

Мирјана Рашевић
Центар за демографска истраживања
Института друштвених наука Београд

УДК 37.032:159.922.1(497.11)
Оригинални научни рад
Примљен: 29. 8. 2011.

ОД АБОРТУСА КА КОНТРАЦЕПЦИЈИ: УЛОГА ОБРАЗОВНОГ СИСТЕМА¹

Апстракт: У најразвијенијим земљама данас контрацепција је доминантан метод контроле рађања, и то ефикасна контрацепција, док намерни прекид трудноће далеко заостаје за њом са незнатним учешћем. С друге стране, релативно ниска контрацептивна преваленција и већи број намерно прекинутих од реализованих трудноћа традиционално карактеристичке некада социјалистичке, а данас земље у транзицији социоекономског система. Међу њима и Србију. Ефикасну контрацепцију у Србији користи 18,6% жена у браку или стабилној партнерској заједници, а стопа укупних абортуса се процењује на 2,8 намерних прекида трудноће по жени, односно два пута је виша од стопе укупног фертилитета. Основни узрок споре транзиције контроле рађања у нашој средини је што сексуална едукација није постала природни део одрастања у породици, нити саставни део школских програма и превентивних активности примарне здравствене заштите.

Школа је најважнија карика у ланцу битном за сексуалну едукацију. Највећи број популације пролази кроз образовни систем. Такође, налази више истраживања показали су да су млади људи свесни свог незнања у овој сфери и да желе да га употпуне стицањем релевантних информација у школи. Стога је неопходно да се у сва три образовна циклуса нађе простор за укључивање садржаја који се тичу сексуалног и репродуктивног живота. Шведска је прва земља која је увела сексуалну едукацију у школске програме још 1955. године. Данас је она обавезна у 16 европских држава. Када ће сексуална едукација постати реалност и у Србији? Чини се да је управо увођење сексуалне едукације прави тест спремности државе да модернизује образовни систем и прилагоди га захтевима и потребама времена.

Кључне речи: Контрола рађања, сексуална едукација, образовни систем, Србија

Транзиција контроле рађања

Репродукција становништва никада није била анимална, она је увек хумана и друштвена, оплемењена људским вредностима и циљевима. Човек се, на сваком степену свог развика, независно од начина на који је организована заједница у којој је живео, морао сусретати са проблемима одржавања живота и опстанка (укључујући и два популациона проблема: да се у друштву рађа довољан број деце и да се не рађа и не подиже превише деце), и морао заузи-

¹ Чланак је настао као резултат рада на пројекту „Истраживање демографских феномена у функцији јавних политика у Србији“, бр. 47006, који финансира Министарство просвете и науке Републике Србије.

мати став и тражити путеве за њихово решавање. Социолошке и антрополошке студије, истраживања у оквиру историјске демографије, као и проучавање примитивних заједница које живе данас у изолованим деловима света, говоре да су и најстарије људске популације биле свесне могућности регулисања своје плодности. Отуда је одговор на питање – када наталитет почиње да се контролише – да се он увек контролисао. Увек је било друштва или група у оквиру њега које су имале разлога да ограничавају свој биолошки потенцијал у неком периоду историје. То значи да је контрола рађања стара колико и људска врста. Норман Химез (Himes, 1936) у пионирској студији *A Medical History of Contraception* закључује да „жеља за контролом рађања није ни временски ни просторно ограничена. Она је универзална карактеристика живота у групи“.

Један од најстаријих метода контроле рађања који се одржао до данашњих дана је намерни прекид трудноће. Нема података нити историјских докумената када намерни прекид трудноће почиње да се примењује. У најстаријим људским заједницама као што је био Лепенски вир (VIII–VII миленијум пре н. е.) били су познати само чедоморство и метод излагања деце неповољним климатским условима и глади (Срејовић, 1969).

