

Problematika pobačaja u Republici Hrvatskoj

Vitlov, Nina

Master's thesis / Diplomski rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split, University Department of Forensic Sciences / Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel za forenzične znanosti**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:227:010611>

Rights / Prava: [Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 Unported](#) / [Imenovanje-Nekomercijalno-Bez prerada 3.0](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-14**

SVEUČILIŠTE
U
SPLITU



SVEUČILIŠNI
ODJEL ZA
FORENZIČNE
Znanosti

Repository / Repozitorij:

[Repository of University Department for Forensic Sciences](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU
SVEUČILIŠNI ODJEL ZA FORENZIČNE ZNANOSTI
FORENZIČKA KEMIJA I MOLEKULARNA BIOLOGIJA

DIPLOMSKI RAD
PROBLEMATIKA POBAČAJA U REPUBLICI HRVATSKOJ

NINA VITLOV

Split, lipanj, 2024.

SVEUČILIŠTE U SPLITU
SVEUČILIŠNI ODJEL ZA FORENZIČNE ZNANOSTI
FORENZIČKA KEMIJA I MOLEKULARNA BIOLOGIJA

DIPLOMSKI RAD
PROBLEMATIKA POBAČAJA U REPUBLICI HRVATSKOJ

MENTOR: prof. dr. sc. MARIJA DEFINIS, dr. med.

NINA VITLOV

832/2022

Split, lipanj, 2024.

Rad je izrađen u KBC Split, Odjel za sudsku medicinu

Pod nadzorom prof. dr. sc. Marija Definis

U vremenskom razdoblju od 02.10. do 15.05.2024.

Datum predaje diplomskog rada: 14.lipanj 2024.

Datum prihvaćanja rada: 20. lipanj 2024.

Datum usmenog polaganja: 26. lipanj 2024.

Povjerenstvo: 1. doc.dr.sc. Kristijan Bečić

2. izv.prof.dr.sc. Ana Jeličić

3. prof.dr.sc. Marija Definis

ZAHVALA

Prije svega želim se zahvaliti svojoj mentorici, prof. dr. sc. Mariji Definis, na iznimnoj podršci tijekom pisanja ovog diplomskog rada. Već na prvom predavanju iz Sudske medicine znala sam da ju želim imati kao mentoricu te je ona na svu sreću prihvatila. Nadam se da ću ja, kao i ona, s istim žarom i ljubavlju obavljati svoj posao u budućnosti.

Zahvaljujem se ocu Nevenu, na neustrašivosti. Kako mojoj koju sam naslijedila, tako i njegovoj, koju pokazuje cijeli život. I znam da mogu osvojiti cijeli svijet, dok me on drži za ruku. Voljela bih da sam i ja njega držala, kada mu je trebalo.

Neupitno i neopisivo zahvaljujem majci Ljiljani. Hvala ti za sve oluje koje si prošla, da bi mene danas grijalo sunce. Za sve razgovore, za svo vrijeme kada me jedina nasmije i razveseli. Za svaki put kada je pogledam i vidim sebe u njoj.

Zahvaljujem i sebi, što sam izdržala.

Sadržaj

1. UVOD	1
1.1. Uvod u problematiku	1
1.2. Priziv savjesti	2
1.3. Definicija i vrste pobačaja	3
1.3.1. Pobačaj s obzirom na trajanje trudnoće	4
1.3.2. Pobačaj prema nastanku	4
1.3.2.1. Spontani pobačaj	4
1.3.2.2. Inducirani pobačaj	5
1.4. Medicinske metode izvođenja pobačaja	7
1.4.1. Kirurški pobačaj	7
1.4.2. Medikamentozno izvođenje pobačaja	8
1.5. Nemedicinske metode pobačaja	9
1.6. Zakonska regulativa	10
1.6.1. Protupravni prekid trudnoće u Republici Hrvatskoj	12
2. CILJ RADA	14
3. IZVOR PODATAKA I METODE	15
4. REZULTATI	16
4.1. Legalno inducirani pobačaji po dobnim skupinama u zdravstvenim ustanovama	16
4.2. Ukupan broj prekida trudnoće u Republici Hrvatskoj	18
4.3. Udio pojedine vrste pobačaja u ukupnom broju pobačaja	20
4.4. Bračni status žena kod kojih je zabilježen legalno inducirani pobačaj	21
4.5. Razlozi za legalno inducirane prekide trudnoće u RH	21
4.6. Korištene metode kontracepcije u slučajevima legalno induciranih pobačaja na zahtjev žene	22
4.7. Prekid trudnoće s obzirom na starost ploda (u tjednima) u RH	23
4.8. Usporedba ukupnog broja pobačaja i broj hospitalizacija u zdravstvenim ustanovama zbog komplikacija pobačaja	24
4.9. Usporedba broja legalno induciranih pobačaja na 1000 živorođenih kod žena ispod 20 godina u RH i određenim europskim zemljama	25
4.10. Usporedba broja legalno induciranih pobačaja na 1000 živorođenih kod žena iznad 35 godina u RH i određenim europskim zemljama	27
4.11. Dostupnost pobačaja u Republici Hrvatskoj	28
4.12. Priziv savjesti u zdravstvenim ustanovama u Republici Hrvatskoj	30

4.13. Usporedba prirodnog kretanja stanovništva RH i ukupnog broja legalno induciranih pobačaja	31
4.14. Usporedba broja legalno induciranih pobačaja na 1000 živorođenih i opće stope fertiliteta u Republici Hrvatskoj	32
5. RASPRAVA	34
6. ZAKLJUČCI	39
7. LITERATURA	41
8. SAŽETAK.....	44
9. ŽIVOTOPIS.....	48
10. IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI.....	51

POPIS SLIKA:

Slika 1. Kiretaža, izvor: Internet, https://krenizdravo.dnevnik.hr/kiretaza	8
Slika 2. Misoprostol i Mifeproston tablete, izvor: Internet, https://abcnews.go.com/Health/mifepristone-misoprostol-induce-abortion/story?id=88490868	9
Slika 3. Legalno inducirani pobačaji- Adolescentice (2000.-2021. godine).....	16
Slika 4. Legalno inducirani pobačaji - Ostala dob (2000.-2021. godine)	17
Slika 5. Usporedba ukupnog broja pobačaja između grupe "Adolescentice" i "Ostala dob" (2000.-2021. godine).....	18
Slika 6. Vrste i broj prekida trudnoće (2000.-2021. godine).....	19
Slika 7. Legalno inducirani pobačaji (O04) - na zahtjev žene (2000.-2021. godine)	19
Slika 8. Udio pojedine vrste pobačaja u ukupnom broj pobačaja (2014.-2021. godine)	20
Slika 9. Bračni status žena sa legalno induciranim pobačajem (2017.-2021. godine).....	21
Slika 10. Razlozi za legalno inducirane pobačaje (2017.-2021.).....	22
Slika 11. Korištene metode kontracepcije kod legalno induciranih pobačaja na zahtjev žene (2017.-2021.).....	23
Slika 12. Starost ploda (u tjednima) u vrijeme prekida trudnoće (2017.-2021.).....	24
Slika 13. Usporedba ukupnog broja prekida trudnoće i broja hospitalizacija zbog komplikacija prekida trudnoće (2003.-2021.).....	25
Slika 14. Usporedba broja legalno induciranih pobačaja na 1000 živorođenih kod žena ispod 20 godina u RH i određenim europskim zemljama (2002.-2020.).....	26
Slika 15. Prosječni broj legalno induciranih prekida trudnoće kod žena ispod 20 godina (2002.-2020.).....	26
Slika 16. Usporedba broja legalno induciranih pobačaja na 1000 živorođenih kod žena iznad 35 godina u RH i određenim europskim zemljama (2002.-2020.).....	27
Slika 17. Prosječni broj legalno induciranih prekida trudnoće kod žena iznad 35 godina (2002.-2020.).....	28
Slika 18. Usporedba broja izvođenja kirurškog i medikamentoznog prekida trudnoće u zdravstvenim ustanovama u RH.....	28
Slika 19. Broj zdravstvenih ustanova u RH koje izvršavaju kirurški prekid trudnoće	29
Slika 20. Broj zdravstvenih ustanova u RH koje provode medikamentozni prekid trudnoće .	29
Slika 21. Broj ginekologa i anesteziologa koji se pozivaju na priziv savjesti u zdravstvenim ustanovama u RH koje provode pobačaj na zahtjev žene	30
Slika 22. Usporedba broja živorođenih, umrlih i broja legalno induciranih pobačaja u RH (2000.-2021.).....	31
Slika 23. Pretpostavka ukupnog broja živorođenih u RH u slučaju da su žene iznijele trudnoću do kraja termina (2000.-2021.).....	32
Slika 24. Usporedba broja legalno induciranih pobačaja na 1000 živorođenih i opće stope fertiliteta u RH (2011.-2020.).....	33

1. UVOD

1.1. Uvod u problematiku

Iako se je pojavljivao i kroz povijest, na prekid trudnoće se i danas gleda kao problem o kojem svatko ima etičko, religijsko, socijalno i pravno mišljenje (1). Novo doba dovodi i do kompleksnijih mišljenja i debata. S jedne strane je to medicinski zahvat za kojeg se žene odlučuju u slučaju neželjene trudnoće, s druge strane se radi o etičkom pitanju koje u centar stavlja prava kako žena tako i u nekim slučajevima muškaraca, obzirom da bez njegovog sudjelovanja tog ploda ne bi ni bilo (1). S pravne strane tu je i utjecaj države na mogućnost izvršenja prekida trudnoće, obzirom da je Zakonom o zdravstvenim mjerama za ostvarenje prava na slobodno odlučivanje o rađanju djece ograničeno vremensko razdoblje u kojem žena mora djelovati, ako želi imati mogućnost legalnog prekida trudnoće (2).

Žena ima pravo, prema postojećoj legislativi RH, odlučiti želi li prekinuti trudnoću (3). Međutim, i dalje postoje sukobi između ženina prava na pobačaj i prava nerođenog djeteta na život (3). Iz ovoga proizlaze dva glavna problema, od koji je prvi pokušaj odgovaranja na pitanje kada život započinje, a drugi, ima li nerođeno dijete uopće pravni status, tj. imaju li njegova prava prednost pred pravnim statusom žene (3). Tijekom povijesti pobačaj je bio sredstvo kontrole rađanja („kontraceptivno sredstvo“) (4). Napretkom medicine i bioznanosti, za pobačaj se je odlučivalo ako trudnoća ugrožava život majke ili zbog prirođenih fizičkih i/ili duševnih mana djeteta (4). Smatra se da na najveći otpor nailaze namjerni pobačaji, za koje se žene odlučuju samo zato jer ne žele roditi dijete (5). Razlozi za tu odluku mogu biti razni, od ekonomskih (financijski, materijalni), psiholoških (žena nije spremna da bude majka), začeto dijete nije željeno od strane majke i/ili oca, trudna žena nema podršku i prihvaćajuću okolinu u tom razdoblju (5).

U Europi, najveći postotak žena, koje se odluče na prekid trudnoće (75%), kaže da su se na to odlučile jer se ne mogu financijski brinuti o djetetu (3), dok ostale su navele razloge kao što su posao i karijera, školovanje, briga o drugima, te problemi s partnerom (50%) (3). U Hrvatskoj su žene same odgovorne za financiranje prekida trudnoće, te sama dostupnost opcije prekida trudnoće ovisi o dijelu Hrvatske u kojem se nalaze, obzirom da bolnice imaju različite cijene i troškovnike (6). Kada se stanje u Hrvatskoj usporedi s nekim drugim državama u EU, može se vidjeti znatna razlika. Npr. u Italiji i Sloveniji prekid trudnoće je djelomično pokriven zdravstvenim osiguranjem (6) dok je u državama, kao što su Finska ili Danska, besplatan za sve

žene (6). Ipak, u Austriji također žena snosi troškove sama, tj. nebitno ima li zdravstveno osiguranje ili ne (6).

Važno je napomenuti da izvođenje pobačaja medikamentoznim putem nije jednako dostupno u Hrvatskoj kao što je većini država EU (7). Iako je to metoda koja se smatra manje invazivnom i sigurnijom nego opcija kirurškog pobačaja, u Hrvatskoj i dalje postoje podijeljena mišljenja (7). Za razliku od kirurškog pobačaja koji se mora provoditi u bolnici, medikamentozni pobačaj (do 9. tjedna gestacijske dobi) može se provoditi i izvan bolnice (8). Osim cijene prekida trudnoće, još je jedna varijabla o kojoj ovisi dostupnost pobačaja: priziv savjesti liječnika i medicinskog osoblja (9).

1.2. Priziv savjesti

„Pravo na priziv savjesti proizlazi iz prava na slobodu savjesti koja je zajamčena člankom 18. Opće deklaracije UN o pravima čovjeka iz 1948. godine, kao i člankom 40. Ustava Republike Hrvatske kojim se jamči sloboda savjesti i vjeroispovijedi te sloboda javnog očitovanja vjere ili drugog uvjerenja“ (11). Etička, vjerska ili moralna uvjerenja su dostatan razlog zbog kojih medicinsko osoblje ima pravo odbiti bilo kakvo liječenje ili dijagnosticiranje određenog pacijenta (9). To naravno, podrazumijeva, da slijedeći svoja uvjerenja neće nečinjenjem uzrokovati pogoršanje pacijentova zdravlja ili mu na bilo koji način ugroziti život (7). Ukoliko se liječnik pozove na priziv savjesti, on je dužan pravovremeno obavijestiti pacijenta te ga proslijediti drugom odgovarajućem liječniku (9). U praksi pozivanje na priziv savjesti ne bi bio prevelik problem da se to događa ponekad, od strane samo jednog liječnika. Ali nije strano da se na priziv savjesti pozivaju cijele bolnice te nisu u mogućnosti pružiti pacijentu odgovarajuću zdravstvenu pomoć (4). Postavlja se pitanje kako je uopće moguće, prema Čl. 5. Zakona o zdravstvenoj zaštiti po kojem „svaka osoba ima pravo na zdravstvenu zaštitu i na mogućnost ostvarenja najviše moguće razine zdravlja“ (11), da neka usluga, kao što je npr. izvršenje pobačaja, bude potpuno uskraćena u određenim javnim bolničkim ustanovama (9).

U pogledu prekida trudnoće, smatra se da je jedan od glavnih problema pozivanja na priziv savjesti „nedovoljno usklađena zakonska regulativa te neusklađenost regulative i prakse uz česte zlouporabe tog prava“ (12). Konvencija UN-a o uklanjanju svih oblika diskriminacije žena, koja je prihvaćena od strane RH, izričito navodi (Čl. 12) da su „zdravstvene ustanove dužne poduzimati sve potrebne mjere protiv diskriminacije žena u području zdravstvene zaštite, s ciljem osiguranja dostupnosti zdravstvene zaštite, uključujući pri tome i usluge usmjerene na planiranje obitelji“ (13).

