženje građana s zapaženom javnom aktivnošću. Oni se zalažu za pravo na život od začeća. Imali su više akcija protiv pobačaja. Pokrenuta je građanska inicijativa, a ja sam bio embrij. Razlog je bila diskriminirajuća izjava ministra zdravstva Rajka Ostojića od 4. siječnja 2012. Naišla je na velik odaziv i odobravanje javnosti, usprkos snažnom oklijevanju nekih masovnih medija s velikim utjecajem. U listopadu 2017. Vigilare je predao 168 000 potpisa peticije "Imam pravo živjeti!" Hrvatski sabor. tražeći potpunu zabranu pobačaja u Hrvatskoj.

Hod za život je mirna šetnja građana u znak podrške svakom djetetu - rođenom i nerođenom, njegovoj majci, ocu i svakoj obitelji. Cilj Hoda za život je skrenuti

pozornost na poštivanje svakog ljudskog života - od začeća do prirodne smrti. Prvi put je održan u Zagrebu 2015. godine.

2.1.8.1. Priziv savjesti

Odnedavno se neprestano raspravlja o pravu na vjerske prigovore. Stručnjaci kažu koliko je moguće dostupnost uklanjanja fetusa u određenim prostorima, dok branitelji vjernih prigovora tvrde da svaki ginekolog ima sveto pravo odbiti učiniti prekid trudnoće ili sudjelovati u njegovom izvođenju. U studenom 2014. Ministarstvo zdravstva izvijestilo je da će uklanjanje fetusa biti dostupno u svim otvorenim klinikama, što nije situacija u šest hitnih klinika u Hrvatskoj.

Parlamentarna skupština Vijeća Europe utvrdila je pravo na priziv savjesti u medicini Rezolucijom 1763 iz 2010. godine. U točki 1. ove Rezolucije, između ostalog, stoji da niti jedna pravna ili fizička osoba neće biti podvrgnuta prisili, neće se držati odgovornom niti će se na bilo koji način diskriminirati ako odbije izvršiti pobačaj ili eutanaziju. Uz pobačaj i eutanaziju, pravo na priziv savjest često se koristi u postupcima potpomognutog suicida, medicinske oplodnje i sterilizacije. U Republici Hrvatskoj sloboda savjesti i vjeroispovijedi te sloboda javnog očitovanja vjere ili drugog uvjerenja zajamčena je člankom 40. Ustava Republike Hrvatske. Pravo na priziv savjesti utvrđeno je nizom zakona iz područja zdravstva.

Institut priziv savjesti ima značenje pozivanja neke osobe na slobodu savjesti, kada ona odbija učiniti na način kako je normirano ili ugovoreno, odnosno kada ta osoba traži prekid takve obaveze zbog svojih moralnih i/ili vjerskih uvjerenja.

U Republici Hrvatskoj ne postoji jedinstveni i standardizirani postupak odbijanja obavljanja određenih usluga zbog poziva na svijest, ne postoji sustavno prikupljanje podataka o zdravstvenom osoblju koje ima priziv savjesti i utjecaj poziva savjesti na kvaliteta zdravstvene zaštite. Nedostatak nadzora od strane nadležnog ministarstva i tolerancija institucionalne privlačnosti savjesti javni su zdravstveni problem i u konačnici rezultiraju ograničenim pristupom i pravnom i medicinskom nesigurnošću žena. Žene koje traže pobačaj u društvu su stigmatizirane, suočavaju se s neodobravanjem ili ponižavanjem u zdravstvenim ustanovama i mogu biti izložene nepotrebnim razdobljima čekanja, dodatnim troškovima i diskriminaciji.

U radu je predstavljena regulacija i praksa prigovora savjesti u Španjolskoj, gdje zakonodavac i struka rade na razvoju i primjeni standarda tako da prigovor savjesti ne utječe na pristup i kvalitetu zdravstvenih usluga, te u Norveškoj gdje, za razliku od Hrvatske, dostojanstvo i autonomija žena. na prvom mjestu. Prigovor savjesti nije dopušten u nekoliko europskih zemalja, a kod nas je za neke upitno proširenje prigovora savjesti na profesionalnu sferu.

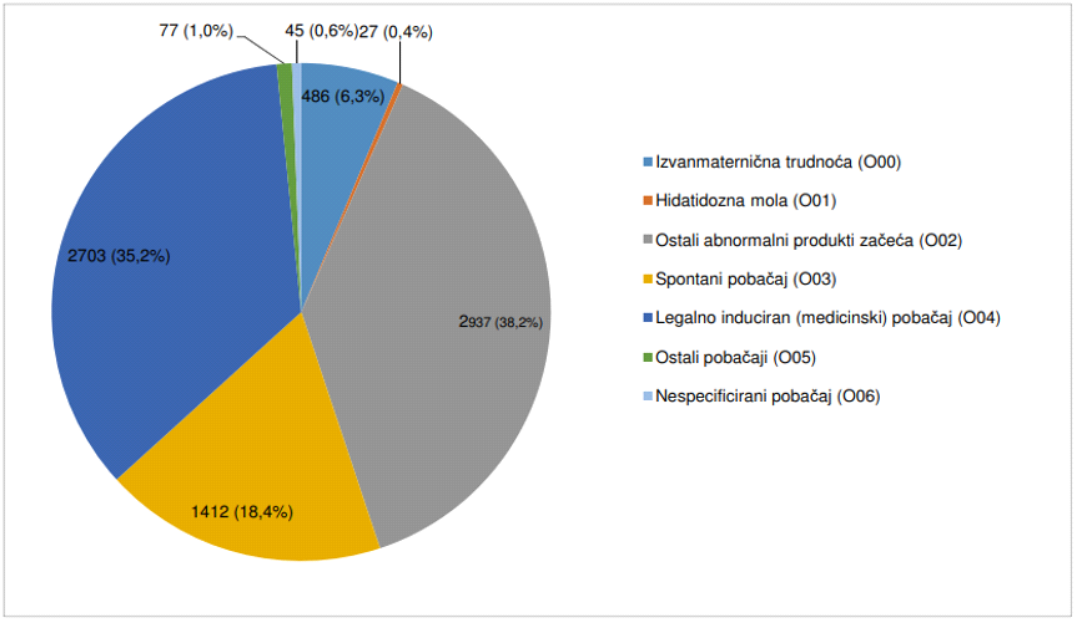
S obzirom na nalaze ovog istraživanja, kako bi se regulirao prigovor savjesti da ne ometa dostupnost pravne zdravstvene zaštite, potrebno je usvojiti i primijeniti standarde koji bi jasno artikulirali obvezu države da osigura da prigovor savjesti u praksi ne sprečava pristup i dostupnost medicinskih usluga. prakse i drže odgovornima one zbog nepoštivanja propisa. Javne zdravstvene ustanove ne mogu odbiti pružanje zakonom propisane medicinske usluge i obvezne su zaposliti dovoljno osoblja koje je spremno pružiti sve usluge reproduktivnog zdravlja. Jasno odredite uvjete pod kojima je prigovor savjesti moguć, regulirajte postupke i ne dopustite prigovor savjesti u situacijama u kojima je ugrožen život ili tjelesno / mentalno zdravlje pacijenta. Prigovor savjesti mogu izraziti samo osobe izravno uključene u pružanje usluga, on mora biti specifičan i odnositi se na određene aktivnosti. Korisnicima usluga trebalo bi omogućiti pravodobnu uslugu drugog stručnjaka u slučaju prigovora savjesti, te stoga ne bi trebao stvarati dodatne neugodnosti i troškove. Uz to, mora se poštivati dostojanstvo žena i neovisnost u odlučivanju. Uključite informacije o tome kako humano prizivati savjest u programe obuke zdravstvenih radnika i osigurajte da studenti medicine nauče izvoditi postupke koje će morati izvesti u hitnim slučajevima.

2.1.8.2. Hrvatski zavod za javno zdravstvo: pobačaji u zdravstvenim ustanovama (izvješće za 2019. Godinu)

Hrvatski je zavod za javno zdravstvo (u nastavku HZJZ) objavio je godišnji izvještaj „Pobačaji u zdravstvenim ustanovama u Hrvatskoj 2019. godine“. Prema tom izvještaju, 2019. godine u RH napravljeno je, u zdravstvenim ustanovama, 7687 pobačaja. Od njih je 5512 bilo prijavljeno na normalan način, a 2175 povučeno je iz baze hospitalizacija pacijenata za 2019. godinu. U odnosu na 2018. godinu broj pobačaja blago je porastao, a tada ih je bilo ukupno 7064.

Preko 85% od ukupnog broja pobačaja za 2019. godinu bilo je napravljeno prije navršenih 10 tjedana trudnoće (ali, mora se uzeti u obzir i da za 2.2% podataka nije evidentirano razdoblje obavljanja abortusa). Od ukupnog broja žena koje su se podvrgnule pobačaju, 38,3% žena nije imalo živorođene djece, a 87.7% abortusa bilo je na zahtjev žene. Alarmantna je činjenica da 85.9% žena nije koristilo nikakav vid kontracepcije.

Slika 2. UDJELI POJEDINIH VRSTA POBAČAJA U UKUPNOM BROJU POBAČAJA U 2019. GODINI (N = 7.687*)

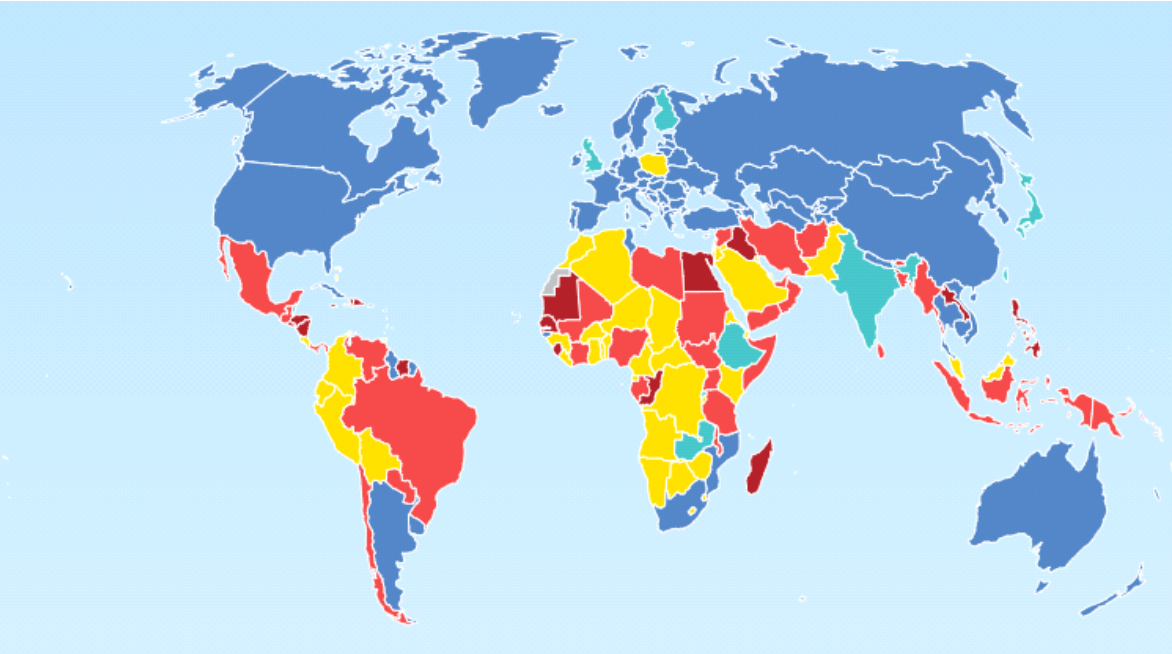


Slika 2.1.8.2.1. Udjeli pojedinih vrsta pobačaja u ukupnom broju pobačaja u 2019. godini. Izvor; Internet: HZJZ

U izvještaju za 2019. godinu stoji da nije bilo niti jednog smrtnog slučaja kao posljedice pobačaja, a stopa komplikacija je mala i broji ukupno 193 hospitalizacije što iznosi učestalost od 25.1 na 1000 pobačaja.

Bračni je status bio nepoznat u gotovo 30% slučajeva, a gotovo 38% žena koje su se podvrgle pobačaju bilo je u braku.

2.1.8.3. U svijetu



Slika 2.1.8.3.1. Prava na pobačaj. Izvor; Internet: https://maps.reproductiverights.org/worldabortionlaws

Na slici 2.1.8.3.1. prikazane su zemlje svijeta, prema zakonskim pravima na pobačaj i to na način da plava boja predstavlja mogućnost pobačaja uz prethodno predan zahtjev, tirkizna predstavlja široku socijalnu ili ekonomsku osnovu, žute su zemlje koje dozvoljavaju pobačaj samo za zaštitu zdravlja, crvene samo za spašavanje života žene a bordo da je u potpunosti zabranjen.

Karta svjetskih zakona o pobačajima konačna je evidencija pravnog statusa pobačaja u zemljama širom svijeta. Od 1998. Centar za reproduktivna prava izrađuje ovu kartu kao resurs za zagovornike, vladine dužnosnike i organizacije civilnog društva koji rade na unapređivanju prava na pobačaj kao ljudskog prava za žene i djevojke širom svijeta. Karta kategorizira pravni status pobačaja na kontinuitetu od ozbiljne restriktivnosti do relativne liberalnosti. Ažurira se u stvarnom vremenu, odražavajući promjene u nacionalnim zakonima kako bi zagovornici ljudskih prava mogli nadgledati kako države štite - ili negiraju - reproduktivna prava širom svijeta.