Абортус² вероватно настаје као резултат човековог трагања за хуманијим решењем, његове инвенције, храбрости, али и знања о физиологији људске репродукције. Без обзира што је то било на примитивном нивоу и што је морало да има тешке последице по женино здравље и живот, представљало је напредак. О абортусу се размишљало у старим цивилизацијама, кинеској, египатској, грчкој, римској, мада остаје непознато колико је он био распрострањен. Први писани докуменат о неком методу контроле рађања је стари кинески медицински текст писан за време владавине Схен Нунга 2737–2696. године пре наше ере у коме се препоручује живо сребро као орални абортифицијент. Египатски Еберс папирус стар око 4000 година садржи рецепт за извођење намерног прекида трудноће (Population Reports, 1980). Године 1922. објављена је студија о старогрчким медицинским текстовима у којима је изложен проблем извођења намерног прекида трудноће, укључујући и дванаест страна набрајања техника и абортифицијената. Хипократ у својим списима као савет за извођење абортуса наводи интензивно скакање (Mc Laren, 1990). Када Платон (1983) излаже схватање о концепту државног уређења он се залаже и за чедоморство и за намерни прекид трудноће.

Жене у првобитној заједници су прибегавале намерном прекиду трудноће у случају силовања, инцеста, ако нису биле удате за оца будућег детета, услед недостатка хране или општег сиромаштва. Жене припаднице нордијских племена које су се плашиле да би у случају трудноће биле остављене као и оне које су биле свесне да не могу путовати са пуно деце прекидале су трудноћу. Било је уобичајено да се прекине трудноћа да би се дете спасло ропства. Удате жене су се одлучивале на абортус и када би биле незадовољне односом са мужем (Devereux, 1955).

Модерна жена се ослања на намерни прекид трудноће и поред тога што јој је наука пружила нове методе и средства контроле рађања. Током времена с развојем друштва ширио се број мотива за коришћење намерног прекида

² Појам абортус потиче од латинске речи *aboriri* која изворно значи пропасти, нестати.

трудоће као метода контроле рађања. У савремено доба они су врло бројни и везани су вероватно више него икада за најразноврсније облике човековог битисања. Једну од најпотпунијих листа мотива за абортус понудили су Швеђани. Њихов комитет за абортусе након обављеног истраживања препознао је 46 мотива (Liljestrom, 1974). Наведени су следећи мотиви:

- Физичка болест и/или слабост пре трудноће.
- Физичка болест и/или слабост која се дугује или је у вези са трудноћом.
- Забринутост створена ставом лекара против великог броја трудноћа.
- Тешкоће трудноће (екстремно повраћање).
- Ментална болест или слабост пре трудноће.
- Ментална болест или слабост која се дугује или је у вези са трудноћом.
- Екстремна аверзија према деци (патолошке природе).
- Сувише уморна, исцрпљена, не може се суочавати са проблемима одгајања деце.
- Сувише кратак временски период између две сукцесивне трудноће.
- Сувише много трудноћа.
- Сувише много деце.
- Болест, повреде или друге муке са ранијом децом.
- Смрт претходног детета.
- Страх од спонтаног побачаја.
- Страх од оштећеног фетуса.
- Страх од порођаја.
- Сувише стара.
- Сувише млада.
- Хуманитарни разлози (стара испод 15 година, силовање, инцест).
- Искуство силовања.
- Постојање наследне болести у породици.
- Безбожност.
- Озбиљна угроженост каријере (студирања).
- Конвенционални разлози, укључујући срамоту.
- Социоекономски разлози: нерешено стамбено питање.
- Социоекономски разлози: незапосленост, низак доходак.
- Статус имигранта или избеглице.
- „Не жели децу” – без давања разлога.
- Непознат партнер.
- Неколико партнера.
- Напуштена од мужа или партнера.
- Слаба веза са мужем или партнером.
- Муж, односно партнер инсистира на абортусу.
- Недостатак подршке од мужа или партнера.
- Муж или партнер алкохоличар, криминалац или ментално болестан.
- Муж или партнер озбиљно физички болестан и/или слаб.
- Муж или партнер странац.
- Муж или партнер друге расе.
- Муж или партнер припадају другој култури или другој религији.
- Лоша веза између родитеља.
- Родитељи инсистирају на абортусу.
- Недостатак подршке од стране родитеља.

Ментално или социјално неадаптирани родитељи.

Партнер се оженио другом женом.

Неудата.

Остали мотиви.