1.3. Definicija i vrste pobačaja

Pobačaj (lat. *abruptio gravidatis*) ili prekid trudnoće je „svako izbacivanje ili odvajanje čovječjeg ploda iz utrobe žene prije otpočetog prirodnoga procesa rađanja, ili, drugim riječima, prekid trudnoće svaki je zahvat u tijelo žene koji dovodi do neprirodnoga dovršetka trudnoće“ (11). Obzirom da je riječ o medicinskom postupku i medicinskom pojmu, pobačaj je svrstan u MKB-klasifikaciju te nosi šifru O00-O08 (12). Ako se prekid trudnoće dogodi do 28. tjedna trudnoće, prema medicinskoj klasifikaciji riječ je o pobačaju u užem smislu. Pobačaj ima i širu definiciju, koja podrazumijeva svaku situaciju u kojoj dolazi do smrti fetusa kao posljedice njegove nemogućnosti samostalnog preživljenja izvan tijela majke, zbog bilo kojeg razloga (11). Stručnjaci ginekolozi tu granicu sposobnosti preživljavanja broje od prvog dana ženine zadnje menstruacije, zaključno s 22. tjednom trudnoće. Karakteristike koje fetus pokazuje u tom vremenskom razdoblju su težina 500 g ili manja te ukupna tjelesna duljina (tjeme-peta) do 25 cm (14). Važno je napomenuti da se fetus registrira kao „živorodeno dijete“ bez obzira na vrijeme trajanja trudnoće i njegovu težinu u slučajevima kada nakon izlaska iz tijela pokazuje bilo kakve znakove života, npr. kucanje srca, disanje, pokreti udova i sl. (15). Nastavno na to, ako i postoje bilo kakvi znaci života kod takve djece, u Hrvatskoj nije bilo zabilježenih slučajeva da su ona preživjela više od nekoliko dana nakon rođenja (1). I uz najnovije mjere intenzivnog liječenja djeca rođena s manje od 12 tjedana gestacije nemaju velike šanse za preživljavanje (1). Uz nisku porođajnu težinu i znatno skraćeno vrijeme gestacije, vjerojatnost preživljavanja smanjuju i povećani rizici od razvijanja različitih bolesti i oštećenja, kao što su neurološka oštećenja, oštećenja vida, sluha te mentalna retardacija (16). U Republici Hrvatskoj, mrtvorodjenče se definira kao fetus stariji od 12 tjedana trudnoće, tjelesna težina mu prelazi 500 g, a iz maternice je izašao bez ikakvih maloprije spomenutih znakova života (16). Neovisno o tome radi li se o spontanom ili induciranom pobačaju, on se ne registrira u državnim maticama rođenih i umrlih, kao što biva u slučaju sa živorodnom i mrtvorodnom djecom (16).

Govoreći o problematici prekida trudnoće, potrebno je spomenuti pojam maternalnog mortaliteta (17). Prema definiciji, taj termin se odnosi na „smrt žene tijekom trudnoće ili tijekom razdoblja od 42 dana od završetka trudnoće, neovisno o trajanju i lokalizaciji trudnoće, zbog bilo kojeg uzroka u vezi s trudnoćom ili zbog pogoršanja neke druge bolesti ili njezinim vođenjem, ali ne kao posljedica nesreća ili slučajnih uzroka“ (17).

Svjetska zdravstvena organizacija smatra da je nesiguran pobačaj, koji je detaljnije opisan u sljedećem poglavlju, uzrok maternalne smrti koji se najlakše može preventirati (18).

Kontradiktorno tome, nesiguran pobačaj je jedan od, ako ne i najčešći, uzrok smrti trudnica u svijetu (18). Važno je napomenuti da je broj smrti od pobačaja i njegovih komplikacija iznimno veći u zemljama svijeta u kojima je pobačaj zakonom zabranjen (18). Između 4,7% i 13,2% slučajeva, smrt trudnih žena posljedica je zdravstvenih komplikacija uzrokovanih nesigurnim pobačajem (18). Što se tiče restriktivnih zakona o prekidu trudnoće, daleko najgora situacija je u Africi, gdje nesigurni prekid trudnoće čini 99% svih prekida trudnoće (19). U većini slučajeva radi se o mladim ženama koje žive u siromaštvu i bez pristupa odgovarajućoj zdravstvenoj skrbi. Maternalna smrtnost u Africi procijenjena je na 1:150 zahvata (19). Podrazumijeva se da nesigurni pobačaj za rezultat vrlo često ima brojne zdravstvene komplikacije koje mogu biti opasne po život za trudnu ženu te je potrebno potražiti hitnu liječničku pomoć (18). U zemljama u razvoju, s minimalnim postotkom od 20% i maksimalnim od 50%, u žena su prisutne komplikacije poput krvarenja (srednje do obilno), sepse, upale potrbušnice kao posljedice bakterijske infekcije te ozljeda koje mogu uzrokovati trajna zdravstvena oštećenja ili smrt (18).

1.3.1. Pobačaj s obzirom na trajanje trudnoće

Razliku između ranog i kasnog prekida trudnoće čini granica prvog tromjesečja trudnoće, tj. 12. tjedan trudnoće (7). Prema tome, ranim prekidom trudnoće smatra se onaj izvršen u razdoblju prvog tromjesečja (prije navršenih 12 tjedana) (7), dok se kasnim prekidom trudnoće smatra onaj učinjen nakon navršenih 12 tjedana od ženine zadnje menstruacije (7). Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, najveći broj izvršenih pobačaja je koncentriran u prvom tromjesečju (80-90%), 10-12 % nakon 12. tjedna trudnoće a samo 1-1,5% nakon 20. tjedna trudnoće (20).

1.3.2. Pobačaj prema nastanku

Pobačaj prema nastanku može se podijeliti na spontani ili inducirani (8). Tu se mora spomenuti i kategorija kriminalnog pobačaja, koji je u RH definiran čl. 97. Kaznenog zakona, prema kojem se u tu kategoriju svrstava „prekid trudnoće izveden bez odobrenja trudne žene te prekid trudnoće izveden protivno propisima o prekidu trudnoće“ (21), koji je reguliran Zakonom o zdravstvenim mjerama za ostvarivanje prava na slobodno odlučivanje o rađanju djece (2).

1.3.2.1. Spontani pobačaj

Do spontanog pobačaja dolazi nenamjerno, u vremenu kada fetus još nije sposoban samostalno preživljavati izvan maternice žene te dolazi do prestanka razvoja fetusa i njegove smrti (8). U

tom slučaju, ako je došlo do smrti fetusa prije navršenog 12. tjedna razvoja i ako je njegova težina bila manja od 500 g, takav prekid trudnoće mora se zabilježiti u službenoj vitlanoj statistici (16). Spontani pobačaj može se podijeliti prema različitim kliničkim simptomima (16). Razlikuje se: prijeteći (*abortus imminens*), započeti (*abortus incipiens*), u tijeku (*abortus in tractu*), potpuni (*abortus completus*) ili nepotpuni (*abortus incompletus*) te zadržani ili neostvareni (*abortus retentus*, missed abortion) (14). Na temelju podataka SZO¹, zna se da 15-20% svih trudnoća rezultira spontanom pobačajem a koji se u najvećem broju događa u prvom tromjesečju (7). Nisu zanemarivi ni brojevi tzv. predkliničkih trudnoća, kada zametak odumre već prije implantacije ili u vrlo ranoj fazi implantacije (događa se sa 50-60% embrija) (22). Spontani pobačaji, zajedno s prekliničkim trudnoćama, često su nezabilježeni i nedijagnosticirani te se vrlo često registriraju samo kao zakašnjela menstruacija (22).

1.3.2.2. Inducirani pobačaj

U slučaju neželjene trudnoće, saznanja o mogućim abnormalnostima ploda te ako je život trudnice u opasnosti, trudnoća se može prekinuti namjerno (inducirani pobačaj). Odabir metode varira od trudnice do trudnice, ali opcije (legalnog) odabira su kirurški zahvat (kirurški pobačaj) ili prekid trudnoće primjenom lijekova (medikamentozni pobačaj) (23). Osim u slučaju svojevoljne odluke o prekidu trudnoće, obje spomenute metode mogu se koristiti i u slučaju spontanog pobačaja. Neki od primjera situacija u kojima se mogu primijeniti kirurške i medikamentozne metode u slučaju spontanog pobačaja su razne, ali prevladavaju slučajevi u kojima prilikom pobačaja nije došlo do potpunog pražnjenja maternice (nepotpuni pobačaj) ili ako je fetus, koji je i dalje u maternici, stao s rastom i razvojem (23).

Takve okolnosti čine legalni inducirani pobačaj, koji se odvija u za to opremljenim bolničkim ustanovama, od strane stručnog osoblja, unutar zakonski propisanih okvira (20). S druge strane, inducirani pobačaj može biti i ilegalan, ako je izvršen protivno zakonskih odredaba koje su na snazi (9). Prema statističkim podacima SZO, 25% ukupnog stanovništva živi u zemljama u kojima je izvođenje pobačaja, iz bilo kojeg razloga, kazneno djelo (24). Dopušta se samo u iznimnim situacijama, primjerice kada je život trudnice u opasnosti (24). Većina tih država nalazi se na području Afrike, Azije i Latinske Amerike (24). Zbog takvih okolnosti sve veći broj žena se odlučuje za ilegalne pobačaje, koji često mogu biti vrlo opasni, čak i pogubni za život. Pojedine žene odlučuju se otići u zemlje u kojima je pobačaj legalan, tzv. abortivni turizam (25).

¹ SZO- Svjetska zdravstvena organizacija

Postoje brojni razlozi zbog kojih se žena odlučuje na inducirani pobačaj. Među njima su najčešći prekid trudnoće koja je bila neplanirana i/ili neželjena (26). Neplanirana trudnoća često je posljedica izostanka primjene određenih vrsta kontracepcije ili pogrešne primjene kontracepcije (26). Tome često idu u susret i nepovoljni socio-ekonomski uvjeti za život i odgajanje djeteta (siromaštvo, maloljetnost, prestanak obrazovanja i/ili poslovne karijere, itd.) (26). Iako su to najčešći razlozi zbog kojih se žene odlučuju za prekid trudnoće, postoje i medicinski razlozi, kao što su ugroženost života i zdravlja majke (životna, tjelesna, mentalna), eugenični (teška fizička i mentalna oštećenja nerođenog djeteta) te moralni (trudnoća koja je rezultat kaznenog djela silovanja ili incesta (27).

U pogledu posljedica koje inducirani pobačaj ima na zdravlje i život trudne žene, kao medicinski zahvat on može biti siguran i nesiguran (27). Siguran prekid trudnoće je „medicinski zahvat koji se izvodi u skladu sa zakonom, u bolničkim ustanovama koje su za to opremljene, prema standardima i kriterijima medicinske struke, od strane osposobljene i za to kvalificirane osobe“ (27). Odgovarajuća zdravstvena zaštita trudnice prije i nakon zahvata je obavezna (27). Prema SZO, sigurni pobačaji čine polovicu svih induciranih pobačaja koji se na godišnjoj razini obave diljem svijeta (15). Suprotno tome, postoji par točaka koje pobačaj čine nesigurnim (15). Ponajprije, osoba koja obavlja sam čin prekida trudnoće može biti sama trudnica ili nestručna osoba (28). Drugo, prekid trudnoće se ne odvija u prostorima koji su za to namijenjeni tj. u prikladno opremljenim prostorima koji zadovoljavaju medicinske i higijenske standardne. Prekid trudnoće se obavlja u često nehigijenskim uvjetima (28). U globalnom pogledu, u nerazvijenim zemljama je dosta česta kombinacija maloprije spomenutih točaka, tj. prekidi trudnoće obavljaju ljudi koji za to nisu stručno opremljeni a mjesto samog obavljanja pobačaja ni u jednom aspektu ne zadovoljava higijenske i zdravstvene uvjete (26). Iako bi većina ljudi pretpostavila da nesigurne pobačaje izvode samo osobe koje nemaju potrebu medicinsku praksu, određeni postotak nesigurnih pobačaja izvodi i zdravstveno osoblje, samo ne u sklopu bolnice ili zdravstvene ustanove (26). Npr. liječnik ili primalja pristane izvršiti prekid trudnoće u kući trudnice ili vlastitoj kući ili bilo gdje drugo izvan zdravstvene ustanove (26). Da bi cijela situacija bila gora, zdravstveno osoblje u pitanju, nakon izvršenja prekida trudnoće često ne pruža odgovarajuću zdravstvenu zaštitu i pomoć u slučaju da dođe do komplikacija nakon pobačaja (26). Na temelju toga, drugu polovicu svih induciranih pobačaja čine nesigurni pobačaji te se u 98% slučajeva izvode u nerazvijenim zemljama ili zemljama u razvoju (25).

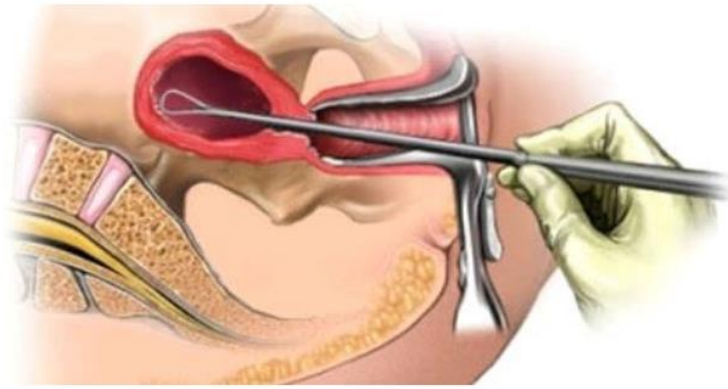
1.4. Medicinske metode izvođenja pobačaja

1.4.1. Kirurški pobačaj

Jedna od metoda medicinskog izvođenja pobačaja je izvođenje pobačaja kirurškim putem (1). Postupak se u svojoj cjelini sastoji od proširivanja ušća maternice i odstranjivanja fetusa, plodnih ovoja i posteljice iz maternice (aspiracija materišta) (1). Taj postupak se može izvoditi posebnim instrumentima, kao što su kirete (strugalice) ili vakuum-pumpe (29). Prema SZO, preporuka tijekom izvođenja kirurškog pobačaja je metoda vakumske aspiracije, uz pomoć mehaničke ili električne pumpe za pobačaje, uz uvjet da se izvodi kod trudnoća do 12.-14. tjedna od ŽZM² (20). Ako je trudnoća prešla 12.-14. tjedan, SZO preporuča kiretažu i dilataciju ušća maternice, kao najpogodniju metodu prekida trudnoće (20).

Kirurška kiretaža (Slika 1.) se sastoji od struganja područja maternice kirurškim instrumentima kao što su kireta ili cijevi (30). Prilikom primjene ovog postupka, razlikuje se oštra i vakumska kiretaža. Ta dva postupka se ne razlikuju previše u pogledu sigurnosti i učinkovitosti (31). Ove tehnike izvođenja pobačaja izvode se u slučajevima namjernog pobačaja, nepotpunog pobačaja, pobačaja u tijeku ili zaostalog posteljičnog tkiva (32). Ako se radi o slučaju namjernog pobačaja, važno je napomenuti da se on ne bi smio izvoditi nakon 16. tjedna trudnoće (32). U slučaju nepotpunog pobačaja, pobačaja u tijeku i uklanjanja zaostalog posteljičnog tkiva, nije potrebno širenje materničnog vrata, jer je maternični kanal otvoren (32). Kao i kod većine bilo kakvih medicinskih zahvata, postoje moguće komplikacije. U slučaju kiretaže komplikacije se mogu podijeliti prema vremenskim intervalima u neposredne, odgođene i kasne (32). Neposredne komplikacije se pojavljuju kroz 3 sata nakon zahvata, od 3 sata do 28 dana mogu se razviti odgođene komplikacije, dok se kasne komplikacije mogu javiti u bilo kojem razdoblju nakon 28 dana od zahvata (32).

² ŽZM- ženina zadnja menstruacija



Slika 1. Kiretaža, izvor: Internet, <https://krenizdravo.dnevnik.hr/kiretaza>

1.4.2. Medikamentozno izvođenje pobačaja

Primjena medikamentoznog prekida trudnoće započela je relativno nedavno, 1990-ih (13), i danas samo djelomično zamjenjuje kiruršku metodu prekida trudnoće (33). Medikamentozni pobačaj označava primjenu farmaceutskih supstanci u svrhu prekida trudnoće (34). Radi se o primjeni lijekova koji u tijelu žene potiču procese slične onima koji se odvijaju za vrijeme spontanog pobačaja (33). Trenutno su najčešće korišteni Mifepriston i prostaglandin Misoprostol (Slika 2.), koji se primjenjuju prema strogo određenom protokolu (34). Kombinacijom ovih dvaju lijekova dolazi do „decidualne nekroze i odvajanja posteljice zbog blokade progesteronskih receptora, omekšanja i dilatacije cerviksa te pojačane osjetljivosti cervikalnih i uterinih mišića na mizoprostol“ (33). Oba lijeka se nalaze na listi esencijalnih lijekova SZO-e tek od 2005. godine (34). U usporedbi s kirurškim pobačajem, medikamentozni pobačaj se pokazao sigurnijim i učinkovitijim od kirurškog a i mnoge žene ga više preferiraju (20). Isto kao i kirurški pobačaj, obavlja se u zdravstvenim ustanovama, uz razliku da sve više zemalja počinje dopuštati i kućnu upotrebu (7).