Pravo na siguran i legalan pobačaj temeljno je ljudsko pravo zaštićeno brojnim međunarodnim i regionalnim ugovorima o ljudskim pravima i ustavima na nacionalnoj razini širom svijeta. Ti instrumenti zasnivaju siguran pobačaj u plejadi prava,

uključujući prava na život; sloboda; privatnost; jednakost i nediskriminacija te oslobađanje od okrutnog, neljudskog i ponižavajućeg postupanja. Tijela za ljudska prava više su puta osudila restriktivne zakone o pobačaju kao nespojive s normama ljudskih prava.

970 milijuna žena, što predstavlja 59% žena reproduktivne dobi, živi u zemljama koje široko dopuštaju pobačaj. Iako većina žena živi u zemljama u kojima mogu ostvariti svoje pravo na pobačaj, 41 posto žena živi pod restriktivnim zakonima. Nemogućnost pristupa sigurnoj i legalnoj njezi pobačaja utječe na 700 milijuna žena reproduktivne dobi. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, 23.000 žena svake godine umre od nesigurnog pobačaja, a deseci tisuća njih imaju značajne zdravstvene komplikacije. Zakonska ograničenja pobačaja ne rezultiraju manjim brojem pobačaja, već prisiljavaju žene da riskiraju svoje živote i zdravlje tražeći nesigurnu skrb o pobačaju. Pravni status pobačaja ukazuje ne samo na to gdje žene i djevojke zakonski smiju odlučivati žele li trudnoću ili ne. Također otkriva koliko je vjerojatno da će žena umrijeti od nesigurnog pobačaja, hoće li djevojke završiti svoje obrazovanje i ograničenja sposobnosti žena i djevojaka da sudjeluju u javnom i političkom životu. Ukratko, praćenje pravnog statusa pobačaja pokazuje nam gdje se žene i djevojke tretiraju jednako i pruža im se mogućnost usmjeravanja vlastitog života.

Proteklih pedeset godina karakterizira nepogrešiv trend prema liberalizaciji zakona o pobačaju, posebno u industrijaliziranom svijetu. Usred kontinuirane rasprave o postupku, trend se poklopio sa padom stope pobačaja u cijelom svijetu. Kako su države širom svijeta proširile osnove kojima žene mogu pristupiti uslugama reproduktivnog zdravlja, poboljšala se kvaliteta i sigurnost skrbi o pobačaju, kao i opstanak majki.

Stope pobačaja relativno su slične među zemljama s vrlo restriktivnim zakonima o pobačaju i onima u kojima je postupak dopušten bez ograničenja, između 34 i 37 na 1.000 žena godišnje, ali sigurnost postupka uvelike se razlikuje: gotovo 90 posto pobačaja u zemljama s liberalnim zakoni o pobačajima smatraju se sigurnima, u usporedbi sa samo 25 posto zakona u zemljama u kojima je pobačaj zabranjen. Prosječna stopa pobačaja na globalnom je nivou opala za pet postotnih bodova od 1994. godine, a do čak 19% u zemljama s višom industrijalizacijom. Približno 8 posto smrtnosti majki u svijetu posljedica je komplikacija zbog nesigurnih pobačaja, prema

podacima koje je izdala Svjetska zdravstvena organizacija (World Health Organisation), koji se gotovo svi događaju u zemljama u razvoju.

Sjedinjene Američke Države bile su jedne od prvih koje su liberalizirale zakone o pobačaju i to sedamdesetih godina prošlog stoljeća, njih su u tome zapratile i neke zemlje zapadne Europe. Vrhovni Sud SAD-a u poznatom slučaju Roe prodiv Wadea donio je odluku da žene imaju pravo izbora na abortus. , Planned Parenthood v. Casey je nekoliko godina kasnije, točnije 1992. godine, potvrdio ovo pravo, ali je odredio određene propise – kao što su razdoblje čekanja i zahtjeva na roditeljski pristanak.



Slika 2.8.1.3.2. Aktivisti u slučaju Roe Vs. Wade. Izvor; Internet: https://hr.eferrit.com/sto-ako-je-roe-protiv-wade-bio-prebacen/

Globalni trend u zakonu o pobačaju bio je prema liberalizaciji. Od 2000. godine dvadeset i devet zemalja promijenilo je svoje zakone o pobačaju, a sve osim jedne - Nikaragva - proširile su zakonsku osnovu na kojoj žene mogu pristupiti uslugama pobačaja. Samo u proteklih godinu dana Irska je legalizirala pobačaj referendumom, a južnokorejski je visoki sud proglasio neustavnom zabranu pobačaja. Iako je većina zemalja poduzela korake kako bi proširila osnove za pobačaj, neke - uključujući El Salvador, Poljsku i Sjedinjene Države - donose politike za pooštravanje ograničenja.

Kina je pedesetih godina prošlog stoljeća liberalizirala svoj zakon o pobačajima i promovirala tu praksu u okviru politike jednog djeteta, koja je donesena 1979. godine u pokušaju da zaustavi rast stanovništva ograničavanjem obitelji na jedno dijete. Politika prema kojoj su usluge pobačaja bile široko dostupne došla je s ozbiljnim prisilnim mjerama - uključujući novčane kazne, obveznu sterilizaciju i pobačaj - kako bi se odvratilo od neovlaštenih porođaja. Kina je 2016. godine podigla ovu dugogodišnju granicu na politiku dvoje djece, zajedno s drugim poticajima za poticanje rasta stanovništva usred brzo starenja stanovništva. Aktivisti se plaše da bi vlada, želeći kontrolirati demografske podatke, mogla ponovno upotrijebiti prisilne mjere kako bi nametnula ograničenja ženama.

Postkolonijalni kenijski zakon o pobačaju ukorijenjen je u britanskom kaznenom zakonu koji je inicirao pobačaj. Kad je Kenija 2010. usvojila novi ustav, proširila je osnove na kojima su žene mogle pobaciti, uključujući i hitne slučajeve ili slučajeve u kojima je ugroženo zdravlje majke. U lipnju 2019. sud je izuzeće proširio na slučajeve silovanja. Dok druge bivše europske kolonije preispituju svoje statute o pobačaju, mnogi šire temelje za pobačaj. Primjerice, Benin, Burkina Faso, Čad, Gvineja, Mali i Niger - države čiji su restriktivni zakoni o pobačaju bili zabrana primanja Napoleonovog zakona iz 1810. godine od strane Francuske - svi su abortus učinili legalnim u slučajevima silovanja, incesta i abnormalnosti fetusa.

2018. irski parlament legalizirao je prekid trudnoće prije dvanaest tjedana, kao i u slučajevima u kojima je ugroženo zdravlje majke. Prije toga, Irska je imala jedan od naj restriktivnijih zakona o pobačaju u Europi, kodificiran ustavnim amandmanom iz 1983. godine koji je zapravo zabranio tu praksu. Smrt Savite Halappanavar 2012. nakon što joj je odbijen hitni pobačaj ponovno je pokrenula javnu raspravu i prosvjed i potaknula referendum na cijeloj zemlji da poništi amandman; referendum je prošao s 66 posto glasova. 2019. pobačaj je legaliziran u Sjevernoj Irskoj. Zakon o pobačaju iz Ujedinjenog Kraljevstva iz 1967. godine, kojim se liječnicima u Engleskoj, Škotskoj i Walesu dodjeljuju ovlasti za pobačaj, proširen je na Sjevernu Irsku nakon glasanja parlamenta Ujedinjenog Kraljevstva.

Zambija je jedna od rijetkih zemalja u Africi u kojoj je pobačaj dopušten iz ekonomskih i socijalnih razloga, ali, unatoč tome što imaju liberalni zakon, strukturne i kulturne barijere zambijskim ženama otežavaju pobačaj. Zambija ima manje od

jednog liječnika koji se bavi medicine na deset tisuća stanovnika, a za više od 60 posto Zambijaca koji žive u ruralnim područjima zdravstvenih je radnika malo i previše.

El Salvador je jedna od samo dvije zemlje koje su uvele nova ograničenja pobačaja od Kairske deklaracije 1994. godine, koja je reproduktivno zdravlje prepoznala kao presudno za razvoj. (Drugi je Nikaragva.) Tijekom preispitivanja kaznenog zakona nakon razornog trinaestogodišnjeg građanskog rata, El Salvador izmijenio je svoj zakon o pobačaju - koji je u većini slučajeva već zabranio postupak - da eliminira sve iznimke, namećući tako potpunu zabranu. Iako nekolicina drugih zemalja ima jednako restriktivne zakone o pobačaju, El Salvador jedinstven je po težini svoje provedbe: liječnici su dužni prijaviti sumnju na pobačaj, a postoji čak i poseban odjel tužiteljstva koji je zadužen za njihovu istragu. Između 2000. i 2011. godine, više od 129 žena procesuirano je zbog sumnje na pobačaj, a najmanje 13 je i dalje u zatvoru, a neke od njih služe desetljećima duge kazne.

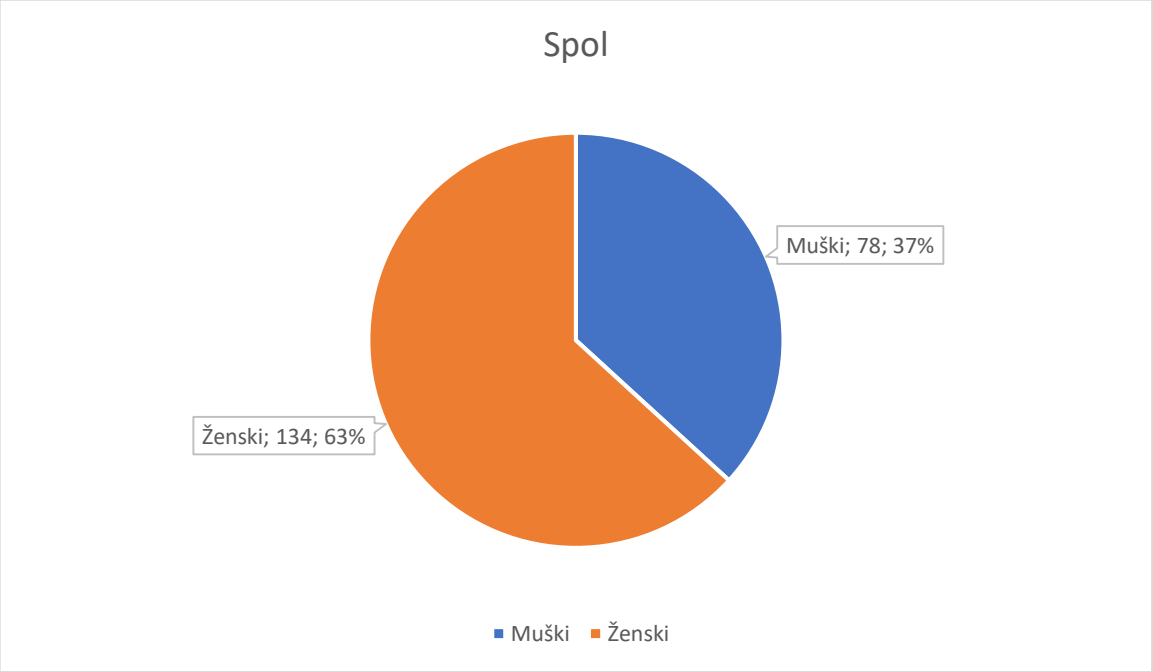
Poljska zabranjuje pobačaj s relativno rijetkim iznimkama u usporedbi sa svojim europskim susjedima, dopuštajući to samo u slučajevima silovanja ili ozbiljnih abnormalnosti fetusa, ili radi očuvanja života i zdravlja majke. 2016. godine, kada je vlada razmotrila zakon o uklanjanju svih iznimaka od zabrane, 150 000 žena izašlo je na ulice u štrajku diljem države, a zakon je u velikoj većini odbijen. Napokon su podneseni slični računi u Litvi i Rusiji. U drugim istočnoeuropskim zemljama - uključujući Armeniju, Gruziju, Makedoniju, Rusiju i Slovačku - novije zakonodavstvo nameće preduvjete pacijentima koji traže pobačaje, poput obveznog čekanja ili savjetovanja [24].

3. PRAKTIČNI DIO

3.1. Istraživanje i rezultati

Cilj rada, osim predstavljanje samog pojma abortusa te vezane problematike u Hrvatskoj i svijetu, je također i ispitati stavove zdravstvenih djelatnika i opće populacije o induciranom prekidu trudnoće. U tu svrhu kreirane su i napravljene dvije ankete, s uzorkom opće populacije od 197 ispitanika i zdravstvene od 212 ispitanika. Anketa je provedena putem Google ankete u periodu svibanj i lipanj 2020.godine. Ovo je vid primarnog istraživanja podataka.