Током времена, упркос супростављања већине религија, медицине и државе, намерни прекид трудноће постаје централни метод контроле рађања. Заједно са падом нивоа рађања и развојем контрацепције настао је одређен однос између ова три феномена. Пре демографске транзиције наталитет је био висок, а контрола рађања незнатна, с тим што је намерни прекид трудноће био знатно распрострањенији од контрацепције. Током демографске транзиције наталитет је опадао, број абортуса је прво убрзано растао, а затим је почео да опада под утицајем све веће распрострањености контрацепције. На крају демографске транзиције контрацепција постаје доминантан метод контроле рађања, и то ефикасна контрацепција, док намерни прекид трудноће далеко заостаје за њом са незнатним учешћем (Tietze, 1974).

Изложени модел је општи и односи се данас на најразвијеније земље, земље Северне и Западне Европе, САД и Канаду (United Nations, 2010). У овим срединама је ефикасна контрацепција широко доступна и опште прихваћена. Наиме, 77% жена у браку или стабилној партнерској заједници у Северној Европи, 69% у Западној Европи и, такође, 69% у Северној Америци се у превенцији зачећа ослања на кондом, комбиновану хормонску контрацепцију, интраутерини уложак или вољну стреилизацију. Отуда су, и поред легалног статуса намерног прекида трудноће, стопе укупног абортуса³ у њима стабилно ниске и према последњим доступним подацима крећу се у распону између 0,2 абортуса по жени у Белгији и Немачкој и 0,6 абортуса по жени у Шведској и САД (Sedgh et al., 2007).

С друге стране, релативно ниска контрацептивна преваленција и већи број намерно прекинутих од реализованих трудноћа традиционално карактеристише некада социјалистичке, а данас земље у транзицији социоекономског система. Међу њима и Србију. Ефикасну контрацепцију у Србији (ван подручја Косова и Метохије) користи 18,6% жена у браку или стабилној партнерској заједници (Министарство здравља, 2007), а стопа укупних абортуса се процењује на 2,8 намерних прекида трудноће по жени, односно два пута је виша од стопе укупног фертилитета⁴ (Рашевић, 2008: 7–21).

Абортус као метод контроле рађања има низ предности. Он је потпуно ефикасан, једини је метод који омогућава да се прекине постојећа трудноћа и заснива се на сигурности, а не на вероватноћи зачећа. Такође, абортус је за разлику од већине контрацептивних средстава независан од сексуалног акта, једнопотезна је интервенција, најчешће не зависи од пристанка мушког партнера и не подразумева припрему и очекивање сексуалног односа. Међутим, генерално гледајући, с медицинског и социјалног аспекта, контрацепција се намеће као логично решење дилеме о виду контроле рађања, не изузимајући намерни прекид трудноће у случају контрацептивне грешке.

³ Просечан број абортуса који се очекује да ће жена имати у репродуктивном периоду на основу актуелих стопа абортуса по старости.

⁴ Просечан број деце који се очекује да ће жена имати у репродуктивном периоду на основу актуелих стопа фертилитета по старости.

Главне медицинске компликације и секвеле абортуса односе се на репродуктивни систем жене. Абортус, такође, као стресогено стање има ризик за ментални поремећај. У социјалној сфери последице абортуса се тичу односа међу партнерима. Демографски посматрано, велики број абортуса у једној популацији утиче на смањене фертилитета и репродуктивног потенцијала становништва путем ширења секундарног стерилитета, пораста спонтаних абортуса, превремених порођаја и ниске тежине новорођенчади.

Сексуална едукација

Истраживања су потврдила да ендемија абортуса у Србији настаје услед несклада између схватања о потреби регулисања рађања и начина на који оно треба да се оствари. Основни узроци несклада су недовољни културни (општи, здравствени, сексолошки) ниво становништва, низак ниво знања о контрацепцији и намерном прекиду трудноће, широко распрострањено увређе да је модерна контрацепција штетна по здравље, бројне психолошке баријере, укључујући и оне које извиру из односа са партнером, као и недостатак институционализованог, савременог концепта планирања породице, базираног на пуној подршци паровима везаној за рађање и превенцију зачећа (Рашевић, 2011).