Mifepriston (sintetički steroid) ima glavnu ulogu u posljednjem koraku dovršavanja neželjene trudnoće te djeluje na principu blokiranja progesterona, hormona koji je potreban tijekom faze razvoja oplođenog jajašca (8). Mifepriston se veže na progesteronski receptor te istovremeno ima antiprogesteronski učinak (8). Lijek je potrebno primijeniti u roku od nekoliko tjedana od začeća (8). Jednom kada je primijenjen, ima ulogu pokretanja menstrualnog ciklusa žene te se izbacuje oplođeno jajašce iz maternice (16). Mizoprostol (analog prostaglandina E1) povećava kontrakciju maternice, vrlo dobro se apsorbira kroz sluznicu te ima široku mogućnost primjene (oralno, bukalno, sublingvalno, vaginalno, rektalno) (34). Manje je učinkovit u svrhu prekida trudnoće ako se koristi sam nego kada se koristi u kombinaciji sa Mifepristonom (34).

Obzirom na način i jednostavnost izvođenja ove metode te manji rizik za ženino tijelo, na globalnoj razini se sve više primjenjuje u zdravstvenim ustanovama kao metoda izbora za

prekid trudnoće (19). Izostanak kirurškog dijela procesa je također i razlog zbog kojeg se žene lakše odlučuju na prekid trudnoće (19). Iako se kombinacija Mizoprostola i Mifepristona pokazala najdjelotvornijom, u državama u kojima Mifepriston nije dostupan za korištenje SZO preporuča korištenje samo Mizoprostola (35). Posljedično, to dovodi do povećanog korištenja Mizoprostola kao sredstva u protupravnim prekidima trudnoće (35). Smatra se da se time uvelike smanjila stopa maternalnog mortaliteta (19). Važno je napomenuti da i dalje postoje rizici kod uzimanja ovoga lijeka u nekontroliranim uvjetima, bez savjetovanja sa liječnikom (19). Komplikacije mogu varirati, ovisno o uzetoj dozi; u mnogim slučajevima javljaju se krvarenja ili prekid trudnoće nije potpun, a u rijetkim slučajevima može doći i do trovanja (19). U slučaju trovanja javljaju se simptomi, poput povraćanja, proljeva, zbunjenosti, treskavice, a u iznimnim slučajevima može nastupiti i nekroza želuca, distalnog jednjaka, sepsa te smrt nakon multiorganskog zatajenja (19).



Slika 2. Misoprostol i Mifepriston tablete, izvor: Internet, <https://abcnews.go.com/Health/mifepristone-misoprostol-induce-abortions/story?id=88490868>

1.5. Nemedicinske metode pobačaja

U slučaju kada trudna žena sama odluči prekinuti vlastitu neželjenu trudnoću ili trudnoću prekine nestručna osoba, radi se o nemedicinskom pobačaju (27). Zbog okolnosti u kojima se odvija sam taj postupak, bilo da ga obavlja sama žena ili neka druga osoba koja za to nije stručno osposobljena, rezultati su vrlo često opasni po život (28). Može doći do ozbiljnih i trajnih

oštećenja tijela žene te smrti (28). Obzirom da se radi o pobačaju koji se ne izvodi pod kontroliranim uvjetima u bolničkoj ustanovi i često u nehygijenskih uvjetima, koriste se brojne metode (25).

Sredstva koje nestručne osobe koriste na ženi ili ih žena primjenjuje sama na sebi, mogu se podijeliti u dvije velike kategorije (kemijske i mehaničke) (36). Veliki broj žena kombinira više različitih metoda, kako bi bile sigurne da je došlo do prekida trudnoće (36).

Kemijske metode obuhvaćaju korištenje preparata za primjenu u rodnicu, vrat maternice ili rektum (biljni preparati, tablete kalijevog permanganata) te preparata kako za oralnu tako i za parenteralnu uporabu (biljni čajevi, soli raznih metala, fosfor, olovo, smole, otopine deterdženata, Mizoprostol) (36).

Mehaničke metode prekida trudnoće najčešće podrazumijevaju uvođenje nekakvog stranog tijela u maternicu (37). Strana tijela mogu varirati od vješalica, igala za pletenje, katetera preko kojeg se uvodi infuzija alkohola, soli ili drugih otopina te upuhivanje zraka/tekućine pod tlakom u maternicu (37). U ovom slučaju, najveći rizik za nastanak zdravstvenih komplikacija i potencijalne smrti dolazi od korištenja nesterilnih predmeta te zbog mogućnost pucanja stijenke maternice (37). U mehaničke metode spada i izazivanje traume abdomena (jake masaže, udarci u abdomen, intenzivna tjelesna aktivnost) (37). Navedeni raspon metoda kojima žene podvrgavaju sebe i svoje tijelo kako bi prekinule trudnoću (izvedeno samostalno ili od strane druge osobe) samo govori o tome koliko su spremne dovesti u opasnost svoj život i zdravlje samo kako bi izbjegle neželjenu trudnoću (37).

1.6. Zakonska regulativa

Pravo na pobačaj uređeno je Zakonom o zdravstvenim mjerama za ostvarenje prava na slobodno odlučivanje o rađanju djece, pri čemu se priznaje pravo žene da slobodno odlučuje o rađanju djece, tj. o vremenu i broju poroda (29). Zakon nalazi svoje uporište u osnovnom ljudskom pravu, u ovom slučaju reproduktivnom pravu. Ono svojim odredbama ne obuhvaća samo pravo (i mogućnost) odluke žene na pobačaj, nego i sprječavanje neželjene trudnoće (pravo na korištenje kontraceptivnih sredstava) te pravo na uporabu medicinske pomoći ako žena, zbog svojih osobnih i zdravstvenih razloga, ne može prirodnim putem imati svoju djecu (1). Nastavno na to, pravo na slobodno odlučivanje o rađanju djece nije apsolutno (1). Ono se ograničava samo ako se radi o zaštiti zdravlja i života žene (1). Prema Zakonu o zdravstvenim mjerama (2) zabranjeno je izvođenje prekida trudnoće u slučajevima kada bi sam postupak prekida trudnoće moga naštetiti zdravlju žene (3). Članak 25. tog zakona potvrđuje da je žena,

njeno zdravlje i život, primarna vrijednost, te slijedi da se prekid trudnoće mora izvršiti na zahtjev žene ako postoji neposredna opasnost za život ili zdravlje žene ili ako je prekid trudnoće već započeo (3).

Prema članku 15. Zakona, „prekid trudnoće ili pobačaj je medicinski zahvat koji se legalno može izvesti do 10 tjedana od dana začeća“ (2). Nakon protjeka 10. tjedna, može se izvesti uz odobrenje komisije (3). U Zakonu se izričito navodi da je u pitanju medicinski zahvat te da bi prekid trudnoće bio izvršen moraju biti zadovoljeni određeni uvjet i postupci iz Zakona (4). Ako samo jedan od potrebnih uvjeta izostane, više se ne radi o legalnom medicinskom zahvatu, već cijeli zahvat prelazi u inkrimirano područje kaznenog djela protupravnog prekida trudnoće (4).

Prekid trudnoće obavlja se na zahtjev trudne žene (9). Ona je nositeljica svih prava na pobačaj i sam čin podnošenja zahtjeva za prekid trudnoće je osnovni i temeljni uvjet kako bi se mogao pokrenuti postupak prestanka trudnoće (9). Prema tome, ako je trudna žena podnijela zahtjev za prekid trudnoće do 10. tjedna trudnoće, zahtjev se mora ispuniti, osim ako ne postoji opasnost da se tom radnjom ugrožava život i/ili zdravlje žene (9). Ako je to slučaj, zahtjev za prekid trudnoće podnosi se komisiji prvog stupnja koju „čine dva liječnika od kojih jedan mora biti ginekolog, te socijalni radnik ili medicinska sestra, koji su u radnom odnosu u zdravstvenoj organizaciji udruženog rada koja vrši sterilizaciju odnosno prekid trudnoće“ (2). Komisija mora o podnesenom zahtjevu za prekid trudnoće odlučiti u roku od 8 dana (2).

Članak 22. ovog Zakona kaže (6): „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 kaznenim djelom silovanja, kaznenim djelom protiv spolne slobode, spolne zlouporabe djeteta ili nemoćne osobe, podvođenja djeteta“ (6).

Nakon što komisija prvog stupnja donese svoju odluku, žena ima pravo podnijeti prigovor komisiji drugog stupnja, u roku 3 dana od dana presude (6). Razlika između komisije prvog i drugog stupnja u vezi odluke o prekidu trudnoće je u tome što je odluka komisije drugog stupnja konačna (6). Komisija drugog stupnja sastoji se od „dva liječnika ginekologa, liječnika specijalista odgovarajuće grane medicine obzirom na medicinske indikacije zbog kojih se odlučuje o dozvoli za sterilizaciju odnosno o dozvoli za prekid trudnoće“ (6).

Ako je zahtjev za prekid trudnoće odobren od strane komisije prvog ili drugog stupnja, postoje određeni koraci koje je potrebno slijediti (6). Prema članku 12. „Liječnik ginekolog koji primi zahtjev žene za prekid trudnoće će:

- utvrditi starost trudnoće,
- pribaviti nalaze o krvnoj grupi trudne žene, Rh faktoru i druge anamnestičke podatke,
- ukoliko postoji sumnja da bi prekid trudnoće narušio zdravlje ili život trudnice, po potrebi se konzultirati i s liječnicima drugih grana medicine,
- ovisno o stanju trudnice, konzultirati ju oko kirurškog i medikamentoznog prekida trudnoće,
- upoznati trudnicu o metodama i sredstvima zaštite od neželjene trudnoće“ (6).

Nakon što liječnik utvrdi da su zadovoljeni svi navedeni uvjeti za prekid trudnoće i kada je trudnica posve sigurna u svoju odluku i način izvođenja pobačaja, zdravstvenom osoblju prilaže potpisanu pismenu dokumentaciju te postupak prekida trudnoće može započeti (6). Svi članovi zdravstvenog osoblja koji sudjeluju u procesu prekida trudnoće moraju voditi evidenciju i imati prikupljenu i pohranjenu medicinsku dokumentaciju pacijentica. Nadležno tijelo za vođenje zdravstvene statistike mora biti obaviješteno od strane zdravstvenog osoblja u roku od 30 dana od izvršenja prekida trudnoće (6).

1.6.1. Protupravni prekid trudnoće u Republici Hrvatskoj

Protupravni prekid trudnoće razlikuje se među pojedinim državama, prvenstveno temeljem postojećeg pravosudnog i zdravstvenog (38). Već je u prijašnjim poglavljima spomenuto da postoje određene države gdje je prekid trudnoće zabranjen u bilo kojim okolnostima (El Salvador, Malta, Nikaragva, Vatikan) te su žene, u stanju očaja, primorane koristiti određene metode koje mogu biti pogubne za život (25). Dosta su česte situacije gdje se žene odlučuju na neku od metoda za samostalan prekid trudnoće, a nakon toga dolaze u bolnicu s dijagnozom spontanog pobačaja, jer je to jedini uvjet i jedini način na koji će im biti pružena potrebna medicinska pomoć (39).

Usmjereno na RH i zakon koji je na snazi, kod namjernog prekida trudnoće razlikuje se dozvoljeni i nedozvoljeni (21). Razlika između njih je u tome je li izvršen pod uvjetima zakona; u protivnom izvršeni prekid trudnoće je kazneno djelo (21). Članak 115. Kaznenog zakona (KZ) regulira kazneno djelo protupravnog prekida trudnoće i kaže: „Tko trudnoj ženi ..., koja ženu savjetuje, potakne ili joj izvrši prekid trudnoće,, (21). Iznimka je žena koja sama sebi prekine trudnoću (21). Kazneno djelo nedozvoljenog prekida trudnoće kažnjivo je kaznom zakona do tri godine a u slučajevima u kojima takav prekid trudnoće završi smrću žene ili izazove teške

zdravstvene posljedice, osoba koja je izvršila proces kažnjava se kaznom zatvora od jedne do deset godina (21). Postoje situacije u kojima je prekid trudnoće izvršen bez pristanka trudne žene te se tada osoba kažnjava kaznom zatvora do osam godina. Ukoliko pokušaj prekida trudnoće završi smrću žene, osoba će biti kažnjena s tri do petnaest godina zatvora (21).

2. CILJ RADA

Cilj istraživanja je analizirati podatke o različitim vrstama pobačaja u Republici Hrvatskoj, za razdoblje od 2000. godine do 2021. godine te ustanoviti postojanje silazne ili uzlazne putanje broja pobačaja za navedeno vremensko razdoblje.

Ovaj rad također za cilj ima usporediti dobivene podatke o prekidu trudnoće s prirodnim kretanjem stanovništva u Republici Hrvatskoj u istom vremenskom razdoblju.

Hipoteze:

- Postoji trend porasta pobačaja od 2000. godine do 2021. godine.
- Inducirani pobačaji su češći kod mlađe dobne skupine žena (20-29 godina).
- Broj legalno induciranih pobačaja veći je od broja spontanih pobačaja u svakom razdoblju.
- Broj legalno induciranih pobačaja povećava se kroz godine.
- Neudane žene se češće odlučuju na legalno inducirani pobačaj nego udane žene.
- Žene se najvećim dijelom odlučuju na inducirani pobačaj zbog zdravstvenih opasnosti za sebe i/ili dijete.
- U većini slučajeva prilikom spolnog odnosa nije korištena nikakva metoda kontracepcije.
- Većina prekida trudnoće događa se u prvih 10 tjedana od začeća.
- Zdravstvene ustanove u RH u većem broju izvršavaju kirurški nego medikamentozni prekid trudnoće.

3. IZVOR PODATAKA I METODE

U ovom radu kao izvor podataka korištena su izvješća Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZZO) o pobačajima u zdravstvenim ustanovama u Republici Hrvatskoj (RH). Podaci su pronađeni na službenoj web stranici HZZO-a. U istraživanju je promatrano razdoblje od 21 godine, od 2000. do 2021. godine za područje cijele Hrvatske. Također su, kao izvor podataka, korištena izvješća Državnog zavoda za statistiku, pronađena na službenoj web stranici Državnog zavoda za statistiku. Ti izvještaji korišteni su u svrhu analiziranja podataka o sklopljenim brakovima i pravomoćno razvedenim brakovima, prirodnom kretanju stanovništva RH te podataka o općoj stopi fertiliteta.