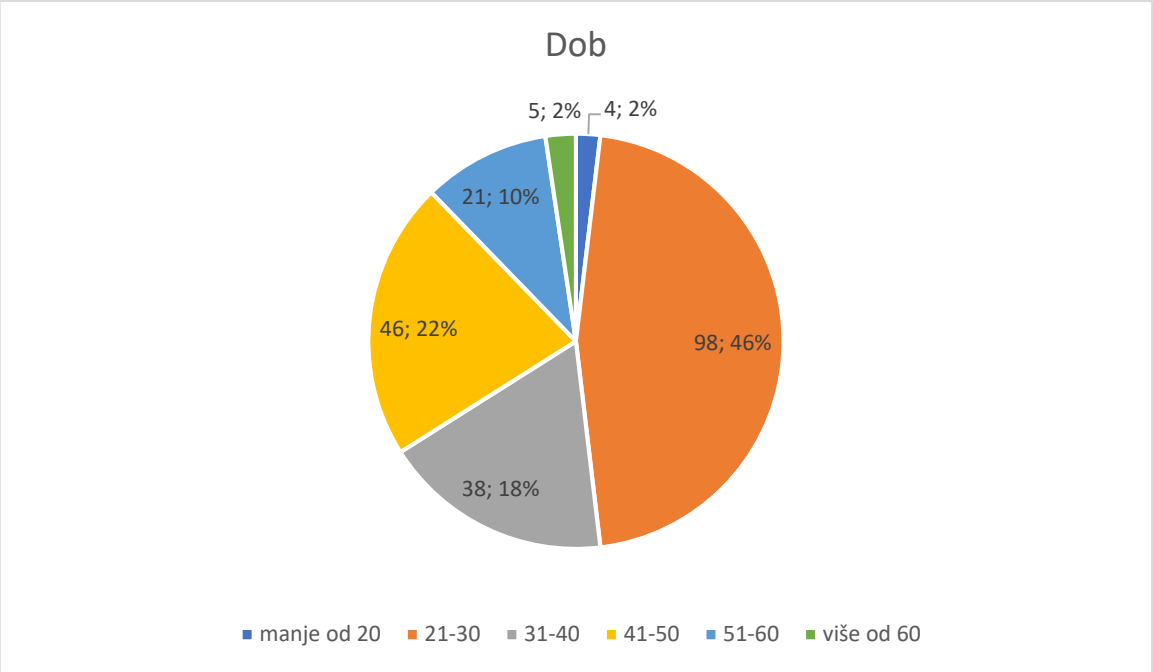
3.1.1. Rezultati– Zdravstveni djelatnici



Graf 3.1.1.1. Razlika u spolu kod zdravstvenih djelatnika

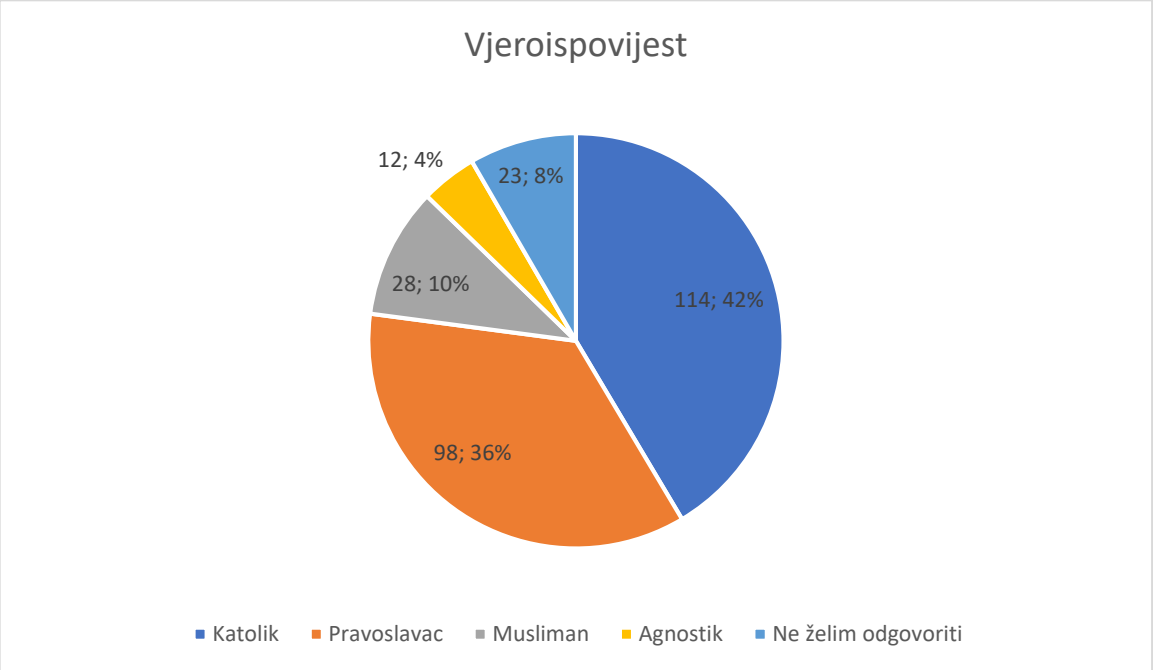
Izvor: autor

Većinu ispitanika čine žene, sa 63%, a muškarci 37%.



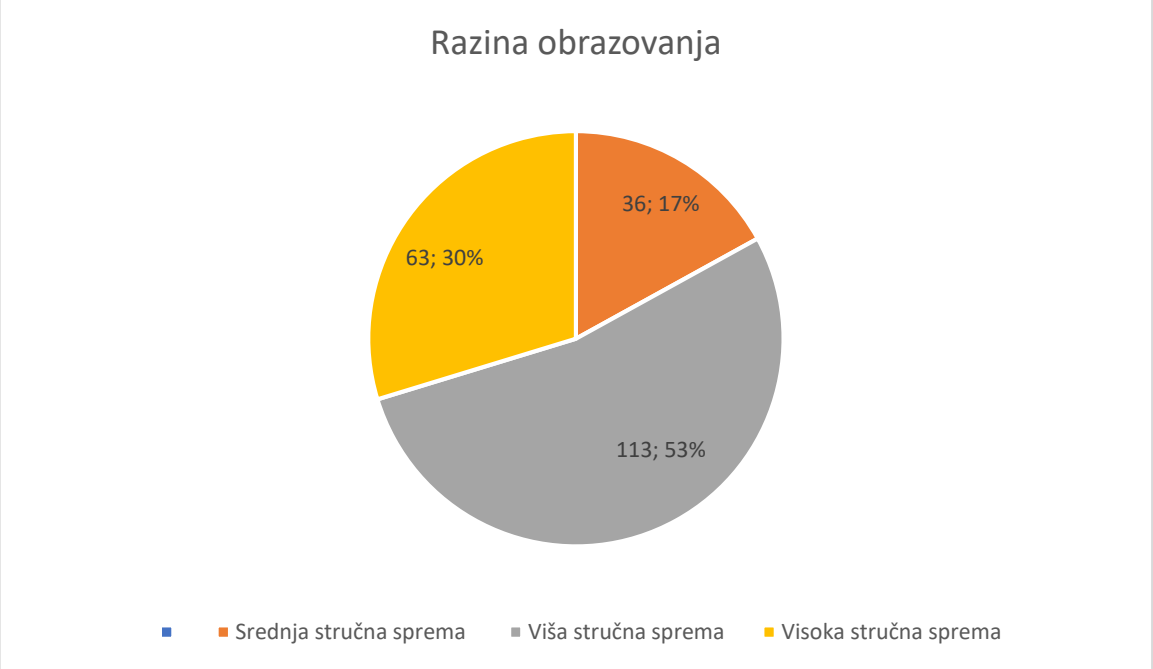
Graf 3.1.1.2. Razlika u dobi kod zdravstvenih djelatnika Izvor:autor

Najviše ispitanika spada u dobnu skupinu od 21 do 30 godina, sa skoro 50% udjela, a slijedi ih dobna skupina 41-50, a nakon nje 31-40 godina.



Graf 3.1.1.3. Razlika u vjeroispovjesti kod zdravstvenih djelatnika Izvor:autor

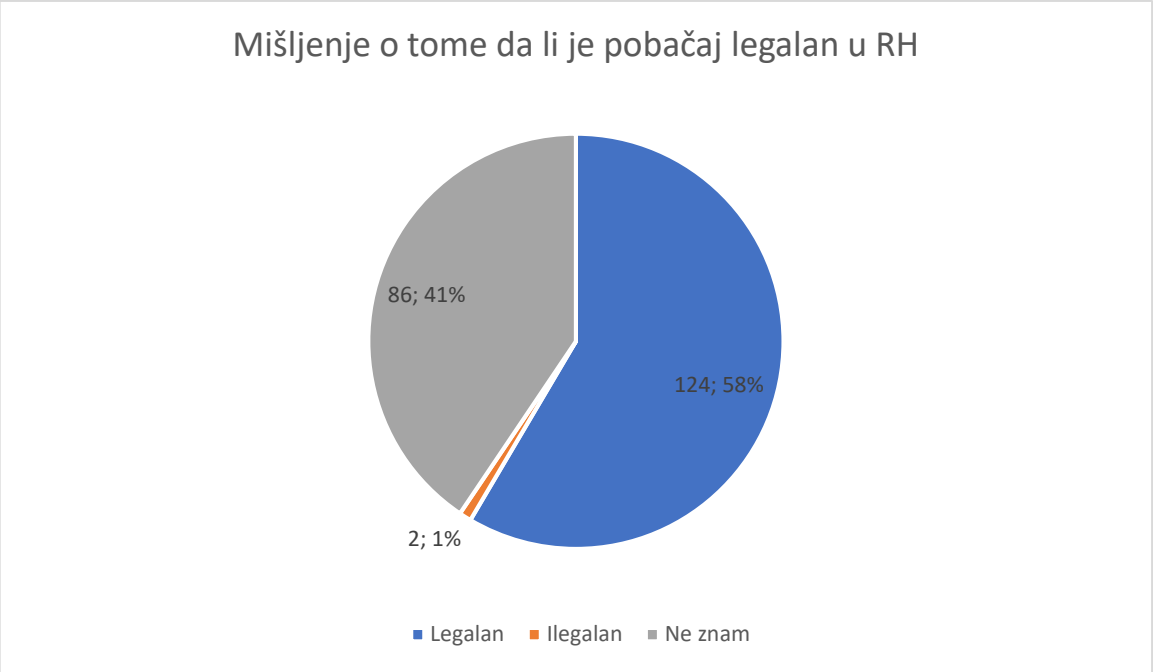
Najviši udio prema vjeri čine katolici sa 42%, a slijede pravoslavci s 36%. Od ukupnog broja ispitanika, njih 23 odbilo je odgovoriti na ovo pitanje.



Graf 3.1.1.4. Razina obrazovanja kod zdravstvenih djelatnika

Izvor: autor

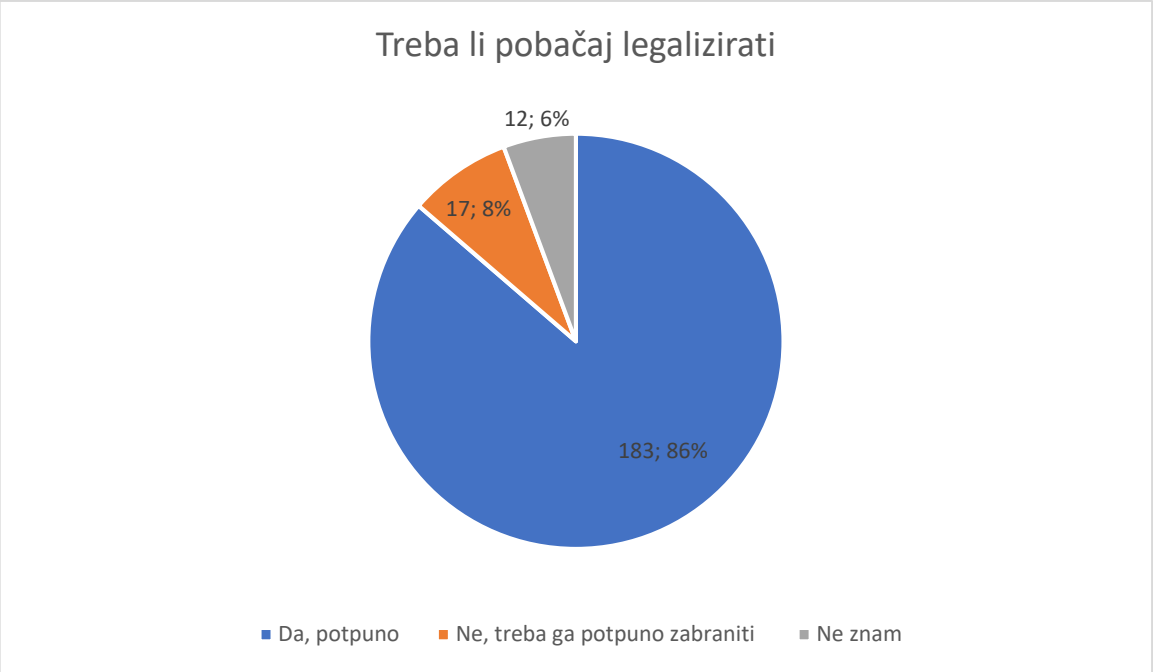
Najviše ispitanika, njih preko 50% ima višu stručnu spremu, slijedi ih visoka stručna sprema s 30%, pa srednja stručna sprema sa 17%, dok niske stručne spreme i nekvalificiranih nema kao sudionika ovog ispitivanja.