Чини се да се већина утврђених узрока може свести на један. Основни узрок абортусног проблема у нашој средини је што сексуална едукација није постала природни део одрастања у породици, нити саставни део школских програма и превентивних активности примарне здравствене заштите. Ширење релевантних знања свим неформалним и формалним каналима директно утиче на очување репродуктивног здравља жена и мушкараца. Но, истовремено са ублажавањем отпора према контрацепцији као неприродном чину, неповерења и страха према модерној контрацепцији, образовање у овој сфери намеће превенцију као стил живота, подиже ниво културе оба партнера, промовише преузимање активне улоге у животу, али изграђује и самопоштовање и подстиче аутономност.

Школа је најважнија карика у ланцу битном за сексуалну едукацију. Највећи број популације пролази кроз образовни систем. Такође, налази више истраживања су показали да су млади људи, свакодневно се сударајући са отвореним питањима везаним за репродуктивно здравље, свесни свог незнања и жеље да га употпуне стицањем релевантних информација у школи (Рашевић, 2002: 29–38). Стога је неопходно да се у сва три образовна циклуса, најмање током основног школовања, нађе простор за укључивање садржаја који се тичу сексуалног и репродуктивног живота.

На почетку спровођења сексуалне едукације важно је усвајање и употреба одговарајуће терминологије у савладавању препрека везаних за разговор о сексуалности и остваривање боље комуникације у партнерским везама.

Ако се са сексуалном едукацијом почне у нижим разредима основне школе, други корак је сагледавање карактеристика пубертетског развоја, односно стицање знања и вештина које ће помоћи младима да схвате себе и своје тело у овом специфичном животном раздобљу.

Јако је битно и оснаживање ученика за решавање типичних проблемских ситуација везаних за другарство, пријатељство, заљубљеност и љубав, јер су бројни и разноврсни социјални контакти који обележавају период адолесценције праћени низом тешкоћа.

Даље, важно је и да млада особа изгради правилан однос са ким и колико отворено може комуницирати о својој сексуалности, али и да буде оснажена да тражи помоћ, посебно ако је у питању заштита од трудноће или сексуално узнемиравање, и да уме да изабере одговарајући начин комуникације.

Један од циљева сексуалне едукације је сагледавање добрих и лоших елемената у партнерској вези, уз подстицање развоја правилних ставова везаних за релацијске односе и усвајање вештина које ће позитивно утицати на квалитет партнерске везе.

Ризично понашање често доводи до непланираних трудноћа и абортуса. У том смислу је неопходан здравствено-васпитни рад са младима да би усвојили здраве стилове живота и преузели личну одговорност за сопствено здравље.

Даље, битно је упознавање са чињеницама које треба размотрити пре доношења одлуке о сексуалној активности, али, такође, и сагледавање различитих начина којима се нежељени сексуални однос може одбити.

Стицање основних знања о контрацепцији, идентификовање метода контрацепције који се препоручују у различитим добима живота и разбијање претрасуда, заблуда, страхова о појединим методима контрацепције заузимају свакако централно место у сексуалној едукацији.

Додатно, имајући у виду распрострањеност и последице полно преносивих инфекција, намеће се потреба да се и ова тема посебно обради.

Током сексуалне едукације могуће је сензибилисати младе за демографске проблеме Србије и упутити им јасну поруку о потребама друштва у сфери репродукције.

Излистане теме се могу отварати у оквиру основних и изборних предмета (на пример, на часовима биологије, књижевности, географије, здравственог и физичког васпитања, социологије, психологије, и низа изборних предмета различитог типа), часова одељенске заједнице, родитељских састанака и ваннаставних активности (секције, клубови, трибине, новине, интернет).

Савремена педагогија се залаже да се знање стиче путем развоја критичког мишљења, активним слушањем, уз освешћивање когнитивних процеса (Плут, 2001). То се најбоље подстиже када се од младе особе тражи да износи идеје, разликује битно од небитног као и тачно од нетачног, сагледа последице одређеног понашања, уочи туђе погледе или осећања, вреднује, повезује, доказује, решава проблем, закључује (Влаховић, 2005). И наравно, да процес стицања знања треба да прати и усвајање вештина које ће омогућити да се оно примени у свакодневном животу.