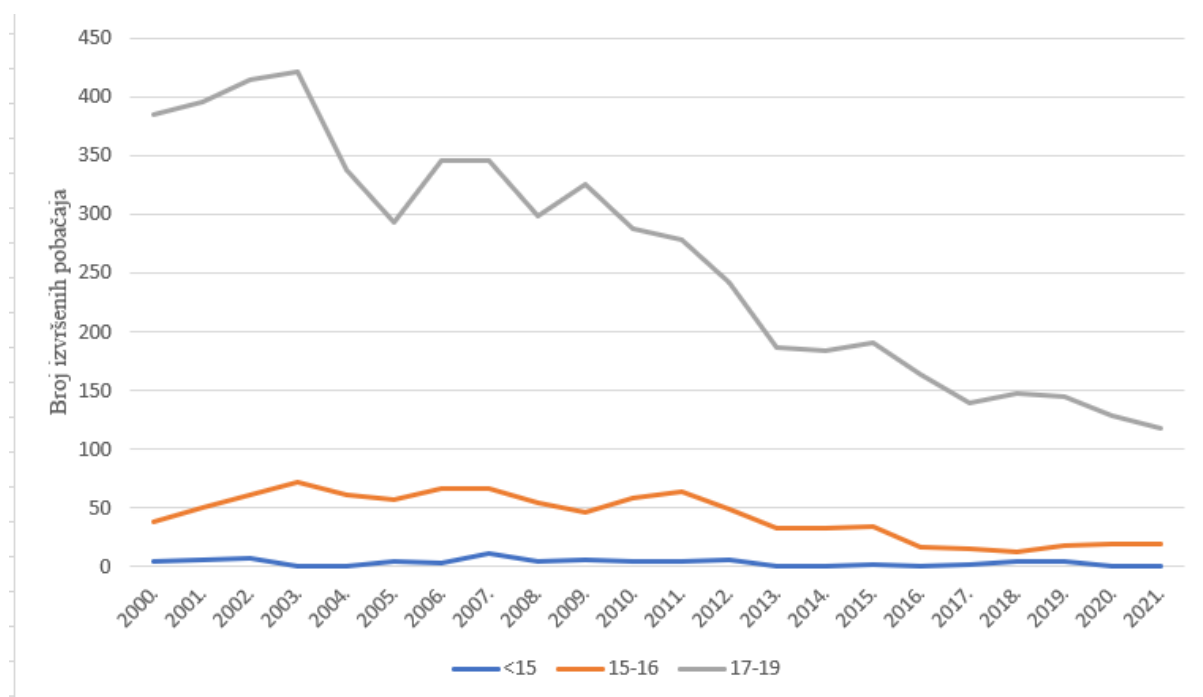
Prikupljeni podaci uneseni su u Microsoft Office Excel 2020 program za Windows. Skupni i pojedinačni rezultati prikazani su grafički.

Statistički analizirane kategorije su: legalno inducirani pobačaji po dobnim skupinama u zdravstvenim ustanovama, ukupni broj prekida trudnoće u RH, udio pojedine vrste pobačaja u ukupnom broju pobačaja, bračni status žena kod kojih je zabilježen legalno inducirani pobačaj (usporedba s brojem sklopljenih i razvedenih brakova), razlozi za legalno inducirani prekid trudnoće, korištene metode kontracepcije u slučaju legalno induciranih pobačaja na zahtjev žene, prekid trudnoće s obzirom na starost ploda (u tjednima), usporedba ukupnog broja pobačaja i broja hospitalizacija u zdravstvenim ustanovama zbog komplikacija pobačaja, usporedba broja legalno induciranih pobačaja na 1000 živorođenih kod žena ispod 20 i iznad 35 godina u RH i određenim europskim zemljama, dostupnost pobačaja u RH te zastupljenost priziva savjesti u zdravstvenim ustanovama. Statistički je uspoređen broj pobačaja u RH s prirodnim kretanjem stanovništva i općom stopom fertiliteta.

4. REZULTATI

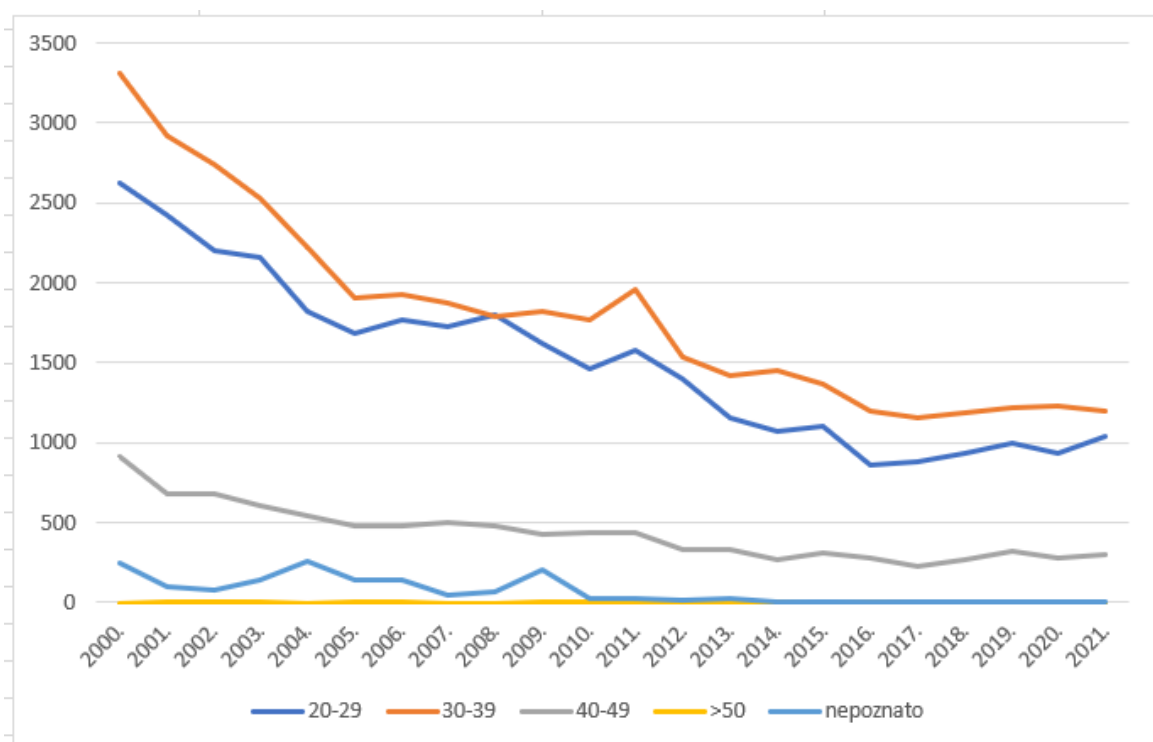
4.1. Legalno inducirani pobačaji po dobnim skupinama u zdravstvenim ustanovama

U vremenskom razdoblju od 2000. do 2021. godine u RH je obavljeno ukupno 6 796 legalno induciranih pobačaja. U skupini „Adolescentice“, po broju legalnog prekida trudnoće prevladava dobna kategorija 17-19 godina s ukupno 5 770 pobačaja (85%), nakon čega slijedi dobna kategorija 15-16 godina s 974 pobačaja (14.3%) te dobna kategorija mlađih od 15 godina s 79 pobačaja (1,2%) (Slika 3.). Također se, osim dostatne razlike u broju izvršenih pobačaja, između grupe 17-19 i ostalih grupa može zamijetiti razlika u putanji krivulja kroz promatrano razdoblje. Za dobne skupine <15 i 15-16 godina postoji relativno ujednačen broj legalno induciranih pobačaja kroz čitavo razdoblje, dok u dobnoj skupini 17-19 dolazi do smanjenja zabilježenih legalno induciranih pobačaja. U toj dobnoj kategorije vrijednosti variraju od maksimalnog broja u 2003. godini (493) do minimalnih (138) u 2021. godini. Za dobnu skupinu <15 maksimalni broj pobačaja je 11 (2007.); za skupinu 15-16 maksimalni broj pobačaja je 72 (2003.), a minimalni 13 (2018.).



Slika 3. Legalno inducirani pobačaji- Adolescentice (2000.-2021. godine)

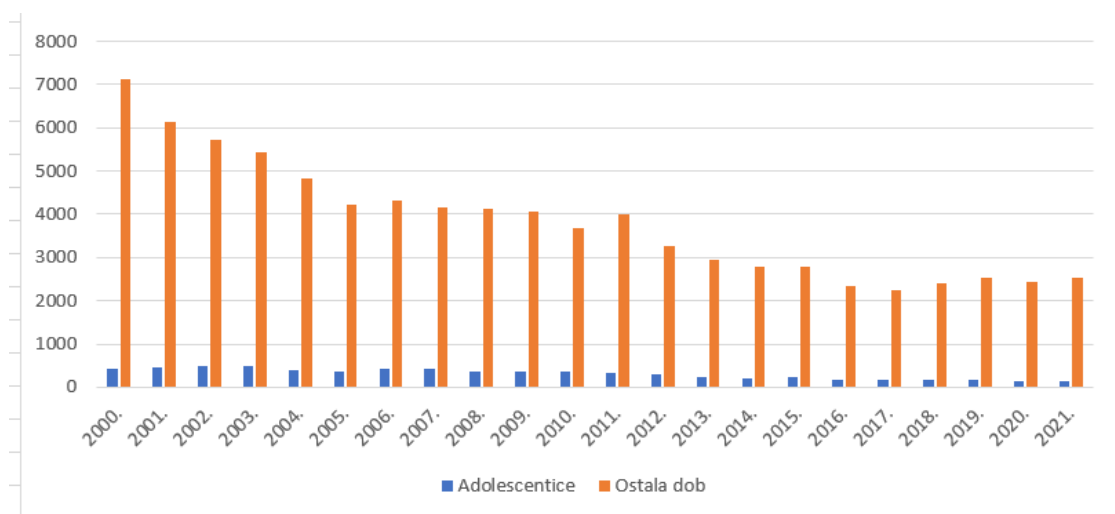
Sljedeća kategorija „Ostala dob“ prikazuje dosta drugačije podatke, što se može iščitati iz krivulja grafa, ali i iz brojčanih podataka (Slika 4.). Naime, za vremensko razdoblje od 2000. do 2021. godine, kategorija „Ostala dob“ obuhvaća ukupno 84 080 legalno induciranih prekida trudnoće. Najveći postotak zauzima dobna skupina 30-39 s ukupno 39 715 legalnih prekida trudnoće (47%), zatim skupina 20-29 s 33 240 prekida trudnoće (39%) te skupina 40-49 s 9 577 prekida trudnoće (11%). Najmanji udio u ukupnom broju legalno induciranih prekida trudnoće ima dobna skupina >50 godina starosti (24 - 0.028%). Prisutna je i kategorija „Nepoznato“ s 1 524 prekida trudnoće (1,8%), za koje se ne zna točno u kojoj godini života je ženi bio izvršen pobačaj.



Slika 4. Legalno inducirani pobačaji - Ostala dob (2000.-2021. godine)

Iz Slike 4. može se iščitati da u većini dobnih skupina, osim skupine >50, postoji silazna putanja, tj. da se broj legalno induciranih pobačaja smanjuje kroz godine. Ako se najprije pogleda dobna skupina s najvećim brojem prekida trudnoće, 30-39, maksimum se javlja 2000. (3 312 prekida trudnoće) te kroz godine linearno pada do svog minimuma u 2021. godini (1 197 prekida trudnoće). Sljedeća skupina, koja također broji prekide trudnoće u tisućama, je 20-29. Slično kao i u prethodnoj skupini, i u ovoj je maksimalni broj legalno induciranih prekida trudnoće bio u 2000. godini te je kroz godine taj broj opadao do 861 (2016. godine). Preostala dobna skupina, 40-49, imala je relativno stabilan broj prekida trudnoće kroz godine, s malim

porastom između 2000. i 2005. godine (maksimum - 916 u 2000. i minimum - 227 u 2017. godini).



Slika 5. Usporedba ukupnog broja pobačaja između grupe "Adolescentice" i "Ostala dob" (2000.-2021. godine)

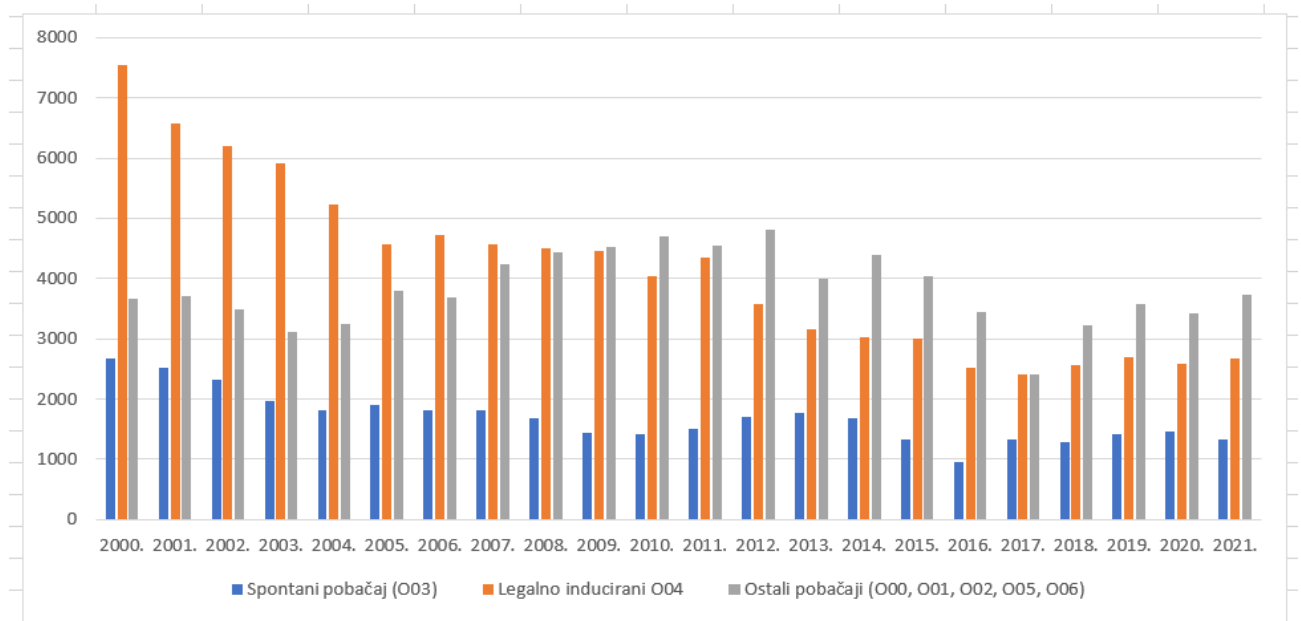
Iz Slike 5. može se zaključiti kolika značajna razlika postoji između dvije promatrane grupe u broju legalno induciranih prekida trudnoće. Analizirajući dobne kategorije, ukupni broj prekida trudnoće kategorije „Ostala dob“ u odnosu na kategoriju „Adolescentice“ je 12,4 puta veći, s najvećom razlikom u broju 2000.godine. Obe kategorije prikazuju trend opadanja broja legalno induciranih prekida trudnoće.