Graf 3.1.1.5. Razlika u mišljenu o legalnosti pobačaja-zdravstveni djelatnici

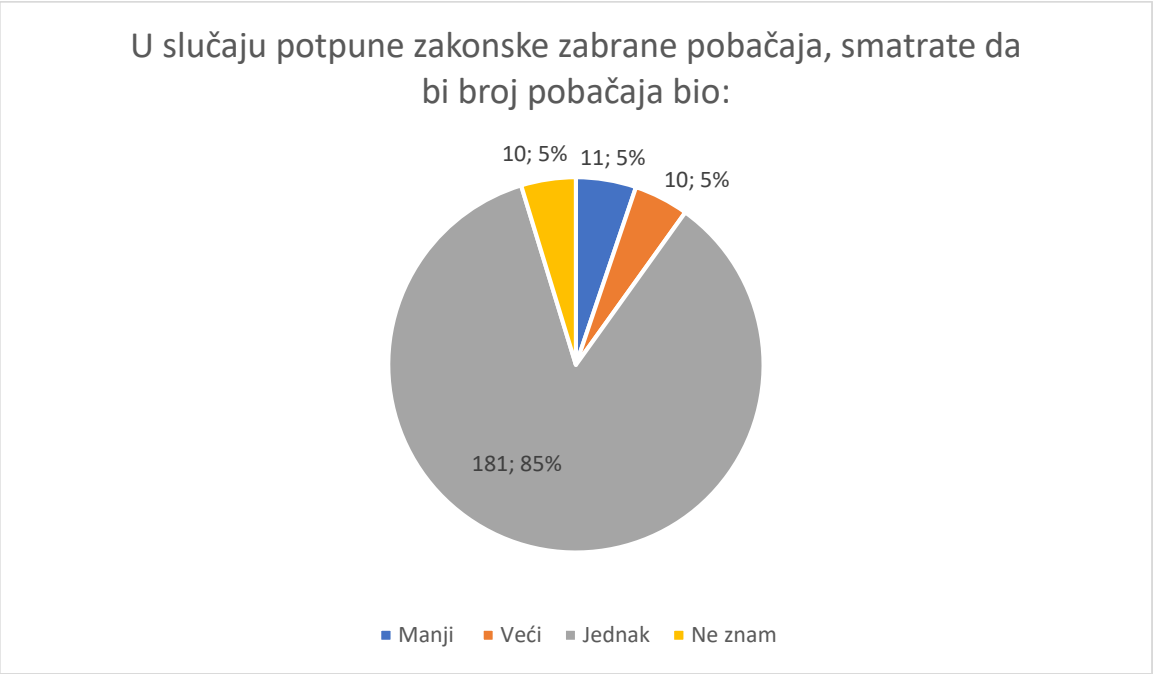
Izvor: autor

Od ukupnog broja ispitanika njih 58% smatra da je pobačaj legalan u RH, njih 41% ne zna, dok njih 1% nije sigurno. Ovo je veoma zabrinjavajući i alarmantan podatak koji bi trebao biti alarm nadležnima o općem obrazovanju populacije. Upravo zato što su ovo prava svakog čovjeka, svake žene i važne teme koje se protežu svakog dana u vijestima. Svijest o zakonskim pravima trebala bi biti općepoznata stvar, a ne nepoznanica gotovo 50% ljudi koji nisu direktno povezani sa zdravstvenim sustavom.



Graf 3.1.1.6. Razlika u mišljenju o potrebi legalizacije pobačaja-zdravstveni djelatnici. Izvor: autor

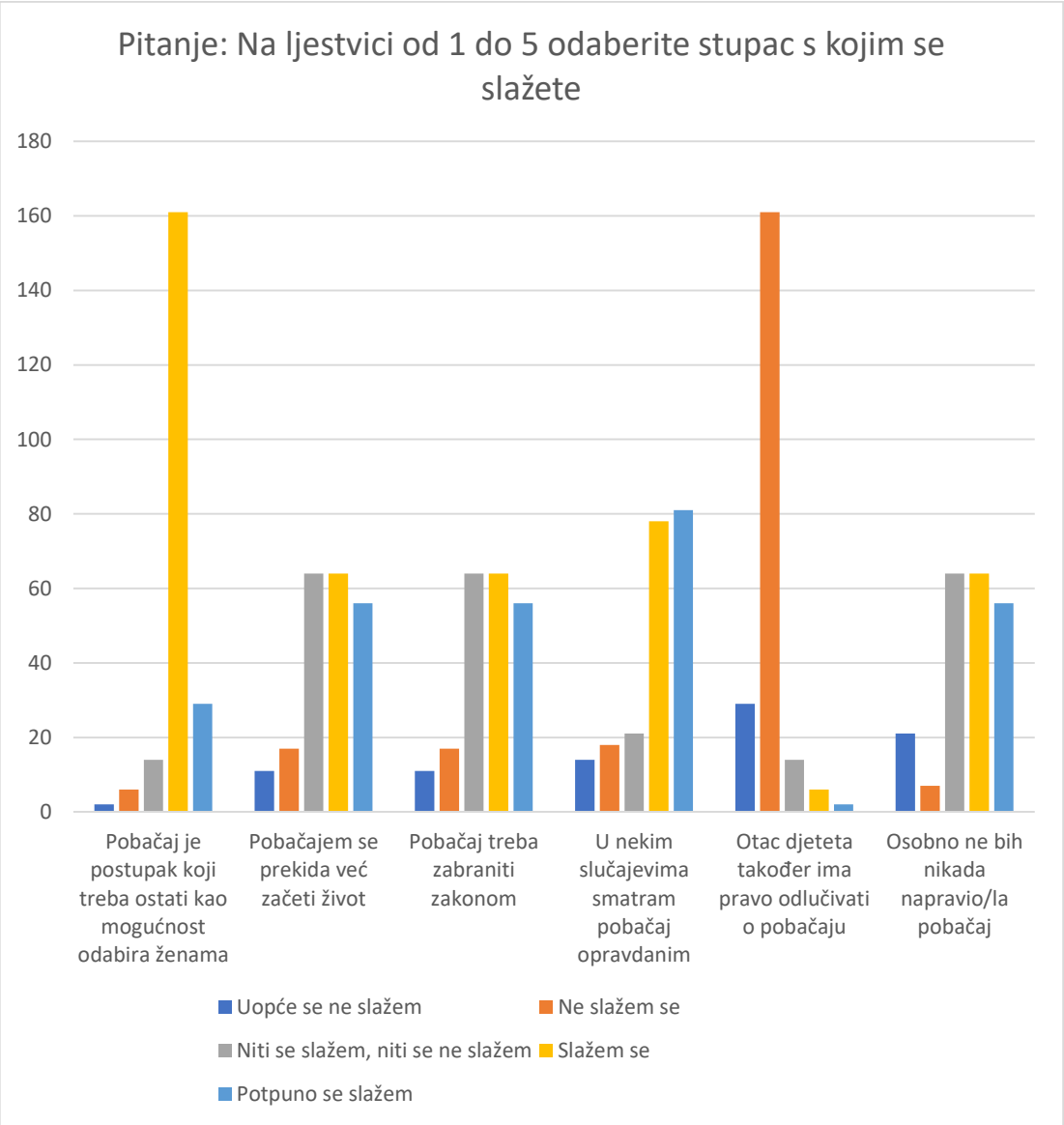
Preko 80% ispitanika smatra da pobačaj treba u potpunosti legalizirati, njih 8% da ga treba u potpunosti zabraniti dok 6% ispitanika ne zna odgovor.



Graf 3.1.1.7.Razlika u mišljenju u slučaju zabrane pobačaja-zdravstveni djelatnici Izvor: autor

Većina ispitanika smatra da bi kod potpune zakonske zabrane pobačaja, broj pobačaja ostao jednak, dok se po 5% ispitanika opredijelilo za manji ili veći broj, te ih isto toliko ne zna.

Sljedeće pitanje bilo je rangiranje slaganja sa sljedećim izjavama:

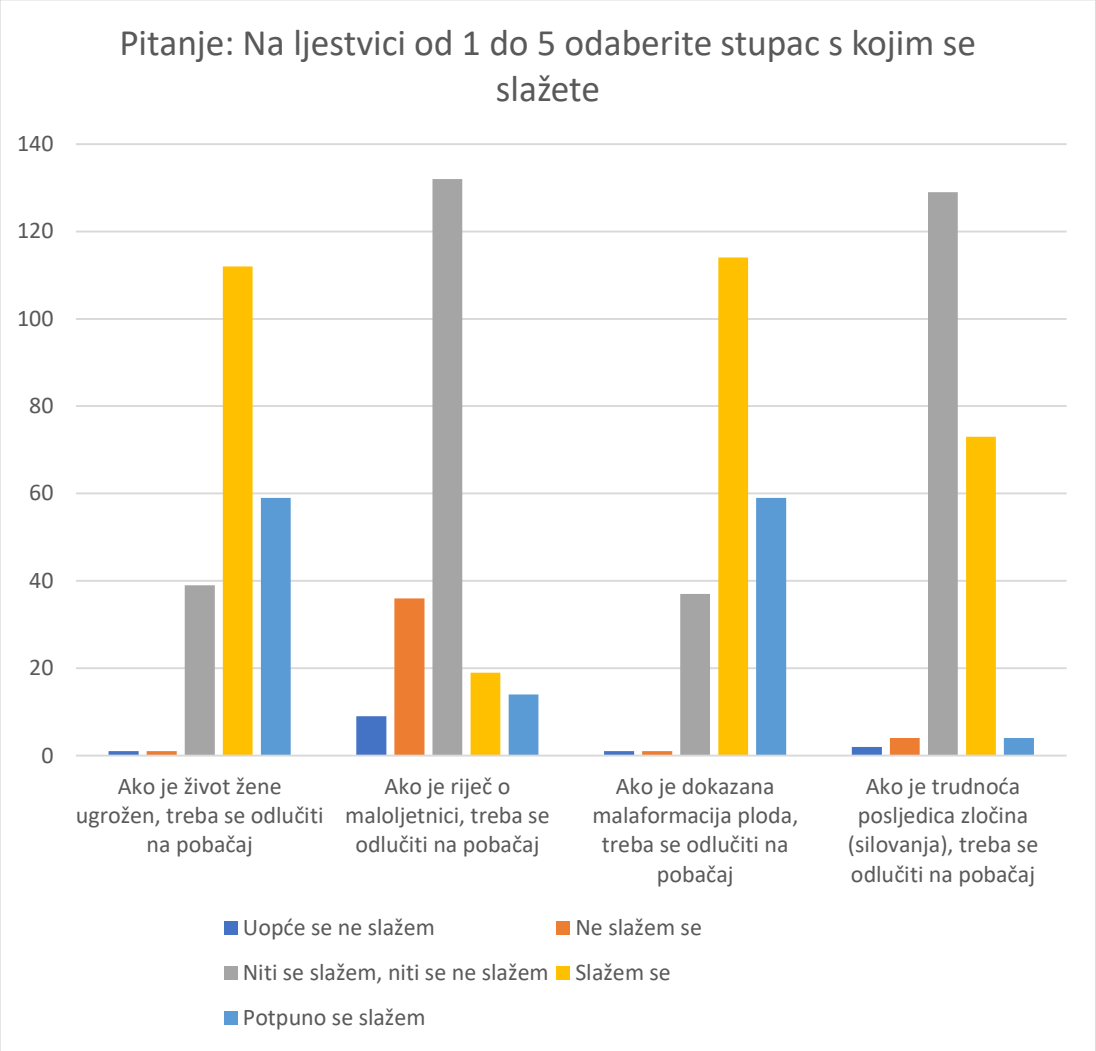


Graf 3.1.1.8. Razlike u stavovima o tvrdnjama o pobačaju-zdravstveni djelatnici

Izvor: autor

Iz dobivenih se rezultata može vidjeti da se većina ispitanika slaže da je to postupak koji treba ostati izbor ženama, ne smatraju u potpunosti da se njime prekida već načet život, međutim ipak naginju zabrani pobačaja, iako su gore u pitanju naveli da smatraju da ga se treba legalizirati, osobna mi je pretpostavka da se takav propust desio zbog

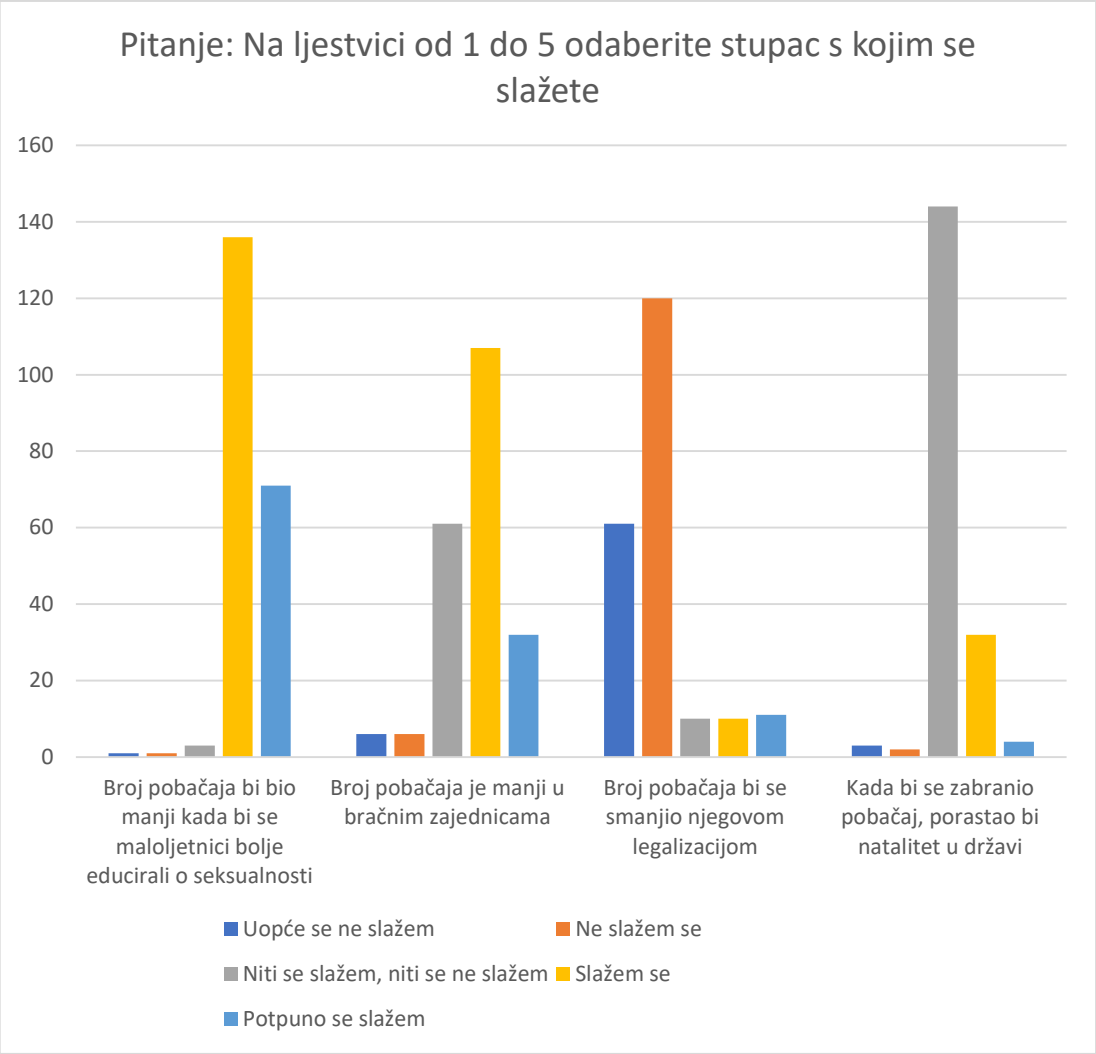
loše postavljenog anketnog pitanja. Velika se većina ispitanika slaže s izjavom da je u nekim slučajevima pobačaj opravdana radnja, ali se ne slažu s time da otac ima pravo u odluci. Više od polovice ispitanika smatra da nikad ne bi napravilo taj čin.