Односно ученици могу, на пример, да решавају укрштеницу користећи термине које су научили, да буду учесници квиза, саставе хронолошки ток неког физиолошког процеса из картица које су добили, играју задате улоге, наставе причу чији почетак имају са добрим или лошим крајем, дају наслов тексту и/или изваде из њега кључне речи, набрајају узроке, особине и последице битних феномена или животних ситуација, по налогу бране или оповргавају аргументима ставове које извуку из шешира, дискутују о проблему у малим групама и доносе заједнички закључак.

Навешћемо једну активност названу „Како се шире предрасуде о контрацепцији?“, која може да се спроведе са ученицима седмог или осмог разреда основне школе (Рашевић и др., 2006) током једног школског часа. На почетку водитељ активности предочи ученицима да је сагледавање начина како се ши-

ре предрасуде врло значајно за стицање правилних ставова у било којој сфери. Поготово када је реч о контрацепцији. У нашој средини постоји низ погрешних уверења о методама и средствима спречавања зачећа и зато је битно да млади правовремено развију критички однос према овом питању. Мада су у узрасту када сексуална активност може вишеструко да угрози њихово здравље и зато им се не препоручује, контрацепција ће им у животу требати.

Затим се бира шест ученика, од којих један остаје у учионици (испред табле), а пет ученика излази у ходник и чека позив да се један по један врате у учионицу. Када пет ученика изађе из учионице, активност почиње тако што водитељ прочита задати текст. Ученик који стоји испред табле треба да пажљиво саслуша текст и да га својим речима преприча другу кад уђе у учионицу. Други ученик преноси трећем ученику оно што је чуо од првог и тако редом док и последњи ученик не уђе у учионицу. Када и шести ученик преприча текст пред целим одељењем, следи дискусија. Важно је нагласити да остали ученици, посматрачи до отварања дискусије, не коментаришу ток мењања приче током њеног преношења.

Задати текст

Деветнаестогодишња девојка се поверила другарици да се брине за свој изглед. Почела је да користи „анти-беби“ пилулу и приметила је пораст длачица на телу и да се угојила. Чини јој се да се дечко другачије понаша према њој од како пије „пилулу“. Живи у страху јер је пре пар дана приметила пар капи крви на доњем вешу, а њена комшиница каже да „анти-беби“ пилуле изазивају рак. На телевизији је чула да девојке које пију „пилулу“ могу да добију неке промене на дојкама. Када је другарица упитала девојку зашто не користи кондом, она је одговорила да кондом није сигуран, јер је чула да пуца. Говори се, такође, да он „жуља“ и „гребе“ при односу.

Кроз дискусију са ученицима се анализира следеће:

- Шта се десило са причом у току преношења (шта се изгубило, а шта је додато)?
- Зашто се прича током преношења променила? (На пример, лоше памћење, непажљиво слушање, уплитање сопствених ставова, вредности, очекивања у причу).
- У којим ситуацијама препознајете ово што је демонстрирано?

На крају активности водитељ подвлачи да су предрасуде и отпори према контрацепцији углавном резултат погрешног начина стицања знања из ове сфере. Ако се прича за десетак минута у шест препричавања деформише, очигледно је шта се са информацијама догађа када их преноси већи број људи у дужем временском периоду.

Шведска је прва земља која је увела сексуалну едукацију у школске програме још 1955. године. Данас је она обавезна у Аустрији, Белгији, Чешкој, Данској, Естонији, Финској, Француској, Немачкој, Норвешкој, Грчкој, Мађарској, Холандији, Исланду, Ирској, Луксембургу и Летонији (Wellings, Parker, 2006). Нажалост, у Србији усвајање знања и вештина битних за заштиту репро-

дуктивног здравља младих није саставни део школских програма. Када ће сексуална едукација постати реалност и у Србији? Чини се да је управо увођење сексуалне едукације прави тест спремности државе да модернизује образовни систем и прилагоди га захтевима и потребама времена. Искуства земаља које су спроводиле сексуалну едукацију у школама показују да су непосредне последице одлагање сексуалне активности младих ка старијем узрасту, смањење ризика за настанак нежељене трудноће, адолесцентних абортуса, рађања пре 18. године мајке, као и сексуално преносивих инфекција (Седлеци, 2006). Најбољи резултати се постижу када се са едукацијом почне у раном узрасту, а најкасније неколико година пре него што млади у одређеној средини доживљавају прва сексуална искуства.