4.2. Ukupan broj prekida trudnoće u Republici Hrvatskoj

Praćene su tri podjele prekida trudnoće: spontani pobačaj (O03), legalno inducirani pobačaj (O04) te ostali pobačaji (Slika 6.). U kategoriju ostalih pobačaja svrstana je izvanmaterična trudnoću (O00), hidatidozna mola³ (O01), ostali abnormalni produkti začeca (O02), ostali pobačaji (O05) te nespecifični pobačaji (O06). Za vremensko razdoblje 2000.-2021. godine, zabilježeno je ukupno 212 108 prekida trudnoće, među kojima prevladavaju legalno inducirani pobačaji s 43% (90 877), ostali pobačaji s 40% (84 185) te spontani pobačaji s preostalih 17% (37 046). Brojnost spontanih pobačaja je tijekom godina ostala relativno ista, prelazeći brojku od 2 000 tri puta u promatranom razdoblju od 21 godine (2 666 u 2000., 2 512 u 2001. i 2 313

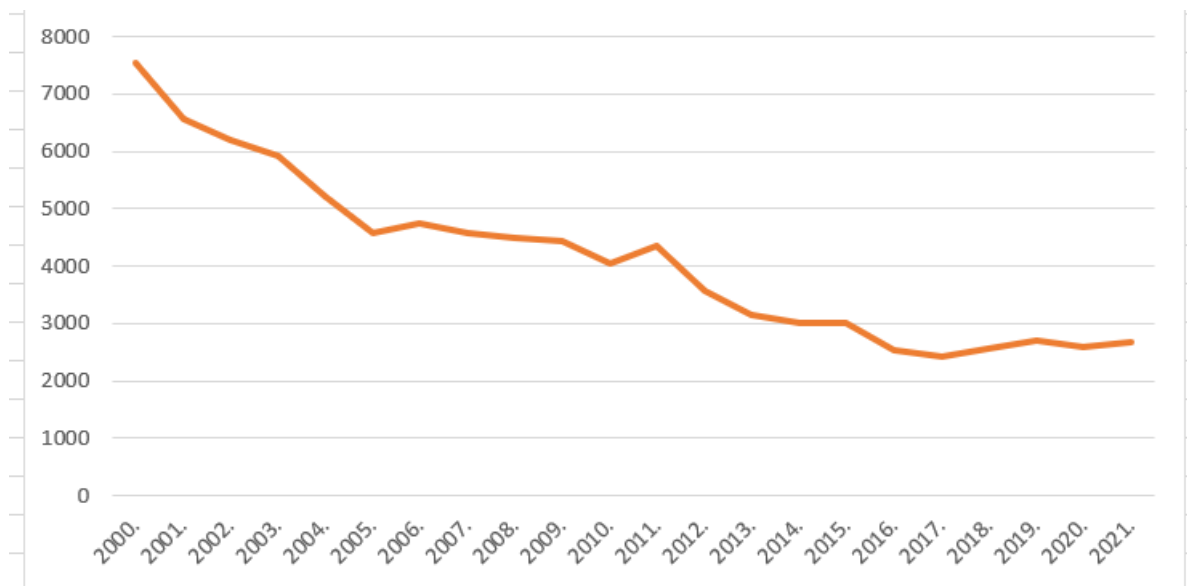
³ Hidatidozna mola - „može se razviti od stanica koje zaostaju nakon pobačaja ili donešene trudnoće ali se najčešće razvija od oplodjene jajne stanice kao nezavisna nenormalna izraslina (molarna trudnoća)“, izvor: https://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-za-pacijente/specifne-bolesti-zena/rak-zenskog-spolnog-sustava/hidatiformna-mola-hrv-grozdasta-potajnica_

u 2002. godini). Svaka godina nakon toga rezultirala je sve manjim brojem prijavljenih spontanih pobačaja, do eventualnog minimuma u 2016. godini (944).



Slika 6. Vrste i broj prekida trudnoće (2000.-2021. godine)

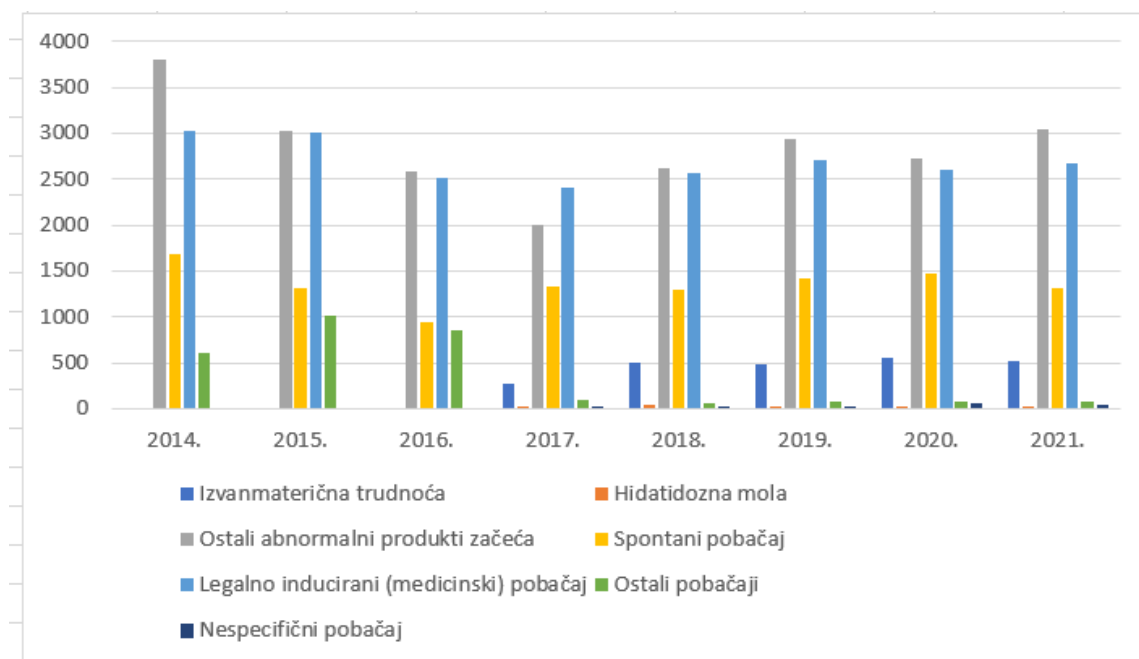
Na Slici 6. i 7. može se uočiti da, iako legalno induciranih pobačaja ima u najvećem broju, nije zanemariv njihov pad kroz godine. Iako u padu, kroz 21 promatranu broj legalno induciranih pobačaja nikad nije pao ispod 2 500, s maksimumom od 7 534 u 2000. godini.



Slika 7. Legalno inducirani pobačaji (O04) - na zahtjev žene (2000.-2021. godine)

4.3. Udio pojedine vrste pobačaja u ukupnom broju pobačaja

Slika 8. detaljnije prikazuje podatke ih prethodnog poglavlja. Naime, u prijašnjim godinama do 2017. godine, izvanmaterična trudnoća i hidatidozna mola svrstavane su u zajedničku kategoriju „Ostali pobačaji (O00 i O01)“. Na temelju toga ne može se zaključiti u kojem omjeru su bili brojevi prekida trudnoće izazvani hidatidoznom molom i izvanmateričnom trudnoćom. Kategorija „Ostali abnormalni produkti začeca“ pokrivaju odumrlo jajašce i nehidatidoznu molu, neostvareni pobačaj, ostale specificirane abnormalne produkte začeca te abnormalne produkte začeca (nespecificirani).

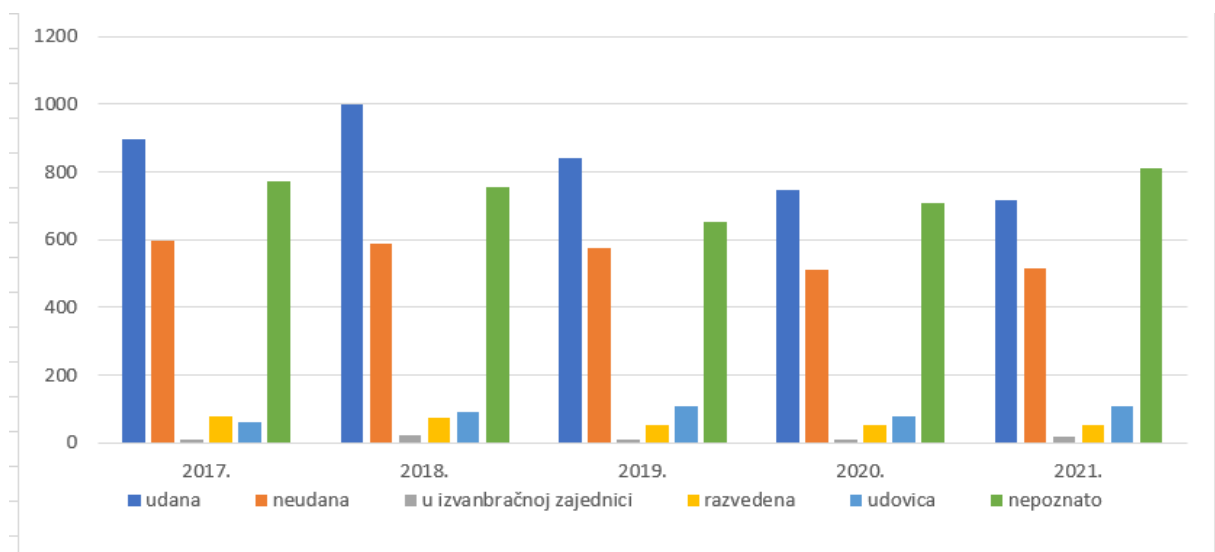


Slika 8. Udio pojedine vrste pobačaja u ukupnom broj pobačaja (2014.-2021. godine)

Ako promatramo vremensko razdoblje od 2014. do 2021. godine, zabilježen je ukupan broj od 60 437 prekida trudnoće. U tom broju prevladava kategorija „Ostali abnormalni produkti začeca“ sa 38% (22 736 slučajeva), legalno inducirani pobačaji sa 35% (21 487 slučajeva) te spontani pobačaj sa 18% (10 757 slučajeva). Na Slici 8. vidljia je godina u kojoj se izvanmaterična trudnoća i hidatidozna mola počinju gledati kao zasebne kategorije. U vremenskom razdoblju od 2017. do 2021. godine izvanmaterična trudnoća, kao uzrok prekida trudnoće, javlja se u 2 334 slučajeva (3,7%), dok je hidatidozna mola zabilježena u 128 slučajeva (0,21%). Kategorija „Ostali pobačaji“ prisutna je u navedenom vremenskom razdoblju sa 2 848 slučajeva (4,7%), a nespecificni prekidi trudnoće čine 0,2% ukupnog broja pobačaja (147 slučajeva).

4.4. Bračni status žena kod kojih je zabilježen legalno inducirani pobačaj

Ovim istraživanjem obuhvaćeno je 11 517 žena kojima je izvršen legalno inducirani prekid trudnoće u vremenskom razdoblju između 2017. i 2021. godine. Na Slici 9. vidljivo je da, prema broju izvršenih prekida trudnoće, u svakoj godini prevladavaju udane žene (36% - 4 201 žena). Kategorija „Nepoznato“ se nalazi na drugom mjestu s 3 700 pobačaja (32%). Neudane žene su zastupljene s 24% (2 792 žene). Najmanji udio čine razvedene žene (2,75% - 312) i udovice (3,9% - 448). I ovdje se može uočiti silazna putanja dijela kategorija (udane žene, nepoznato, neudane žene), dok se može zamijetiti da kategorije poput udovica i razvedenih žena s vremenom rastu, iako u malim i skoro neprimjetnim brojevima.

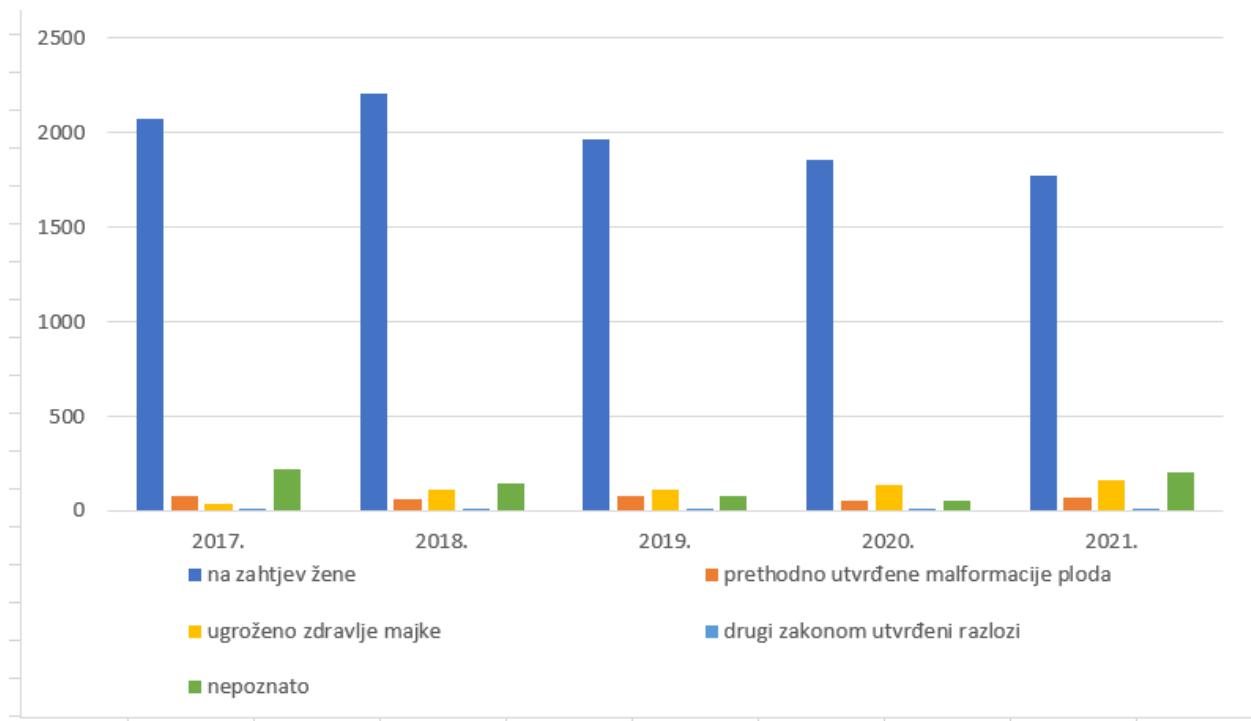


Slika 9. Bračni status žena sa legalno induciranim pobačajem (2017.-2021. godine)

4.5. Razlozi za legalno inducirane prekide trudnoće u RH

Razlozi za legalno inducirane prekide trudnoće promatrani su kroz vremensko razdoblje od 2017. do 2021. godine. Analizirajući kategorije koje su vidljive na Slici 10., može se zaključiti da uvelike brojčano prevladava jedna od kategorija. Od ukupno 11 517 zabilježenih pobačaja, čak 86% (9 876) bilo je na zahtjev trudne žene. Može se uočiti da u promatranom razdoblju broj nikada ne pada ispod 1 700, s maksimumom u 2018. godini (2 206 pobačaja na zahtjev žene). U ostalim kategorijama razlozi prekida trudnoće variraju. U većini slučajeva razlozi su nepoznati/nenavedeni (6,1% tj. u 703 slučaja), ugroženo zdravlje majke zastupljeno je s 4,8% (551 slučaj), prethodno utvrđene malformacije ploda s 2,9% (332 slučaja) te drugi zakonom utvrđeni razlozi s 0,48% (55 slučaja). Također, vidljiv je relativno malen pad broja pobačaja na zahtjev žene kroz godine. Prelaskom u 2019. godinu pad broja legalnih pobačaja na zahtjev

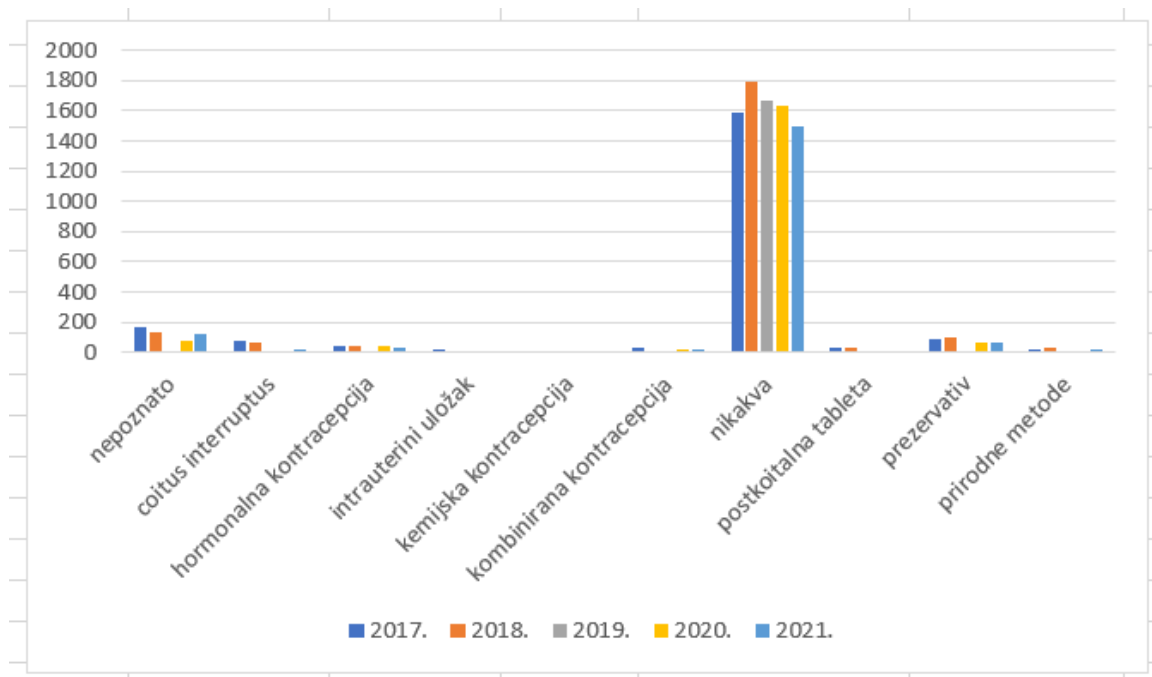
žene pada za 10,8%, prelaskom u 2020. godinu pada za 5,49% te u 2021. godini pad broja pobačaja na zahtjev žene iznosi 4,57%. Ostale kategorije ostaju u relativno jednakom brojčanom rasponu kroz godine.