Graf 3.1.1.9. Razlike u stavovima o opravdanosti pobačaja-zdravstveni djelatnici

Izvor: autor

Sljedeće pitanje također je istog oblika. Iz odgovora se mogu zaključiti sljedeće stvari, u globalu se ispitanici slažu da ukoliko je život žene ugrožen, da se treba opovrgnuti činu abortusa. Neodlučni su da li bi maloljetnica trebala pobaciti ili ne kao i kada se radi o pitanju silovanja, ali se gotovo u 100% slažu da ukoliko je plod bolestan treba napraviti pobačaj.



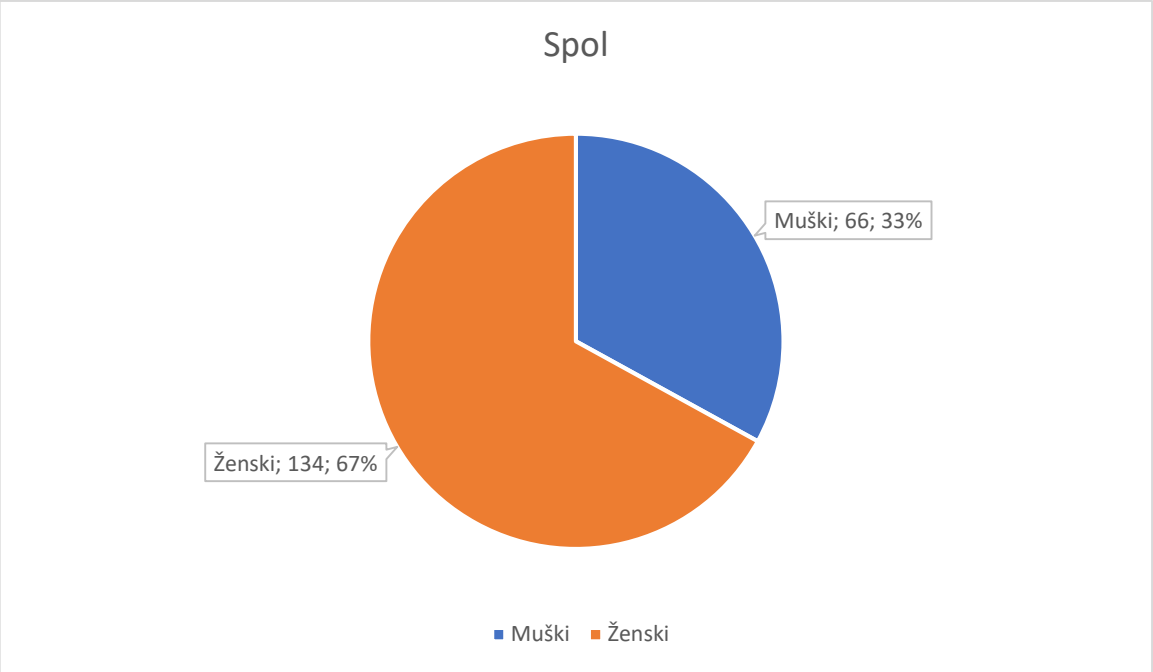
Graf 3.1.1.10. Razlike u stavovima o broju pobačaja-zdravstveni djelatnici

Izvor: autor

U sljedećem pitanju ispitanici smatraju da bi broj pobačaja uz bolju edukaciju bio puno bolji i to kada bi se edukacija provodila u mladenačkom dobu. Smatraju da je broj pobačaja u bračnim zajednicama manji nego u vanbračnim. Smatraju da se broj pobačaja ne bi smanjio kada bi se legalizirao (retoričko pitanje), a podijeljeni su oko mišljenja rasta nataliteta zabranom abortusa.

3.1.2. Rezultati – opća populacija

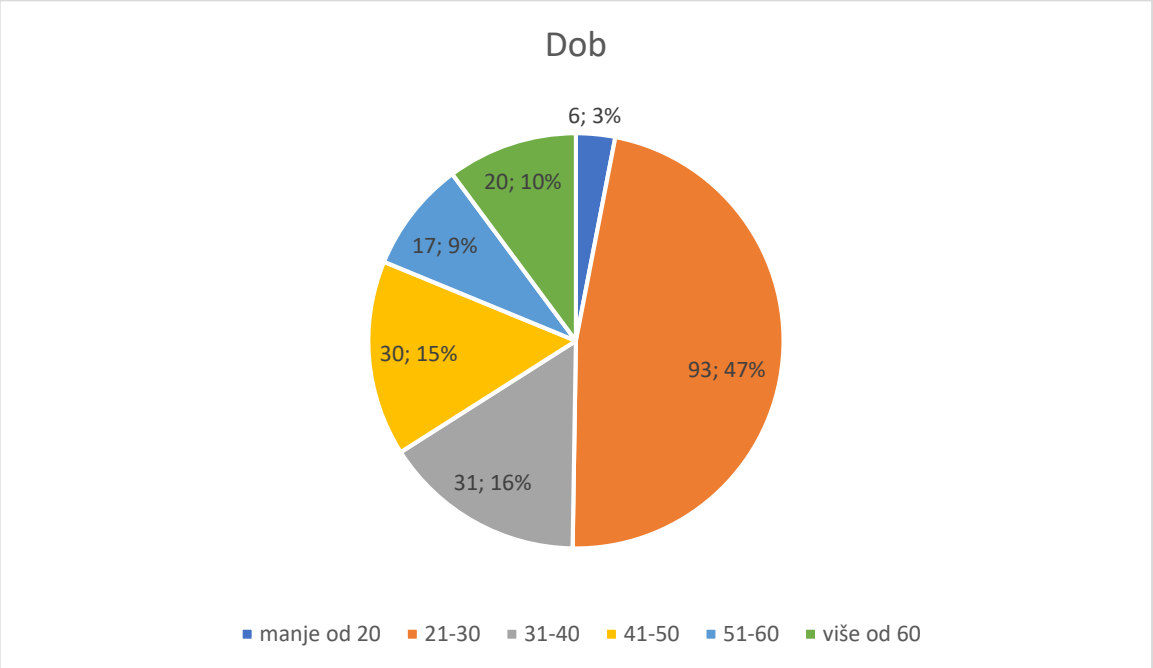
U anketi za opću populaciju sudjelovalo je 197 ispitanika.



Graf 3.1.2.1. Razlika u spolu kod opće populacije

Izvor: autor

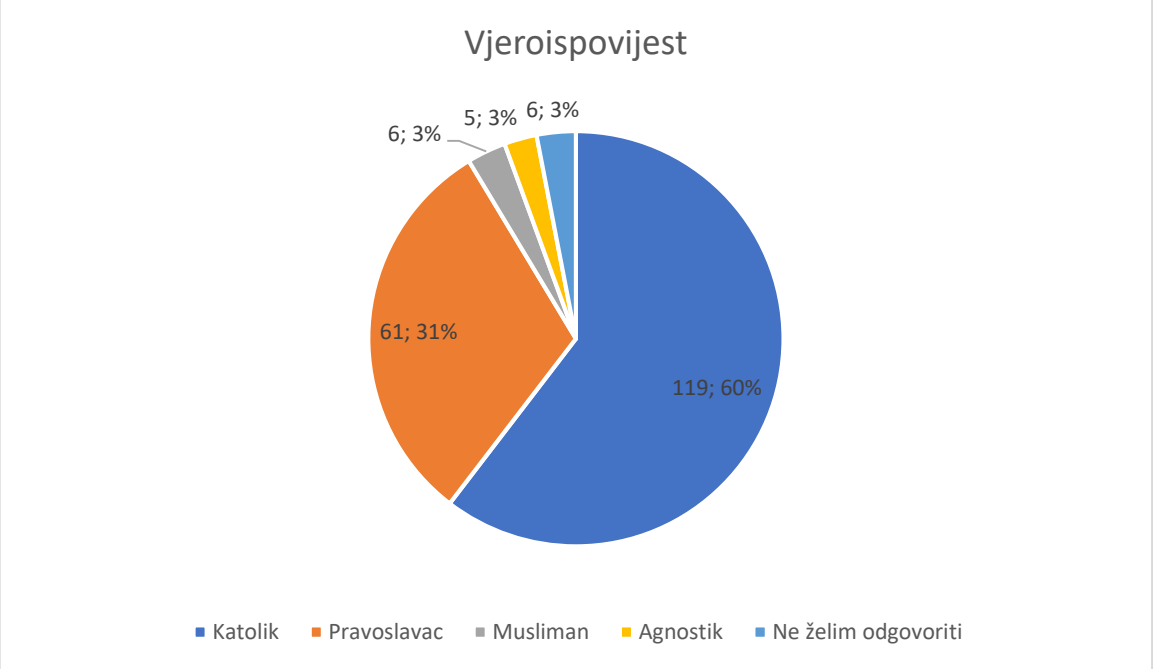
Većinu ispitanika čine žene, sa 67%, a muškarci 33%.



Graf 3.1.2.2. Razlika u dobi kod opće populacije

Izvor: autor

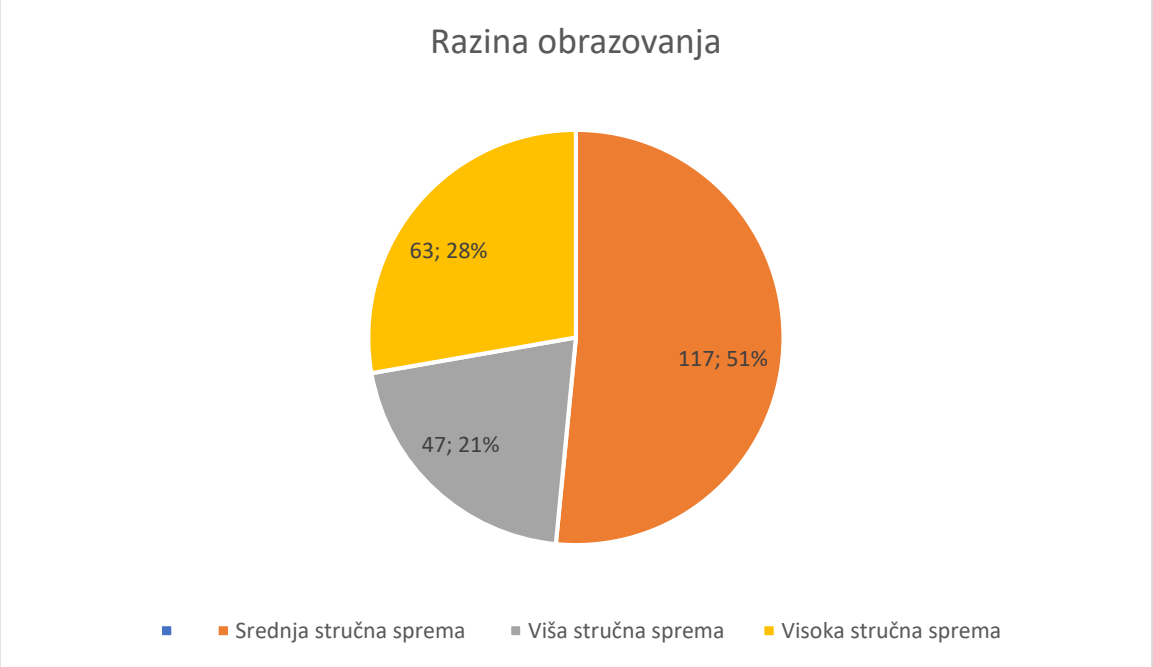
Najviše ispitanika spada u dobnu skupinu od 21 do 30 godina, sa skoro 50% udjela, a slijedi ih dobna skupina 31-40, a nakon nje 41-50 godina.



Graf 3.1.2.3. Razlika u vjeroispovjesti kod opće populacije

Izvor: autor

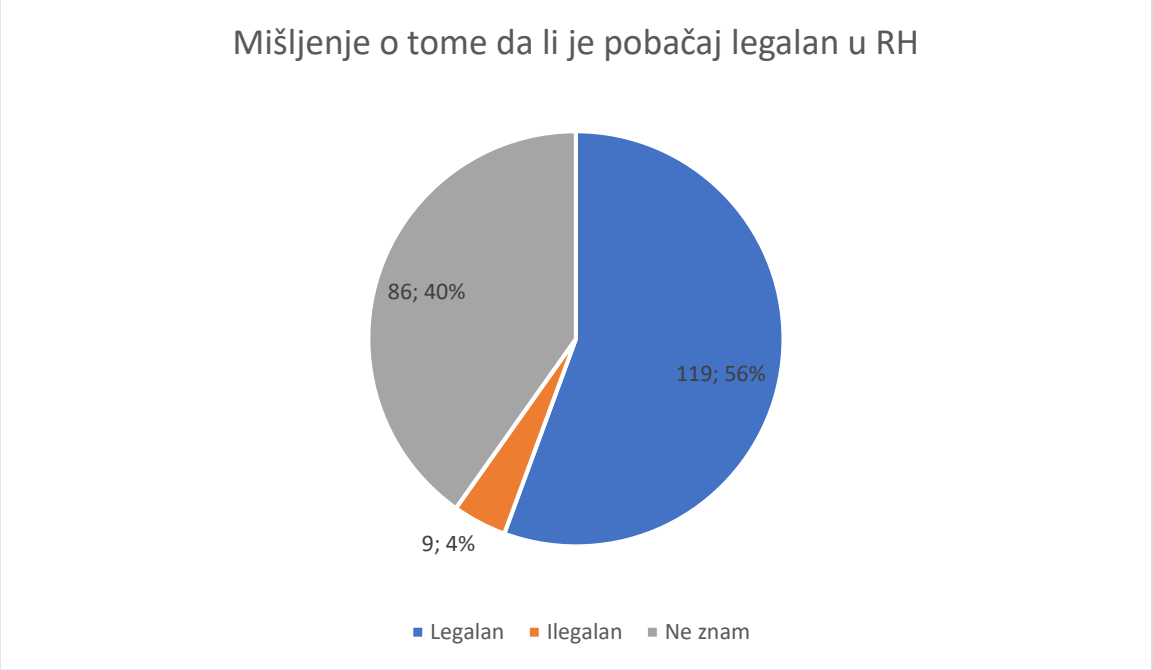
Najviši udio prema vjeri čine katolici sa 60%, a slijede pravoslavci s 31%. Od ukupnog broja ispitanika, njih 6 odbilo je odgovoriti na ovo pitanje.