Литература

1. Влаховић, Е. (2005) „Место и могућности основне школе у образовању за одговорно полно понашање“ у М. Банићевић (уредник) Репродуктивно здравље младих – приручник за просветне раднике и сараднике основних школа. Београд: АСДИ/ВОСА и Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије.
2. Министарство здравља (2007) Истраживање здравља становника Републике Србије. (Београд: Министарство здравља).
3. Платон (1983) Држава. Београд: БИГЗ.
4. Плут, Д. (2001). Култура критичког мишљења – базични приручник. Београд: Институт за психологију и МОСТ.
5. Рашевић, М. (2002) „Слика младе генерације“ у М. Банићевић (прир.) Сачувајмо здравље. Београд: УНИЦЕФ.
6. Рашевић, М. (2008). „Да ли је евидентиран број абортуса у Србији реалан?“, *Становништво*, XLVI (2).
7. Рашевић, М., Седлеци, К., Станковић, Б., Влаховић Е. (2006). Азбука репродуктивног здравља. Београд: Министарство рада, запошљавања и социјалне политике.
8. Рашевић, М., Седлеци, К. (2011). „Питање постојања абортусне културе у Србији“, *Становништво*, XLIX (1).
9. Седлеци, К. (2006) „Значај заштите репродуктивног здравља адолесцената за ублажавање проблема недовољног рађања“ у Шуловић, В., Вејновић Т.: „како зауставити белу кугу у Србији“. Београд: Српска академија наука и уметности, Гинеколошко акушерска секција СЛД.
10. Срејовић, Д. (1969) Лепенски Вир. Београд: Српска књижевна задруга.
11. Devereux, G. (1955) A Study of Abortion in Primitive Societies. New York: Julian.
12. Himes, N. (1936) A Medical History of Contraception. Baltimore: Williams and Wilkins.
13. Liljestrom, R. (1974) A Study of Abortion in Sweden. Stockholm: Royal Ministry For Foreign Affairs.
14. Mc Laren, A. (1990) A History of Contraception – From Antiquity to the Present Day. Oxford, Cambridge Center: Basil Blackwell.
15. Population Reports (1980) „Pregnancy Termination“, Population Reports, Series F (7) July.
16. Sedgh, G., Henshaw, S., Sing, S., Bankole, A., Drescher, J. (2007). „Legal Abortion Worldwide: Incidence and Recent Trends“, International Family Planning Perspectives, XXXVII (3).

17. Tietze, C. (1974) „Overview“ in Abortion, Fertility and Changing Legislation: A International Review. Lexington: Lexington Books.
18. United Nations (2010) World Contraceptive Use 2009. New York: United Nations.
19. Wellings, K., Parker, R. (2006) Sexuality Education in Europe. Brussels: IPPF European Network.

Mirjana Rašević

From Abortion to Contraception: The Role of the Educational System

Summary: Contraception, particularly efficient contraception, is the dominant method of birth control in the most developed countries today, while induced abortion lags far behind it with insignificant participation. On the other hand, relatively low contraception prevalence and a greater number of induced abortions than carried out pregnancies is traditionally characteristic in the former socialistic countries (now in transition of their socio-economic system). Among them is Serbia as well. Efficient contraception in Serbia is used by 18.6% of married women or in a stable partner relationship, while total abortion rate is estimated at 2.8 induced abortions per woman, namely twice the total fertility rate. The basic reason for the slow transition of birth control in our country is that sexual education has never become a natural way of growing up in the family, nor is a constituent part of school programs and preventive activities of primary health control.

The school is the most important link in the chain significant for sexual education. The largest part of the population goes through the education system. Furthermore, findings of numerous researches have proven that young people are aware of their ignorance in this sphere and that they wish to make up for it by acquiring relevant information in schools. Therefore it is necessary to include sexual education and reproductive life contents in all three educational cycles. Sweden was the first country to introduce sexual education in school programs as far back as 1955. Today it is compulsory in 16 European countries. When will sexual education become a reality in Serbia as well? It seems that an introduction of sexual education would be precisely the real test of readiness of the government to modernize the educational system and adapt it to the requirements and necessities of modern times.

Key Words: Birth Control, Sexual Education, Educational System, Serbia