Slika 10. Razlozi za legalno inducirane pobačaje (2017.-2021.)

4.6. Korištene metode kontracepcije u slučajevima legalno induciranih pobačaja na zahtjev žene

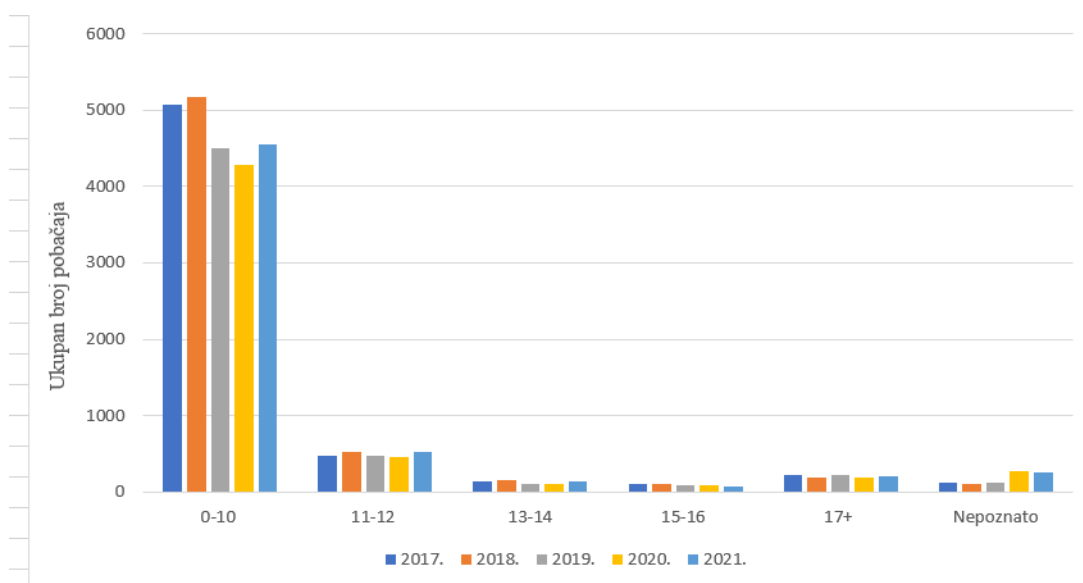
Slika 11. prikazuje korištene metode kontracepcije u legalno induciranim pobačajima na zahtjev žene u razdoblju od 2017. do 2021. godine. Može se uočiti drastična brojčana razlika u usporedbi jedne kategorije s ostalima. Nekorištenje kontracepcije prevladava u svakoj godini te u niti jednoj godini promatranog razdoblja ne pada ispod 1 400. Nekorištenje kontracepcije čini 85% (8 181) ukupnog broja prijavljenih pobačaja putem individualnih prijava. Od ostalih kategorija korištene kontracepcije, osim prezervativa s 3,3%, prekinutog snošaja s 1,7% i hormonalne kontracepcije s 1,7%, ni jedna druga ne prelazi 1% ukupnog broja prijavljenih pobačaja.



Slika 11. Korištene metode kontracepcije kod legalno induciranih pobačaja na zahtjev žene (2017.-2021.)

4.7. Prekid trudnoće s obzirom na starost ploda (u tjednima) u RH

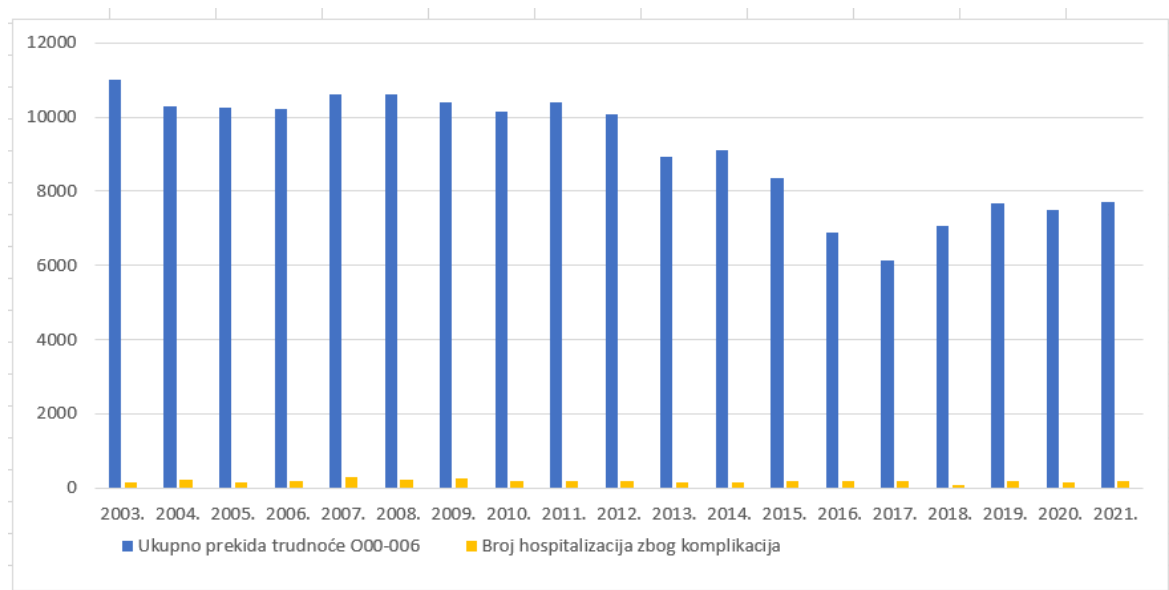
U razdoblju od 2017. do 2021. godine analizirano je 29 044 zabilježena pobačaja. Najčešći prekid trudnoće, s čak 81% (23 592 slučaja), obavlja se kada je fetus star 0-10 tjedana (Slika 12.). Učestalost prekida trudnoće sa starosti fetusa 11-12 tjedana iznosi 8,3% (2 436 slučaja). Najmanju učestalost prekida trudnoće ima razdoblje u kojem je plod star 15-16 tjedana (1,6% tj. 457 slučaja), nakon čega slijedi razdoblje sa starosti fetusa 13-14 tjedana (648 slučaja). U razdoblje u kojem starost fetusa iznosi i/ili prelazi 17 tjedana zabilježeno je 1 030 slučajeva (3,6 %) prekida trudnoće, što je treće najveće razdoblje prema brojnosti prekida trudnoće.



Slika 12. Starost ploda (u tjednima) u vrijeme prekida trudnoće (2017.-2021.)

4.8. Usporedba ukupnog broja pobačaja i broj hospitalizacija u zdravstvenim ustanovama zbog komplikacija pobačaja

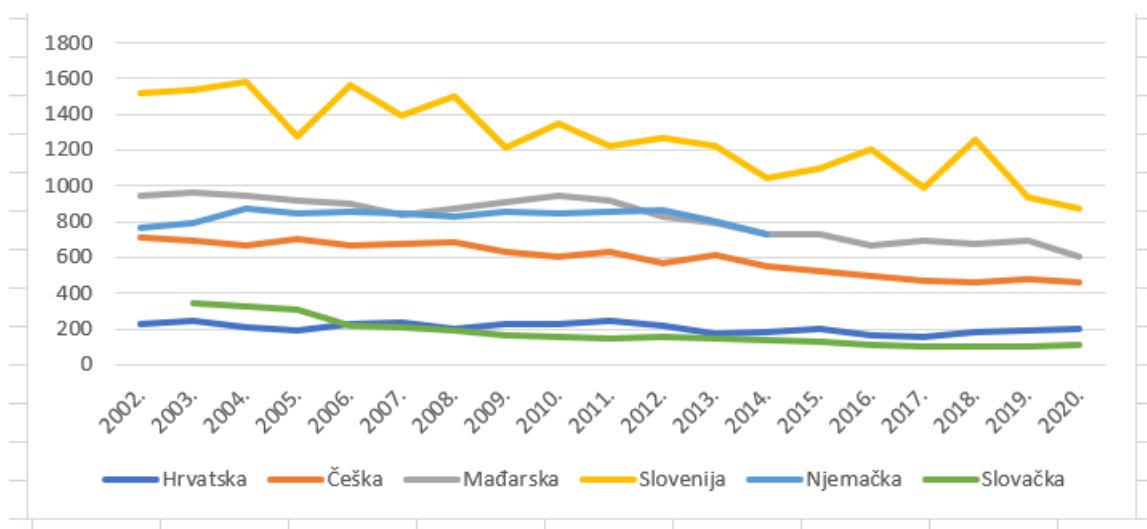
Slika 13. prikazuje ukupan broj prekida trudnoće (obuhvaća sve kategorije od O00 do O06: izvanmaterična trudnoća, hidatidozna mola, ostali abnormalni produkti začeća, spontani pobačaj, legalno inducirani (medicinski) pobačaj, ostali pobačaji, nespecifični pobačaji) i broj hospitalizacija zbog komplikacija pobačaja u razdoblju od 2003. do 2021. godine. Promatranjem slike može se zaključiti da tek u 2013. godini ukupni broj pobačaja počinje padati ispod 10 000 i postupno se nastavlja smanjivati do 2018. godine kada broj počinje rasti. U ovom razdoblju, od ukupno 17 3431 prekida trudnoće, najveći broj zabilježen je 2003. godine (10 999 ukupnih pobačaja), dok je najmanji zabilježen u 2017. godini (6 145 ukupnih pobačaja). U odnosu na ukupan broj prekida trudnoće, broj hospitalizacija zbog komplikacija je iznimno malen, te za spomenuto razdoblje iznosi 3 452. Najmanji broj hospitalizacija ostvario se 2018. godine, sa samo 73 hospitalizacije. S druge strane, 2007. godine zabilježen je najveći broj hospitalizacija nakon prekida trudnoće te broji čak 280. Smrtnih slučajeva zbog komplikacija nakon prekida trudnoće bilo je samo u par te se ne mogu vizualno prikazati. To je bilo 2004. godine kada je umrla jedna žena i 2007. godine kada su umrle dvije žene.



Slika 13. Usporedba ukupnog broja prekida trudnoće i broja hospitalizacija zbog komplikacija prekida trudnoće (2003.-2021.)

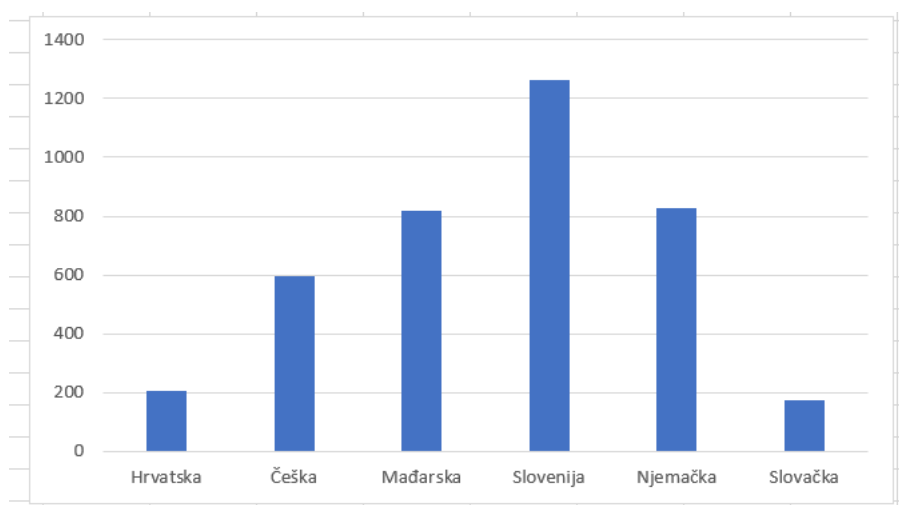
4.9. Usporedba broja legalno induciranih pobačaja na 1000 živorođenih kod žena ispod 20 godina u RH i određenim europskim zemljama

Kao što je već prije spomenuto, u RH je zabilježen trend pada prekid trudnoća za dobne skupine 17-19 te relativno stagnerajuća linija za dobne skupine mlađe od 15 godina i do 16 godina. U sličnoj situaciji je i Slovačka, dok za Češku, Mađarsku i Njemačku brojevi legalno induciranih prekida trudnoće variraju između 400 i 1000 (Slika 14.). Njemačka, koja među spomenutim državama ima najveći broj stanovnika, nalazi se u sredini s oko 827 legalno induciranih prekida trudnoće u razdoblju 2002.-2014. Prema popisu stanovništva iz 2021.godine, među ovim državama Slovenija ima najmanji broj stanovnika, nešto preko 2 milijuna, ali kroz svaku godinu prednjači u broju izvođenih prekida trudnoće. Na slici se može uočiti da ne postoji izrazita linija pada ili porasta; brojevi prekida trudnoće za žene ispod 20 godina ostaju relativno približni svojim početnim vrijednostima, uz iznimku Slovenije.



Slika 14. Usporedba broja legalno induciranih pobačaja na 1000 živorođenih kod žena ispod 20 godina u RH i određenim europskim zemljama (2002.-2020.)