Graf 3.1.2.4. Razina obrazovanja kod opće populacije

Izvor: autor

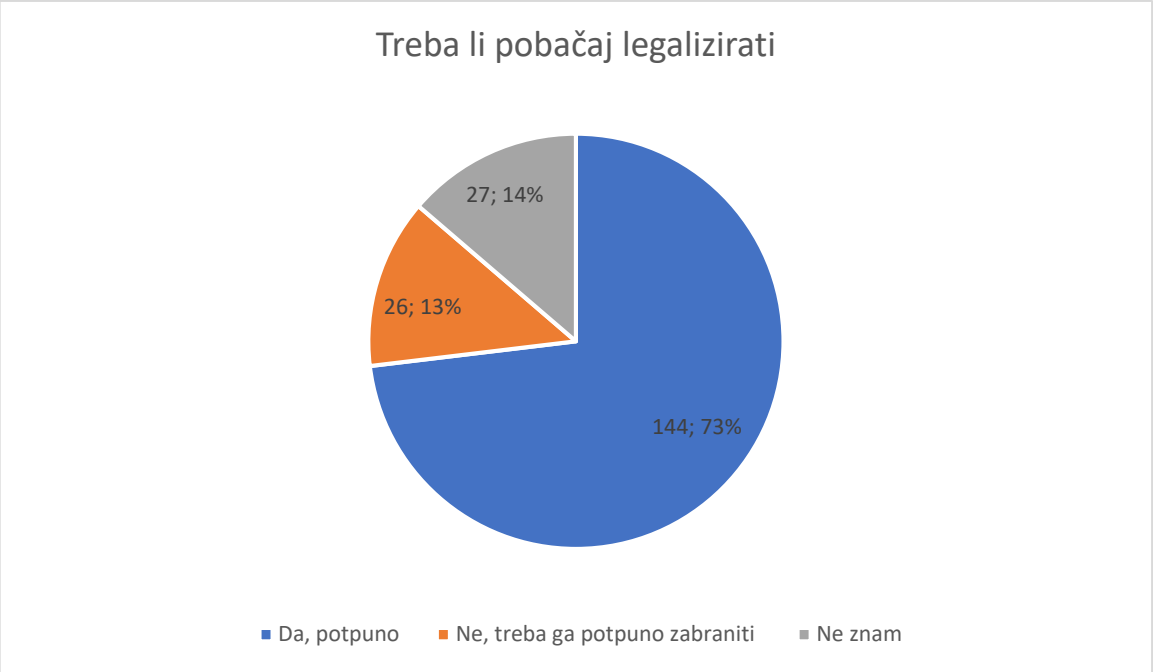
Najviše ispitanika, njih preko 50% ima srednju stručnu spremu, slijedi ih viša stručna sprema s 28%, pa visoka stručna sprema sa 21%, dok niske stručne spreme i nekvalificiranih nema kod sudionika ovog ispitivanja, kao i kod zdravstvenih djelatnika.



Graf 3.1.2.5. Razlika u mišljenu o legalnosti pobačaja

Izvor: autor

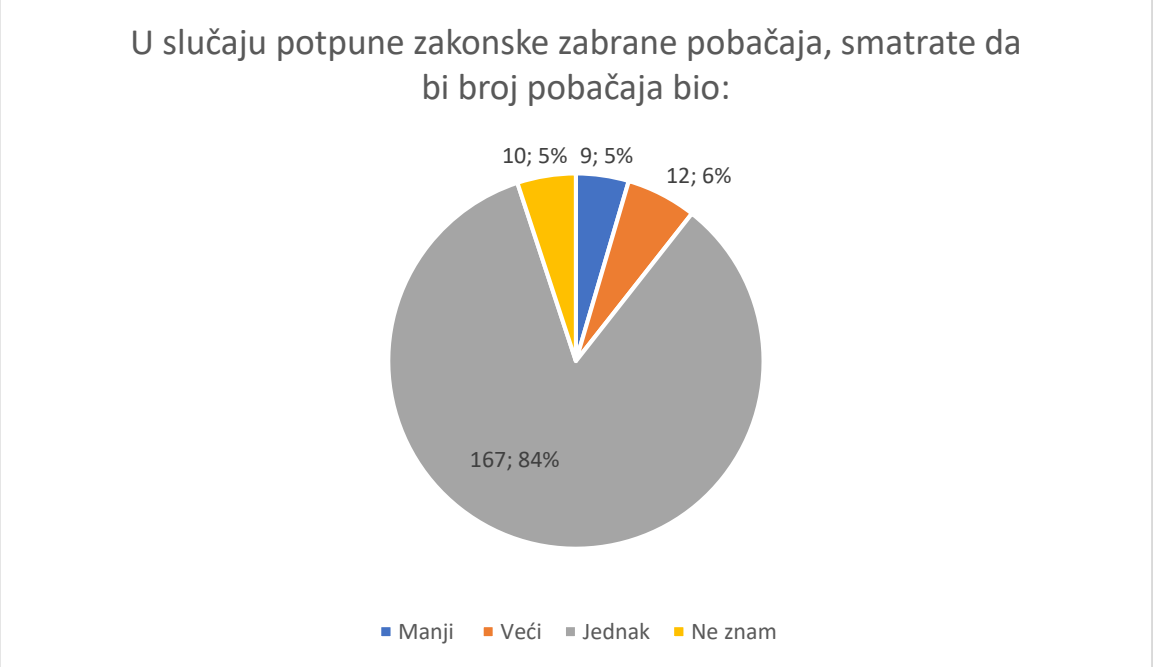
Čak 40% ispitanika ne zna zakone Republike Hrvatske vezane uz pobačaj. 56% ispitanika zna da je legalan, a njih 4% ili 9 u broju, smatra da je ilegalan.



Graf 3.1.2.6.Razika u mišljenju o potrebi legalizacije pobačaja-opća populacija

Izvor: autor

Preko 70% ispitanika smatra da pobačaj treba u potpunosti legalizirati, njih 13% da ga treba u potpunosti zabraniti dok 14% ispitanika ne zna odgovor, što je dosta velik postotak, s obzirom da je to veoma važno i popularno pitanje u RH.

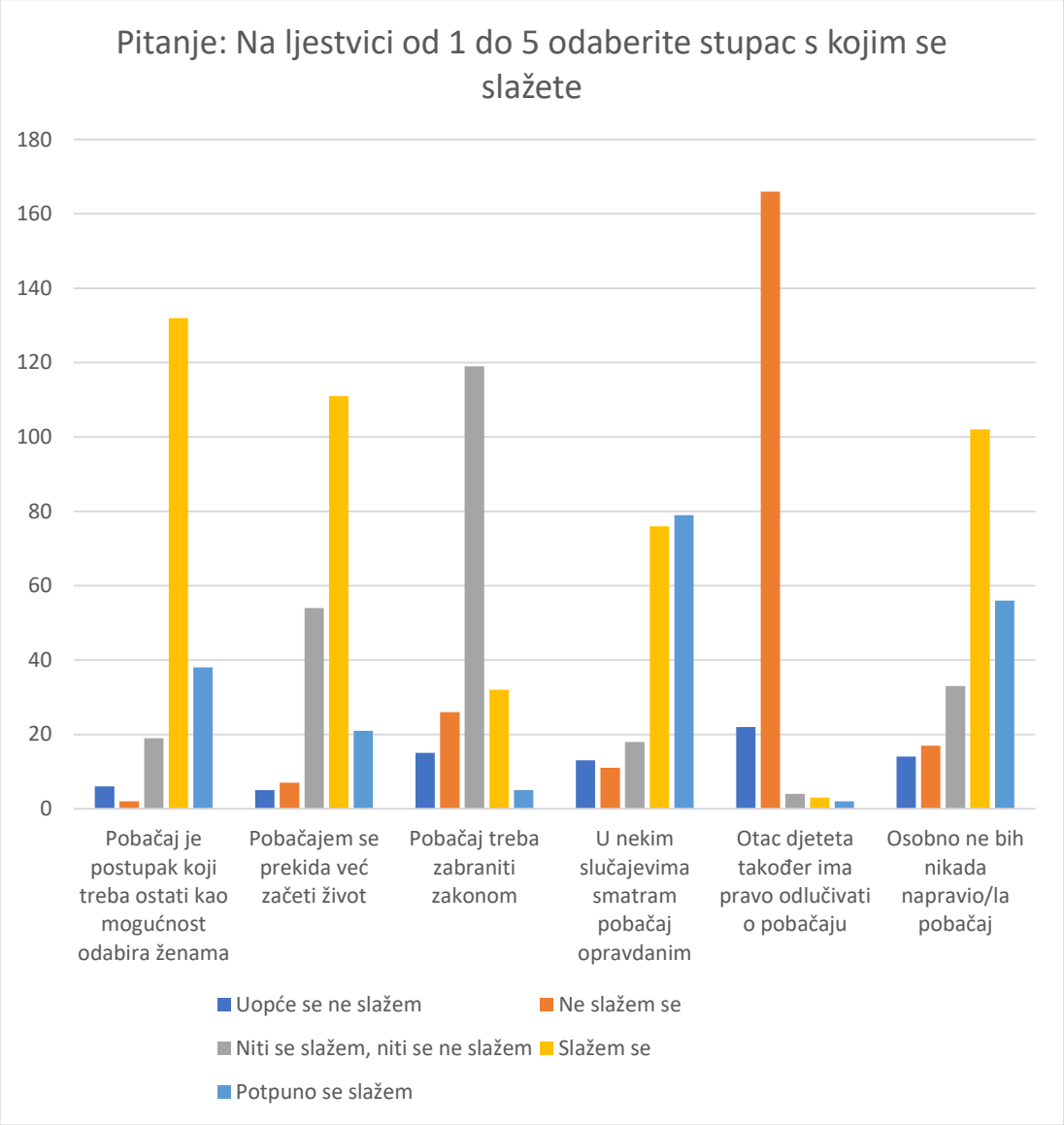


Graf 3.1.2.7. Razlika u mišljenju u slučaju zabrane pobačaja-opća populacija

Izvor: autor

Većina ispitanika smatra da bi kod potpune zakonske zabrane pobačaja, broj pobačaja ostao jednak, dok se po 5% ispitanika opredijelilo za manji broj ili odgovor ne znam, a 6% ih misli da bi se on povećao.

Sljedeće pitanje bilo je rangiranje slaganja sa sljedećim izjavama:

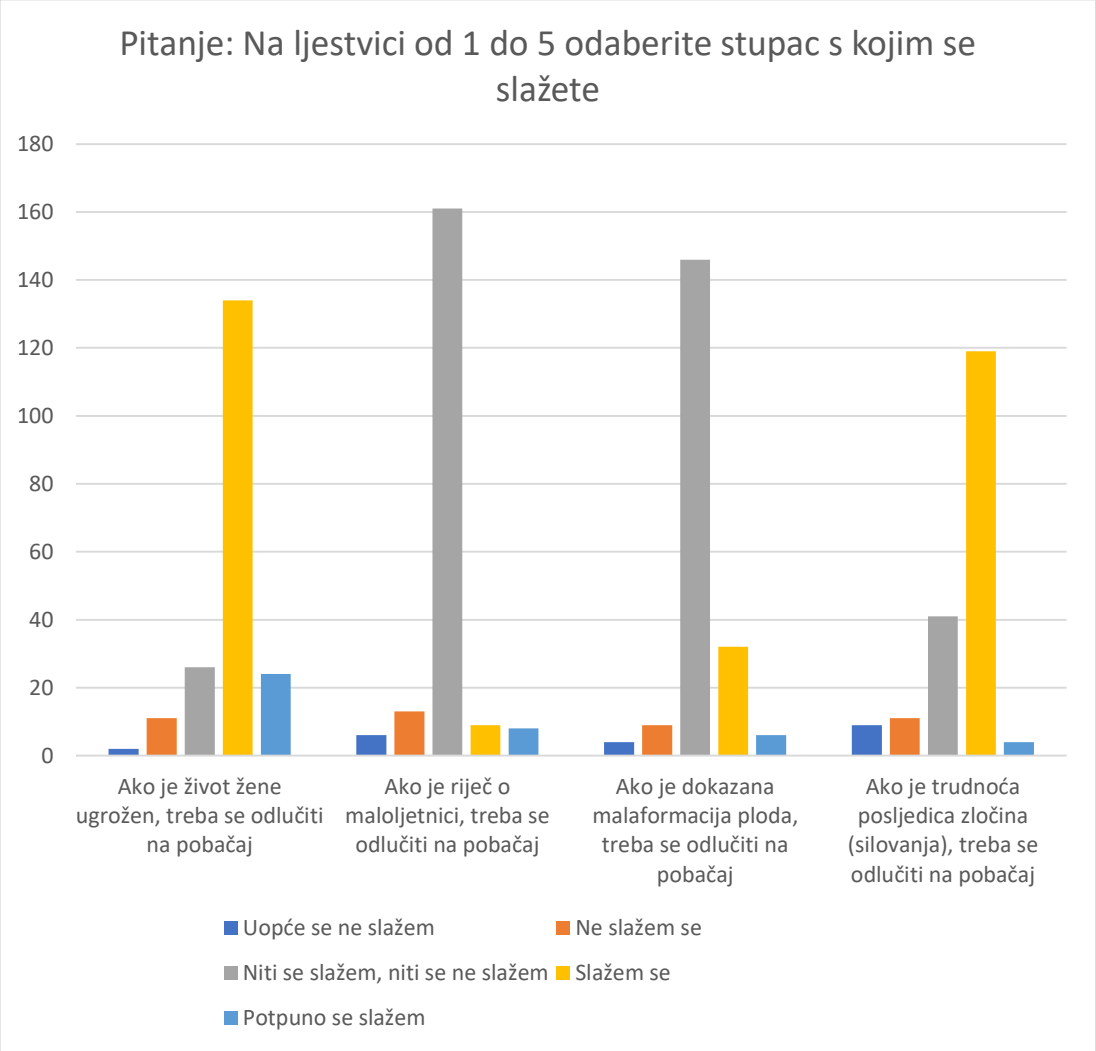


Graf 3.1.2.8. Razlike u stavovima o tvrdnjama o pobačaju-opća populacija

Izvor: autor

Većina ispitanika smatra da pobačaj treba ostati mogućnost odabira za žene, ali isto tako i da se na taj način prekida već začeti život. Oko pitanja zabrane pobačaja, većina