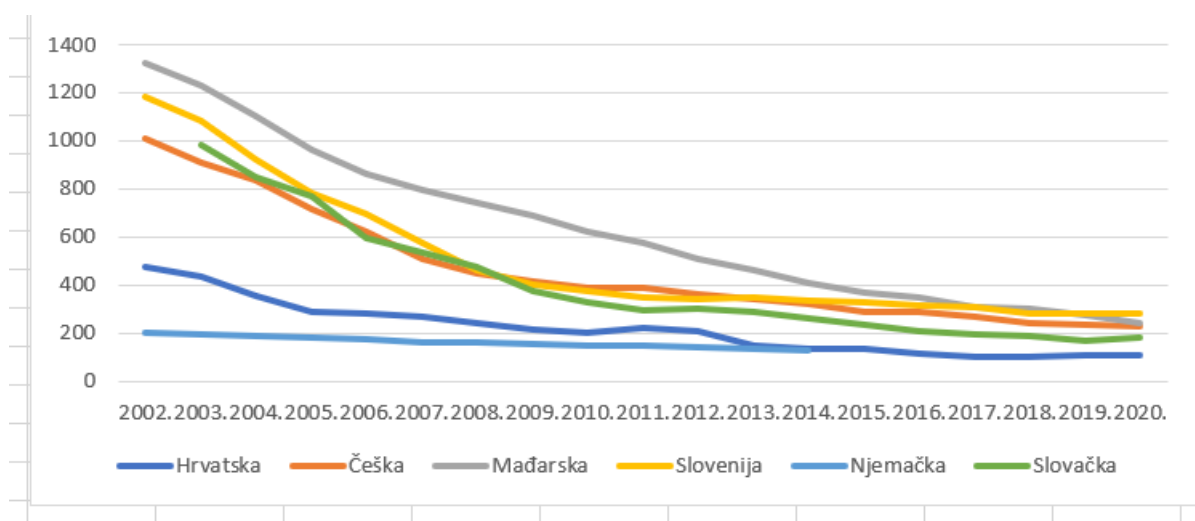
Za dobnu skupinu žena ispod 20 godina u vremenskom razdoblju od 2002. do 2020. godine, prosječni broj legalno induciranih prekida trudnoće u RH je 206 (Slika 15.). Ako usporedimo prosjek Hrvatske s prosjekom ostalih država navedenih na Slici 16., može se zaključiti da Češka ima 2,8 puta veći prosječan broj legalno induciranih pobačaja (594) a Mađarska 3,9 puta veći prosjek (818). Najveća razlika u spomenutom razdoblju vidljiva je iz usporedbe broja prekida trudnoće između Hrvatske i Slovenije, gdje je u Sloveniji zabilježeno čak 6,1 puta više pobačaja (1 265). Za Njemačku su bili dostupni podaci samo za godine od 2002. do 2014. Uspoređujući to razdoblje s istim u RH (prosjek 216,14 pobačaja), i dalje stoji da je u Njemačkoj izvedeno 3,8 puta više (827) legalno induciranih prekida trudnoće nego u Hrvatskoj. Jedina država koja ima manje zabilježenih izvršenih prekida trudnoće je Slovačka, s 1,18 puta manjim brojem (175) nego što to ima Hrvatska.



Slika 15. Prosječni broj legalno induciranih prekida trudnoće kod žena ispod 20 godina (2002.-2020.)

4.10. Usporedba broja legalno induciranih pobačaja na 1000 živorođenih kod žena iznad 35 godina u RH i određenim europskim zemljama

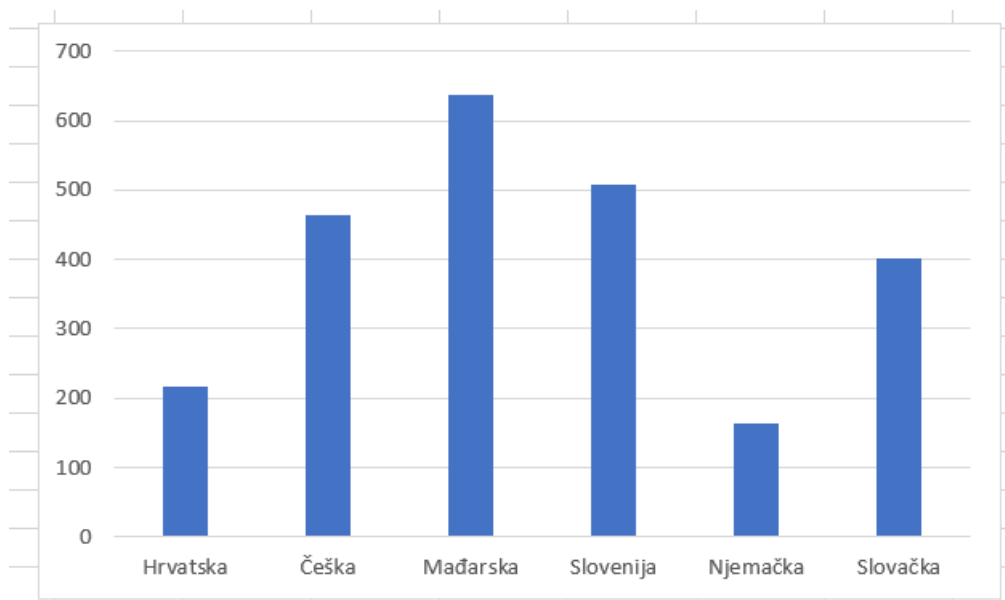
Za razliku od prijašnje slike, Slika 16. prikazuje potpuno drugačije podatke. Može uočiti izniman trend opadanja broja legalno induciranih pobačaja za sve spomenute države, osim Njemačke i Hrvatske. Za Mađarsku, Sloveniju, Slovačku i Češku vidljiva je drastična promjena u razdoblju od 2002. do 2012. godine, nakon čega izgleda da broj legalno induciranih prekida trudnoće u većini slučajeva stagnira kroz godine. Na slici se ističe putanja Mađarske, koja je u vremenskom razdoblju od 2002. do 2020. godine, s prosječnim brojem od 637 legalno induciranih pobačaja godišnje, pala od maksimalnog broja prekida trudnoće 1 321 (2002. godine) na 241 (2020. godine). Taj broj i dalje nastavlja opadati. U Hrvatskoj je također zabilježen pad broja legalno induciranih prekida trudnoće kod žena iznad 35 godina. U RH je najveći broj legalno induciranih pobačaja iznosio 473 (2002. godine) te se bilježi linearni pad kroz sljedeće godine, s minimalnim brojem od 98 (2017. godine).



Slika 16. Usporedba broja legalno induciranih pobačaja na 1000 živorođenih kod žena iznad 35 godina u RH i određenim europskim zemljama (2002.-2020.)

Prosječan ukupan broj legalno induciranih prekida trudnoće u RH za razdoblje 2002.-2020. godine kod žena iznad 35 godina iznosi 217 (Slika 17.). Ako u ovoj dobnoj skupini usporedimo prosjeke s ostalim već spomenutim državama, rezultati su dosta drugačiji od onih dobivenih u dobnoj skupini žena mlađih od 20 godina. Za vremensko razdoblje od 2002. do 2020. godine, podaci za Češku prikazuju 2,14 puta veći broj prekida trudnoće (465), za Mađarsku 2,9 puta veći broj (637), za Sloveniju 2,3 puta veći (507), a za Slovačku 1,8 puta veći broj (401) zabilježenih legalno induciranih prekida trudnoće u odnosu na Hrvatsku. Kao i u prijašnjem

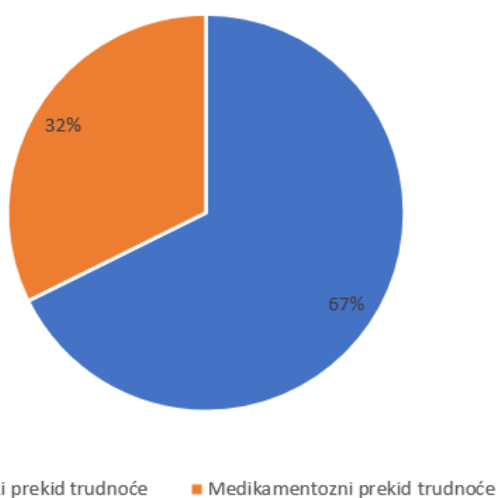
slučaju, za Njemačku su bili dostupni samo podatci od 2002. do 2014. godine kada je prosjek prekida trudnoće bio 163. Ukoliko se analizira to vremensko razdoblje i u Hrvatskoj, dobiva se prosjek od 266 prekida trudnoće. Prema tome, prosječni broj legalno induciranih prekida trudnoće je 1,6 puta manji u Njemačkoj nego u Hrvatskoj.



Slika 17. Prosječni broj legalno induciranih prekida trudnoće kod žena iznad 35 godina (2002.-2020.)

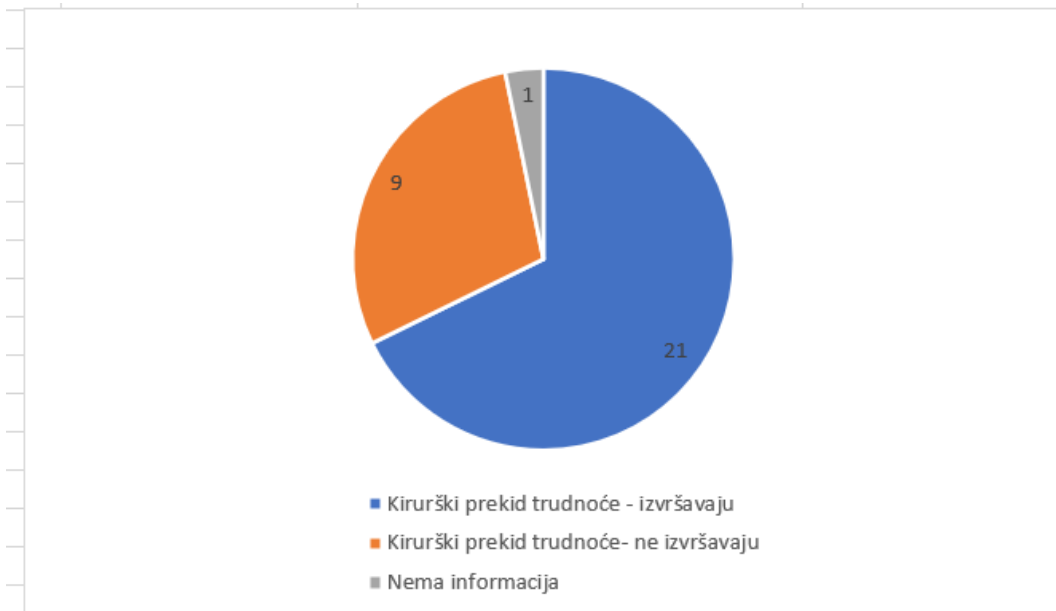
4.11. Dostupnost pobačaja u Republici Hrvatskoj

Ovo istraživanje obuhvaća 31 zdravstvenu ustanovu u RH u kojoj se može obaviti prekid trudnoće. Od te 31 zdravstvene ustanove, 21 (67%) izvršava kirurški prekid trudnoće, dok samo 10 (32%) ima i opciju medikamentoznog prekida trudnoće (Slika 18.).



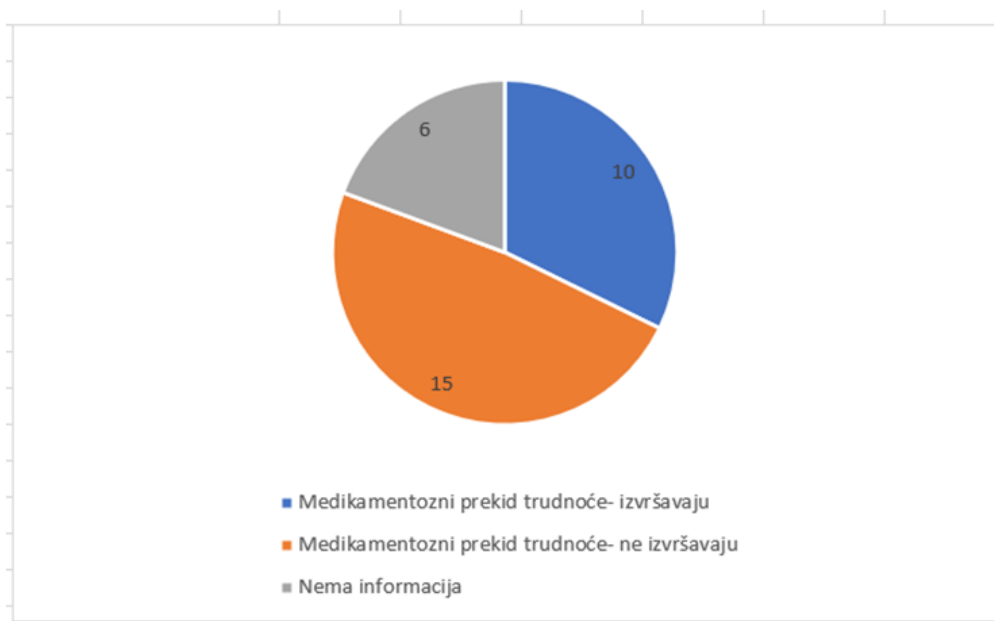
Slika 18. Usporedba broja izvođenja kirurškog i medikamentoznog prekida trudnoće u zdravstvenim ustanovama u RH

Kako je navedeno, od 31 zdravstvene ustanove koje su osposobljene za izvođenje pobačaja, 21 ustanova (67%) ga izvršava, 9 ustanova ga ne izvršava (29%), a za OB Karlovac nema informacija (Slika 19.).



Slika 19. Broj zdravstvenih ustanova u RH koje izvršavaju kirurški prekid trudnoće

S druge strane, još je gora situacija za medikamentozni prekid trudnoće (Slika 20.). Od 31 zdravstvene ustanove koje izvršavaju pobačaj, 15 (48%) ih ne izvodi medikamentozni prekid trudnoće, 10 (32%) izvodi, a za šest (19%) nisu dostupne informacije.

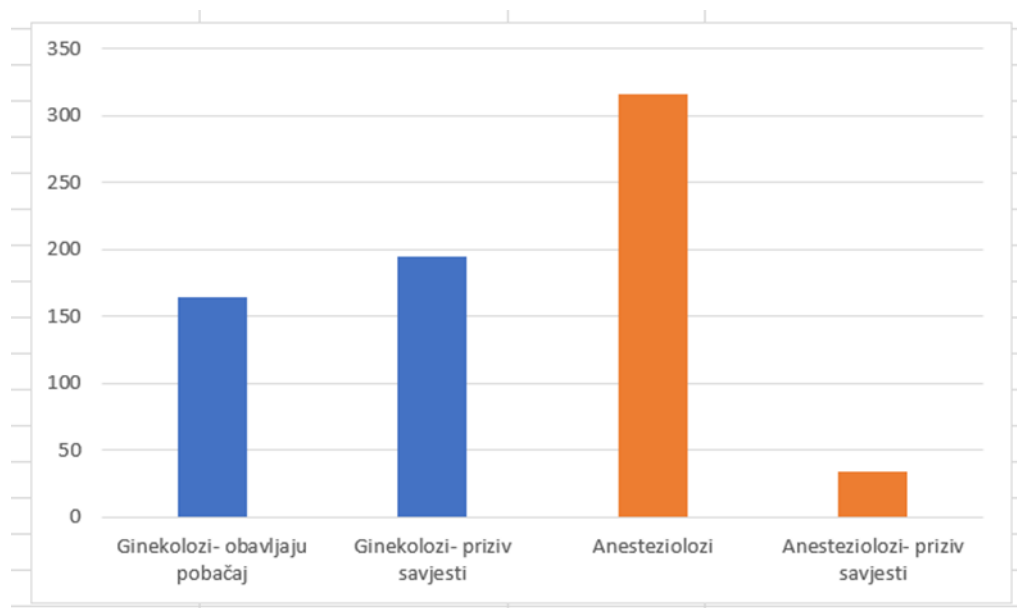


Slika 20. Broj zdravstvenih ustanova u RH koje provode medikamentozni prekid trudnoće

4.12. Priziv savjesti u zdravstvenim ustanovama u Republici Hrvatskoj

Od ukupno dostupnih podataka za 29 zdravstvenih ustanova u Republici Hrvatskoj, 3 zdravstvene ustanove ne obavljaju pobačaj na zahtjev trudnice (KB Sveti Duh, OB Nova Gradiška, OŽB Našice). Tri zdravstvene ustanove obavljaju prekid trudnoće na zahtjev žene, ali imaju ugovor o izvođenju namjernih pobačaja s izvanbolničkim ginekologom koji dolazi po potrebi (OŽB Vinkovci i OB Virovitica) ili imaju ugovorni odnos a djelatnicima koji nisu zaposlenici ali sudjeluju u pobačaju (OŽB Požega).