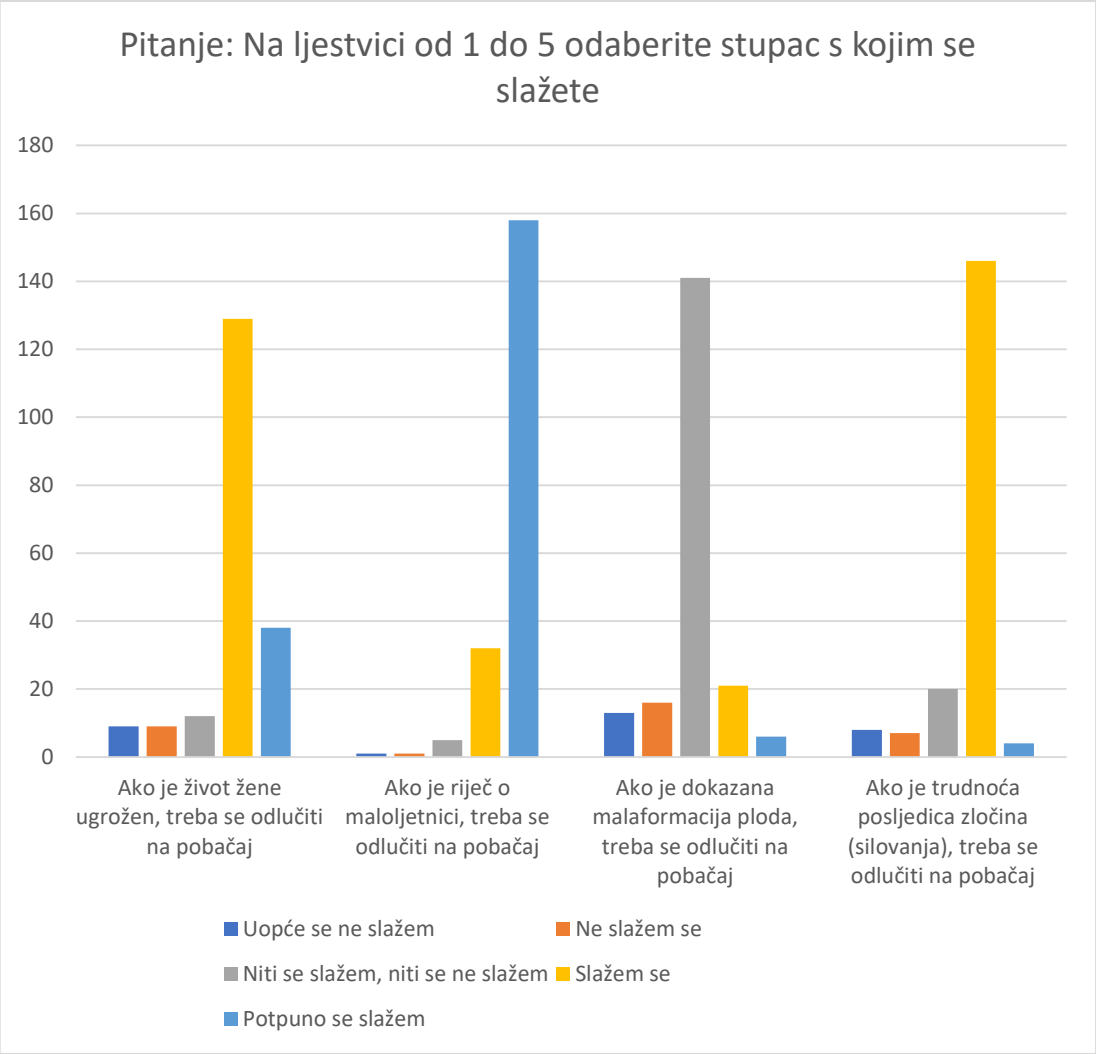
je nesigurna, ali smatraju da postoje situacije gdje se on u potpunosti može opravdati. Smatraju da otac djeteta nema pravo odluke a, isto tako, većina ih misli da taj čin ne bi nikada napravila.



Graf 3.1.2.9. Razlike u stavovima o opravdanosti pobačaja-opća populacija

Izvor: autor

Velik udio ispitanika slaže se da se treba podvrgnuti pobačaju, ako je ugrožen život žene, a dosta su nesigurni o pitanju abortusa kada je subjekt nad kojim bi se čin vršio maloljetna djevojka. Isto su tako nesigurni kada se radi o bolesti ploda, ali zato smatraju da ako je trudnoća nastala činom silovanja da se žena treba odlučiti na pobačaj.



Graf 3.1.2.10. Razlike u stavovima o broju pobačaja-opća populacija

Izvor: autor

Ispitanici smatraju da bi se smanjio broj pobačaja kada bi edukacija bila bolja. Isto tako smatraju da je broj abortusa kada je žena u braku manji. Nisu sigurni da li bi se broj smanjio kada bi se pobačaj legalizirao, ali vjeruju da bi njegovom zabranom natalitet porastao.

3.1.3. Analiza – usporedba uzoraka

U obje skupine bilo je više žena nego muškaraca, najviše u dobi od 21 do 30 godina koji su pretežito katolici i pravoslavci. To su demografska obilježja ispitanika.

Njihovi stavovi su također prilično slični, bez obzira na različitost struke. Odnosno, rezultati pokazuju da zdravstveni djelatnici nemaju drugačije stavove od opće

populacije, unatoč njihovoj naobrazbi. Većina ljudi smatra da bi abortus trebao biti legaliziran. Zabrinjavajuća je činjenica to da i dalje velik postotak ljudi ne zna pravno stanje, odnosno da li je pobačaj legalan ili ilegalan, ali se slažu da se u nekim situacijama (iako možda prvenstveno se ne slažu s tim činom), da se on može opravdati – poput silovanja ili ugroženosti zdravlja ili života žene. Na pitanje o tome da li bi maloljetnice trebale pobaciti, obje su skupine u globalu indiferentne, te također misle da legalizacija ne bi imala učinak na povećanje ili smanjenje broja abortusa. Opća populacija misli da bi zabrana povećala natalitet, dok zdravstveni djelatnici misle da to ne bi imalo učinak na njega.

4. RASPRAVA

Pobačaj, odnosno pravo na pobačaj je tema o kojoj se vode česte polemike i rasprave. Pravo na život, kao temeljno ljudsko pravo je sadržano i u Ustavu Republike Hrvatske. Iako zdravstveni djelatnici kroz svoju izobrazbu stječu znanja i vještine, a kroz školovanje uče i pravne značajke uređenja zdravstvenog sustava, kroz analizu rezultata ankete je vidljivo da njihovo opće znanje o samom pobačaju nije ništa opširnije od znanja opće populacije. Rezolucija (1607) Parlamentarne skupštine Vijeća Europe od 16. travnja 2008. naglašava da se pobačaj nikako ne smije promatra kao metodu planiranja obitelji te da je pobačaj doista krajnje sredstvo [25]. Zadnje istraživanje „sustava vrijednosti“ u Hrvatskoj je provedeno 1999.godine. Prema istraživanju je vidljivo da se Hrvatska smatra pretežno katoličkom zemljom (poput Poljske). Jedno od pitanja u tom upitniku odnosilo se na podržavanje pobačaja u određenim okolnostima. U slučaju o trudnoći žene koja nije u braku 57.4% ispitanika izjasnilo sa da podržava vršenje pobačaja, a 30.2% ispitanika bilo je protiv [26]. Na pitanje podržavate li vršenje pobačaja ako bračni par ne želi više djece, 53.1% ispitanika odgovorilo je potvrdno, a 36% ispitanika bilo je protiv [27]. Prema ovim rezultatima je vidljivo, da iako društvo slabo barata sa pravnim činjenicama, podržava pravo na pobačaj, bez obzira na bračni status žene. Iako se smatraju najdemokratskijom državom na svijetu, u Sjedinjenim Američkim Državama se i dalje vode žustre rasprave o legalizacji pobačaja. Tako je država Texas u rujnu 2021.u potpunosti zabranila pobačaj, dok druge države, odnosno njihovi Zastupnički domovi vode žustre rasprave o pravu žene na pobačaj. "Vrijeme je da vjerujemo ženama, da poštujemo njihove odluke", kazala je u raspravi demokratska zastupnica Rosa De Lauro [28].

Nedavna odluka u Poljskoj, o zabrani pobačaja je izazvala polemike i u Europskom parlamentu. Smatra se da se ovakve odluke ne bi trebale donositi u jeku pandemijske krize. „Ovakve odluke zabrinjavaju i plaše i moraju biti upozorenje za cijelu Europsku uniju da je vrijeme za provođenje rasprave o činjenici da neke države članice kontinuirano krše temeljne vrijednosti Europske unije. Ne mogu se vječno skrivati iza argumenta nacionalnog suvereniteta i nadležnosti država članica. Pitanje ljudskih prava i temeljnih vrijednosti mora biti nadnacionalno pitanje,“naglašava Matić [29]. Također, prema dostupnim člancima, bitno je naglasiti da se većina Europskih zemalja još ne izjašnjava o ovome pitanju.

U Hrvatskoj djeluje Udruga pod nazivom „Hrabre sestre“ čiji je cilj osnovati mrežu žena koje si međusobno pružaju potporu u slučaju odluke o činu pobačaja. Slične udruge djeluju diljem svijeta, a u Europi je najsnažnija ona u Nizozemskoj. Udruga se prije svega bavi pravom žene na odlučivanje o pravu na pobačaj. To žensko pravo prije svega podrazumijeva prihvaćanje ženine odluke da ne želi roditi dijete, da želi koristiti svoje pravo na legalan pobačaj i da ne želi biti odgovarana od svog nauma, niti zastrašivana od protivnika/ca prava na pobačaj [30].

U Europi, osobito na Malti koja se smatra zemljom sa najstrožim zakonom vezanim uz pobačaj, djeluje „Mreža podrške za pobačaj“. Svrha ove udruge je edukacija sugrađana te borba za liberalizaciju zakona o pobačaju. Iako Europa podržava restriktivnije zakone, Francuska je prva zemlja koja je omogućila besplatnu kontracepciju ženama do 25.godine starosti. Tek će se u narednim godinama vidjeti da li će ovakva odluka smanjiti udio pobačaja u toj zemlji.

Pobačaj je tema koja se može razmatrati iz više kutova: zdravstvenog, socijalnog, vjerskog i pravnog. Svaki od aspekata čine umreženu cjelinu koja se može sagledati na razne načine. U novije vrijeme imamo u svijetu, s jedne strane, sve raširenij mentalitet u prilog pobačaja, a s druge strane kršćansku svijest o pobačaju kao prekidu ljudskog života [31]. Rasprave o pravu na pobačaj, i u Hrvatskoj i u svijetu se vode na dnevnoj razini, te je potreba za javnim raspravama sve snažnija i potrebnija.



Slika 4.1. Prosvjed u Poljskoj. Izvor:Internet; https://voxfeminae.net/vijesti/europski-parlament-pozvao-poljsku-da-odustane-od-daljnjih-restrikcija-pobacaja/

5. ZAKLJUČAK

Rješavanje problema nesigurnog pobačaja nacionalni je i globalni imperativ javnog zdravstva. Gotovo svaki smrtni slučaj i invaliditet od pobačaja mogli bi se spriječiti seksualnom edukacijom, primjenom učinkovite kontracepcije, pružanjem sigurnog, legalnog abortusa i skrbi za pobačaj. Učinkovitiji su programi edukacije o seksualnosti koji kombiniraju fokus na odgađanju seksualnih aktivnosti sa sadržajem o uporabi kontracepcije i prevenciji SPI / HIV-a. Upotreba kontracepcije smanjuje broj neželjenih trudnoća, ali neće eliminirati potrebu za pristupom sigurnom pobačaju. Ako pobačaj nije u suprotnosti sa zakonom, žene i dalje mogu imati prepreke pristupu sigurnom pobačaju, uključujući dostupnost usluga, visoke troškove, prigovor savjesti davatelja zdravstvenih usluga i nepotrebne zahtjeve. Međunarodno iskustvo pokazuje da zakonska ograničenja ne eliminiraju pobačaj. Umjesto toga, povećavaju vjerojatnost da će pobačaji biti učinjeni nesigurno, jer prisiljavaju žene da traže tajne postupke. Savjetovanja, obrazovanje i usluge planiranja obitelji nakon pobačaja pomoći će izbjeći ponovljeni pobačaj. Potrebno je proširiti bazu dokaza za obrazloženje javnog zdravstva, kako u zemljama s restriktivnim zakonima i visokim stopama nesigurnog pobačaja radi informiranja politika i programa, tako i u zemljama s liberalnim zakonima o pobačaju kako bi se riješile prepreke sa kojima se žene suočavaju u pristupu sigurnom pobačaju, zdravstvo ima društvenu odgovornost educirati kreatore politika, zakonodavce i širu javnost o negativnim utjecajima propisa o abortusu, zakona i politika na zdravlje žena.

Iz provedenog anketnog istraživanja, koje se provodilo na općoj populaciji i zdravstvenim djelatnicima, vidljivo je da je naobrazba prilično slaba jer ne znaju koje je legalno stanje pobačaja u Republici Hrvatskoj, međutim načelno se zalažu za to da bude legalan. Isto tako, smatraju da svaka žena ima pravo donositi svoju odluku, a da otac nema pravo na to utjecati. Iako se ne slažu svi s tim činom, generalno smatraju da situacije poput ugroženog života ili trudnoće uslijed silovanja imaju potpuno opravdanje za čin abortusa. Ispitanici smatraju da bi se broj abortusa smanjio kada bi se u mladoj dobi povećala edukacija.

6. LITERATURA

1. Hrvatska enciklopdija, mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, 2021. Dostupno na: https://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?ID=48863
2. Mardešić D. i suradnici. Pedijatrija. Osmo, prerađeno i dopunjeno izdanje. Zagreb: Školska knjiga; 2016.
3. Gilliam, M.L., Haider S. Unsafe abortion. U: Post TW, editor. UpToDate. Waltham, MA
4. Vuletić N., Ivandić J., Smajla N., Klarić M., Haller H., „Medikametozni prekid neželjene trudnoće“, 2020. Dostupno na: file:///C:/Users/Korisnik/Downloads/07_haller.pdf
5. Habek D., i suradnici, „Porodničke operacije“, Medicinska naklada, Zagreb, 2009.
6. Habek D., i suradnici, „Porodničke operacije“, Medicinska naklada, Zagreb, 2009.
7. World Health Organization, Geneva. 2004. »Reproductive health strategy.« *World Health Organization, Geneva.* http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68754/WHO_RHR_04.8.pdf?sequence=1.
8. World Health Organisation . 2020. *Preventing unsafe abortion* . 25. Rujan . https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion.
9. World Health Organisation . 2020. *Preventing unsafe abortion* . 25. Rujan . https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion.
10. World Health Organization. 2011. *Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008.*
11. World Health Organization, Geneva. 2004. »Reproductive health strategy.« *World Health Organization, Geneva.* http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68754/WHO_RHR_04.8.pdf?sequence=1.

12. Grimes, D. A., Benson, J., Singh, S., Romero, M., Ganatra, B., Okonofua, F. E., & Shah, I. H. (2006). Unsafe abortion: the preventable pandemic. The lancet, 368(9550), 1908-1919.
13. Vlassoff, Michael, Damian Walker, Jessica Shearer, David Newlands, i Susheela Singh. 2009. *Estimates of Health Care System Costs of Unsafe Abortion In Africa and Latin America.* https://www.guttmacher.org/journals/ipsrh/2009/estimates-health-care-system-costs-unsafe-abortion-africa-and-latin.
14. Grimes, D. A., Benson, J., Singh, S., Romero, M., Ganatra, B., Okonofua, F. E., & Shah, I. H. (2006). Unsafe abortion: the preventable pandemic. The lancet, 368(9550), 1908-1919
15. World Health Organization, Geneva. 2004. »Reproductive health strategy.« *World Health Organization, Geneva.* http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68754/WHO_RHR_04.8.pdf?sequence=1.
16. World Health Organization, Geneva. 2004. »Reproductive health strategy.« *World Health Organization, Geneva.* http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68754/WHO_RHR_04.8.pdf?sequence=1.
17. Berer, Marge. 2017. »Abortion Law and Policy Around the World.« *Health Human Rights*, 19. Lipanj: 13-27.
18. World Health Organisation . 2020. *Preventing unsafe abortion* . 25. Rujan . https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion.
19. World Health Organization . 2019. »Contraception.« *World Health Organization* .
20. World Health Organization. 2011. *Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008.*
21. World Health Organization, Geneva. 2004. »Reproductive health strategy.« *World Health Organization, Geneva.*

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68754/WHO_RHR_04.8.pdf?sequence=1.

22. Narodne Novine, 88/2009, Zakon o medicinskoj oplodnji; Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/search.aspx?sortiraj=4&kategorija=1&godina=2009&broj=88&rpp=10&qtype=1&pretraga=da
23. Baloban J. Europsko istraživanje vrednota – EVS 1999. Podatci za Republiku Hrvatsku. Bogoslovska smotra 2000;2:173-83.
24. Vlassoff, Michael, Damian Walker, Jessica Shearer, David Newlands, i Susheela Singh. 2009. *Estimates of Health Care System Costs of Unsafe Abortion In Africa and Latin America.*
25. Berer, Marge. 2017. »Abortion Law and Policy Around the World.« *Health Human Rights*, 19. Lipanj: 13-27.
26. Baloban S., Črpić G., „Pobačaj i mentalitet u društvu“, file:///C:/Users/Korisnik/Downloads/BS_4_98_Baloban_S_Crpic%20(1).pdf
27. Baloban S., Črpić G., „Pobačaj i mentalitet u društvu“, file:///C:/Users/Korisnik/Downloads/BS_4_98_Baloban_S_Crpic%20(1).pdf
28. https://www.tportal.hr/vijesti/clanak/zastupnicki-dom-za-pravo-na-pobacaj-u-cijelom-sad-u-senat-ce-to-vjerojatno-srusiti-20210924
29. https://voxfeminae.net/vijesti/danas-poljska-sutra-hrvatska/
30. https://voxfeminae.net/vijesti/kroz-novi-projekt-hrabre-sestre-podrzite-zene-koje-se-odluce-na-pobacaj/
31. Baloban S., Črpić G., „Pobačaj i mentalitet u društvu“, file:///C:/Users/Korisnik/Downloads/BS_4_98_Baloban_S_Crpic%20(1).pdf

7. POPIS SLIKA I GRAFIKONA

1. Slika 2.1.3.1. Kiretaža……..…4
2. Slika 2.1.6.1.1. Utjecaj legalnog abortusa na zdravstveni sustav.....9
3. Slika 2.1.6.5.1. Pokrivenost tema kod seksualne edukacije…….....12
4. Slika 2.1.8.2.1. Udjeli pojedinih vrsta pobačaja u ukupnom broju pobačaja u 2019. godini……...…….….22
5. Slika 2.1.8.3.1. Prava na pobačaj. Izvor;……..23
6. Slika 2.8.1.3.2. Aktivisti u slučaju Roe Vs. Wade. ……...……...25
7. Graf 3.1.1.1. Razlika u spolu kod zdravstvenih djelatnika……..……28
8. Graf 3.1.1.2. Razlika u dobi kod zdravstvenih djelatnika……28
9. Graf 3.1.1.3. Razlika u vjeroispovijesti kod zdravstvenih djelatnika..……..…….29
10. Graf 3.1.1.4. Razina obrazovanja kod zdravstvenih djelatnika……30
11. Graf 3.1.1.5. Razlika u mišljenu o legalnosti pobačaja-zdravstveni djelatnici……...……..…….31
12. Graf 3.1.1.6. Razlika u mišljenju o potrebi legalizacije pobačaja-zdravstveni djelatnici…….……32
13. Graf 3.1.1.7.Razlika u mišljenju u slučaju zabrane pobačaja-zdravstveni djelatnici…….…….32
14. Graf 3.1.1.8. Razlike u stavovima o tvrdnjama o pobačaju-zdravstveni djelatnici…….33
15. Graf 3.1.1.9. Razlike u stavovima o opravdanosti pobačaja-zdravstveni djelatnici……..34
16. Graf 3.1.1.10. Razlike u stavovima o broju pobačaja-zdravstveni djelatnici...35
17. Graf 3.1.2.1. Razlika u spolu kod opće populacije…….……..36
18. Graf 3.1.2.2. Razlika u dobi kod opće populacije……36
19. Graf 3.1.2.3. Razlika u vjeroispovijesti kod opće populacije…..……37
20. Graf 3.1.2.4. Razina obrazovanja kod opće populacije……37
21. Graf 3.1.2.5. Razlika u mišljenu o legalnosti pobačaja……38

22. Graf 3.1.2.6.Razika u mišljenju o potrebi legalizacije pobačaja-opća populacija……...…….39
23. Graf 3.1.2.7. Razlika u mišljenju u slučaju zabrane pobačaja-opća populacija……..…..39
24. Graf 3.1.2.8. Razlike u stavovima o tvrdnjama o pobačaju-opća populacija……40
25. Graf 3.1.2.9. Razlike u stavovima o opravdanosti pobačaja-opća populacija..41
26. Graf 3.1.2.10. Razlike u stavovima o broju pobačaja-opća populacija……42
27. Slika 4.1. Prosvjed u Poljskoj……..46

8. PRILOG

UPITNIK

Razlike u stavovima opće populacije i zdravstvenih djelatnika o pravu na pobačaj

Poštovani,

Ovaj upitnik je izrađen za potrebe istraživanja u svrhu izrade diplomskog rada na studiju Sestrinstvo-menadžment u sestrinstvu Sveučilišta Sjever pod naslovom „Razlike u stavovima opće populacije i zdravstvenih djelatnika o pravu na pobačaj“. Upitnik je anoniman, a rezultati će se koristiti za izradu diplomskog rada. Vaš doprinos je iznimno značajan za istinitost i stvarni prikaz stavova o pobačaju. Unaprijed zahvaljujem na izdvojenom vremenu za ispunjavanje upitnika.

Jasmina Mikan, bacc.med.techn.
Sveučilište Sjever, Diplomski sveučilišni studij
Sestrinstva-menadžment u sestrinstvu

1. Spol
Muški
Ženski

2. Vaša dob u godinama je
Manje od 20 godina
21-30
31-40
41-50
51-60
Više od 60

3. Razina obrazovanja:
Osnovna škola
Srednja stručna sprema
Viša stručna sprema

Visoka stručna sprema

Bez završene osnovne škole

4. Radite li u sustavu zdravstva

Da

Ne

5. Prema Vašem mišljenu, pobačaj je u Hrvatskoj:

Legalan

Ilegalan

Ne znam

6. Prema Vašem mišljenu, pobačaj treba:

Potpuno legalizirati

Potpuno zabraniti

Ne znam

7. Prema Vašem mišljenu, na pobačaj se više odlučuje zbog:

Žena sama donesu odluku

Pritisak okoline (članovi obitelji/partner)

----------(slobodan odgovor)

8. Prema Vašem mišljenju, na pobačaj se više odlučuju:

Maloljetnice

Žene između 20-25 godina života

Žene između 26-35 godina života

Žene iznad 36 godina života

9.U slučaju potpune zakonske zabrane pobačaja, mislite li da bi broj pobačaja bio:

Manji

Veći

Jednak

Ne Znam

10. Na ljestvici stupaca od 1 do 4 odaberite stupac koji izražava Vaše mišljenje.

1) uopće se ne slažem

2) ne slažem se

3) niti se ne slažem, niti se slažem

4) slažem se

5) potpuno se slažem

Tvrdnje:

-pobačaj je postupak koji treba ostati kao mogućnost odabira ženama

-pobačajem se prekida već začeti život

-pobačaj treba zabraniti zakonom

-u nekim slučajevima smatram pobačaj opravdanim

-otac djeteta također ima pravo odlučivati o pobačaju

-osobno nikada ne bih napravio/la pobačaj

11. Na ljestvici stupaca od 1 do 4 odaberite stupac koji izražava Vaše mišljenje.

1) uopće se ne slažem

2) ne slažem se

3) niti se ne slažem, niti se slažem

4) slažem se

5) potpuno se slažem

Tvrdnje:

-ako je život žene ugrožen, treba se odlučiti na pobačaj

-ako je riječ o maloljetnici, treba se odlučiti na pobačaj

-ako je dokazana malformacija ploda, treba se odlučiti na pobačaj

-ako je trudnoća posljedica zločina (silovanja), treba se odlučiti na pobačaj

12. Na ljestvici stupaca od 1 do 4 odaberite stupac koji izražava Vaše mišljenje.

1) uopće se ne slažem

2) ne slažem se

3) niti se ne slažem, niti se slažem

4) slažem se

5) potpuno se slažem

Tvrdnje:

-broj pobačaj bi bio manji kada bi se maloljetnici bolje educirali o seksualnosti

-broj pobačaja je manji u bračnim zajednicama

-broj pobačaja bi se smanjio njegovom legalizacijom

-kada bi se zabranio pobačaj, porastao bi natalitet u državi

Sveučilište
Sjever

SVEUČILIŠTE SJEVER

IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatrat će se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, BAŠmina MIKAN (*ime i prezime*) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom Razlike udruženja opće pop. - Zdr. djel. (*upisati naslov*) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(*upisati ime i prezime*)

(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, BAŠmina MIKAN (*ime i prezime*) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom Raz. u djelovanju opć. popularnost (*upisati naslov*) čiji sam autor/ica. i zdr. djelatnika o primal na pobolj

Student/ica:
(*upisati ime i prezime*)

(vlastoručni po(pis)