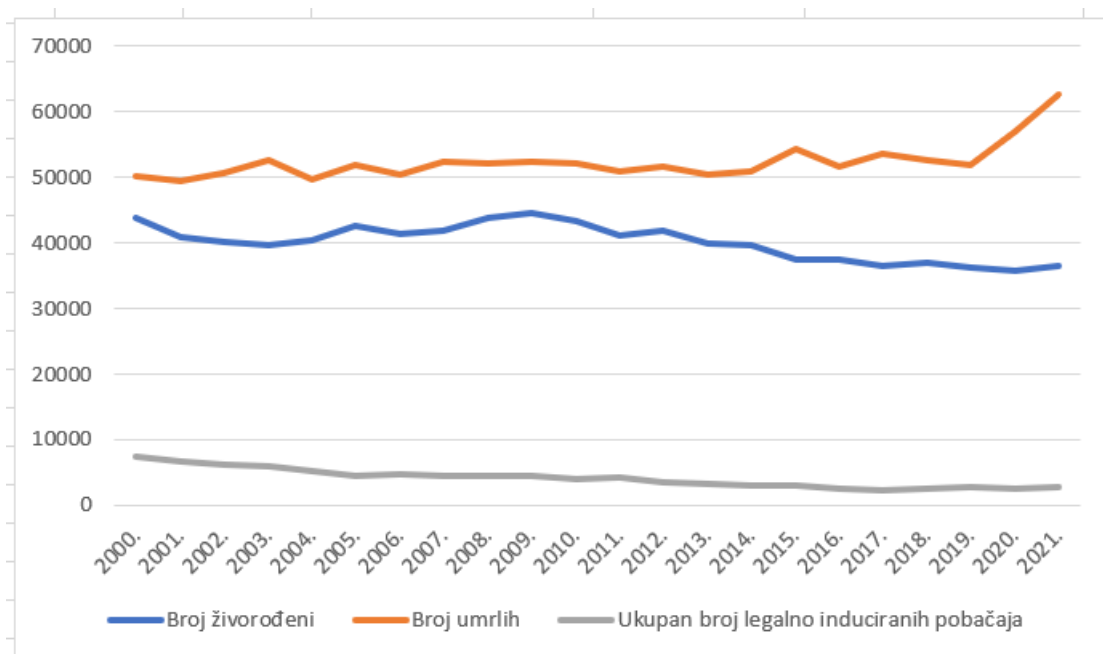
Preostalih 26 zdravstvenih ustanova u RH koje izvršavaju pobačaj na zahtjev žene imaju ukupno 359 ginekologa, od kojih samo 45,7% (164 ginekologa) izvršavaju prekid trudnoće na zahtjev žene dok se ostalih 195 pozivaju na priziv savjesti (Slika 21). Od ukupno 316 zaposlenih anesteziologa kroz 26 zdravstvenih ustanova, samo 10,7% (34 anesteziologa) se poziva na priziv savjesti (Slika 22.).



Slika 21. Broj ginekologa i anesteziologa koji se pozivaju na priziv savjesti u zdravstvenim ustanovama u RH koje provode pobačaj na zahtjev žene

4.13. Usporedba prirodnog kretanja stanovništva RH i ukupnog broja legalno induciranih pobačaja

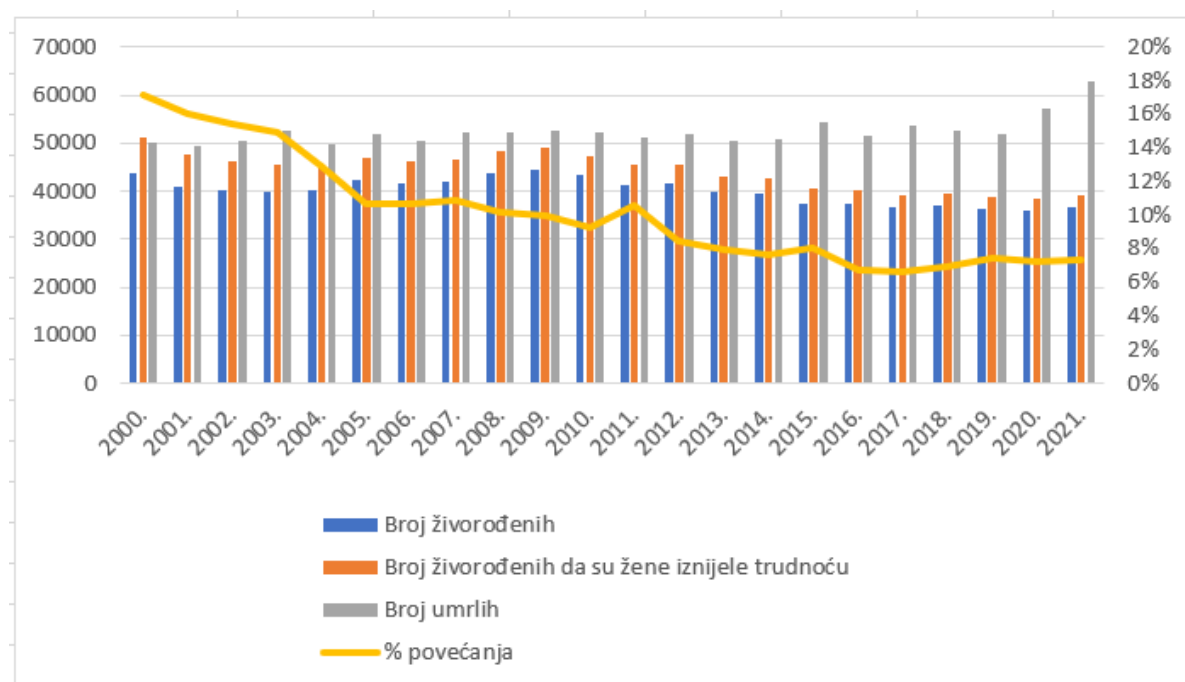
Prema Slici 22. može se zaključiti da se Hrvatska u razdoblju od 2000. do 2021. godine nalazila u demografskoj krizi jer je broj umrlih bio veći od broja živorođenih. Broj umrlih pada ispod 50 000 samo u 2001. (49 552) i 2004. godini (49 756), a najveći broj umrlih javlja se 2021. godine (62 712 smrti). Za razliku od broja umrlih, u kojem kroz godine ima nekoliko varijacija među brojevima, broj živorođenih linearno opada s godinama, osobito nakon 2010. godine. Broj legalno induciranih pobačaja također prati liniju pada u analiziranom razdoblju, te pada od 7 534 legalno induciranih pobačaja u 2000. godini do najmanjeg zabilježenog broja od 2 520 u 2016. godini, kroz sve dobne skupine (od <15 do >50 godina). Prema do sada dostupnim podacima, može se vidjeti kako ustvari obje linije imaju različit trend kretanja počev od 2014. godine. Nakon 2018. uočava se uzlazni trend linije broja umrlih, dok suprotno tome, linija živorođenih opada.



Slika 22. Usporedba broja živorođenih, umrlih i broja legalno induciranih pobačaja u RH (2000.-2021.)

Pretpostavimo li situaciju da se navedeni broj prekida trudnoća (90 876 pobačaja) za vremenski interval od 2000. do 2021. godine nije ostvario već da su žene odlučile zadržati dijete ili je dijete bilo dovoljno zdravo (bez abnormalnosti koje su uzrokovale spontani pobačaj) da preživi punu trudnoću, slika bi bila potpuno drugačija (Slika 23.). U ovom slučaju veći je broj živorođenih nego što je to prikazuje Slika 23., što je i normalno za zaključiti obzirom da se sada svakoj godini stvarnom broju živorođenih pridaje i broj pobačaja koji je za tu godinu ostvaren

na području RH. Da su žene odlučile ne prekinuti trudnoću (ili da nije došlo do spontanog pobačaja), za svaku godinu bi postojao prirast od minimalno 6,7% u ukupnom broju živorođenih. Najveći prirast bio bi zabilježen 2000. godine (17,2%) a najmanji 2016. godine (6,7%). Na Slici 24. može se primijetiti da bi za određene godine, od 2001. do 2014., broj živorođenih skoro bio jednak broj umrlih, dok bi broj živorođenih u 2000. godini čak bio veći od broja umrlih.

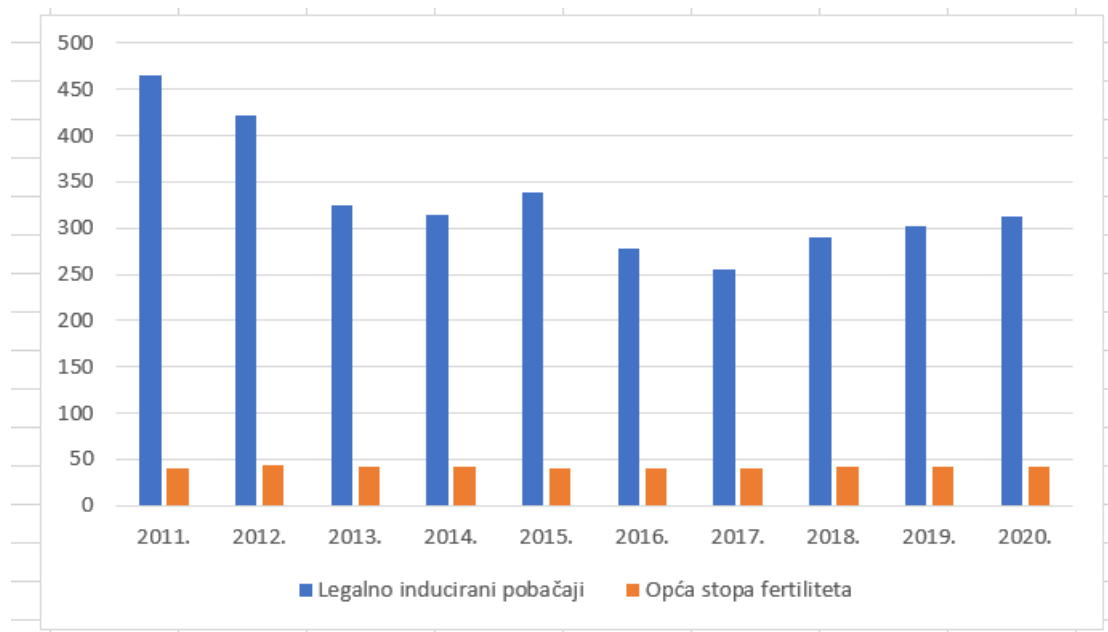


Slika 23. Pretpostavka ukupnog broja živorođenih u RH u slučaju da su žene iznijele trudnoću do kraja termina (2000.-2021.)

4.14. Usporedba broja legalno induciranih pobačaja na 1000 živorođenih i opće stope fertiliteta u Republici Hrvatskoj

Ukoliko se za vremensko razdoblje od 2011. do 2020. godine usporedi broj legalno induciranih pobačaja na 1000 živorođenih s brojem živorođenih na 1000 žena reproduktivne dobi (15-49 godina), može se uočiti relativno smanjenje ukupnog broja pobačaja dok broj opće stope fertiliteta ostaje relativno stabilan (Slika 24.). Za navedeno razdoblje opća stopa fertiliteta varira od 40,3 do 43,3. Usporedbom statističkih podataka obje grupe, može se zaključiti da je u svakoj od navedenih godina broj legalno induciranih pobačaja (na 1000 živorođenih) bio minimalno 6 puta veći nego broj živorođenih kod žena reproduktivne dobi. Najveća razlika između broja legalno induciranih pobačaja i broja živorođenih kod žena reproduktivne dobi bio je 2011. godine, s čak 11,4 puta više pobačaja. U sljedećim godinama (2012., 2013., 2014. i 2015.) broj legalno induciranih pobačaja i dalje je veći u odnosu na opću stopu fertiliteta (od 9,7 do 7,48

puta veći broj pobačaja). Ulaskom u 2016. godinu i do kraja 2020. godine taj broj se smanjuje ali skoro neznatno (6,25 do 7,4 puta veći broj legalno induciranih pobačaja nego broj živorođenih na 1000 žena u reproduktivnoj dobi).



Slika 24. Usporedba broja legalno induciranih pobačaja na 1000 živorođenih i opće stope fertiliteta u RH (2011.-2020.)

5. RASPRAVA

Pobačaj je medicinski zahvat koji se obavlja na zahtjev žene, do isteka desetog tjedna od začeća. Nakon toga, prekid trudnoće mora biti odobren od strane komisije prvog stupnja, i eventualno komisije drugog stupnja, ako žena priloži žalbu na odluku komisije prvog stupnja. Iako je pobačaj u RH legaliziran još od 1978. godine, s godinama je sve očitiji utjecaj Katoličke crkve, vjerskih organizacija, ali i društva, do te mjere da je početkom 2000.-ih dovedeno u pitanje pravo žena, poduprto Zakonom, o besplatnom pobačaju do kraja 10. tjedna trudnoće. To je za rezultat imalo dopunu Zakona o zdravstvu i medicinskoj zaštiti, koja je sada dala zdravstvenom osoblju opciju da, ovisno o svojoj savjesti, vjerskim i etičkim uvjerenjima, imaju pravo odbiti obavljanje zdravstvenih usluga, što uključuje i izvođenje pobačaja. Nakon uvođenja te zakonske promjene, pojavila su se različita mišljenja u hrvatskom društvu. Činjenica je da se radi o osobnoj i privatnoj temi o kojoj bi svaka žena trebala odlučivati individualno, a ne na velikoj, širokoj i državnoj razini. Istraživanje koje je provedeno 2021. godine među ženama koje su anonimno pristale govoriti o svojim iskustvima s pobačajem obavljenim u Hrvatskoj pokazalo je da su sve imale osjećaj srama, krivnje, nelagode, nemoći i straha od društvene osude, uključujući i medicinsko osoblje u zdravstvenoj ustanovi u kojoj su odlučile obaviti pobačaj (40). Isticali su se komentari poput „Srce već kuca!“, i to nekoliko puta od strane liječnika koji je obavljao pregled prije izvođenja prekida trudnoće, „ubojica djece“ te plakati i brošure protiv pobačaja („Pobačaj je ubojstvo!“ i „Sva djeca su Božji dar!“) u čekaonici zdravstvene ustanove koja „na papiru“ izvodi pobačaje.

Kao nastavak na tu problematiku, kao i na samu temu ovog istraživanja, mogu se spomenuti i neki od „manje suptilnih“ inicijativa za zaustavljanje pobačaja nego što su letci i plakati. To su 40 dana za život i Hod za živo (41,42) t. 40 dana za život je „molitvena pro-life inicijativa za život, a posredno i inicijativa za zaustavljanje abortusa“ (41). Oni smatraju da je molitva najjače oružje u borbi protiv pobačaja jer je pobačaj grijeh. Slično tome, Hod za život skreće pozornost na jedinstvenost svakog ljudskog života i kako svako dijete, rođeno ili nerođeno, treba štititi obzirom da su „najugroženija manjina u Hrvatskoj“ (42).

Obzirom da u Hrvatskoj postoji opcija i kirurškog i medikamentoznog pobačaja (kako u kojoj zdravstvenoj ustanovi) moglo bi se, proučavanjem istraživanja iz 2014. godine, elaborirati zbog kojih razloga se žene odlučuju na jednu tj. drugu opciju (16). Prvo i najvažnije pitanje je koliko je žena zaista potpuno sigurna u svojoj želji za prekidom trudnoće. Ako je nesigurna, postupak se odgađa dok ne bude u potpunosti spremna (16). Nekada to znači da sljedeći put neće moći odabrati medikamentoznu opciju. Većina žena koja odabire medikamentozni pobačaj svoj

odabir temelji na pretpostavci da je to sigurniji, manje invazivniji i privatniji postupak a ujedno time izbjegavaju kirurški zahvat tj. operaciju. Stopa uspješnosti je poprilično visoka, 95% (16). Za razliku od kirurškog prekida trudnoće, medikamentozni pobačaj traje dulje (nekoliko dana do tjedana), žena mora aktivnije sudjelovati višestrukim uzimanjem lijeka te su češće zabilježena krvarenja i grčevi (16). Obzirom da se većina medikamentoznih pobačaja odvija u domu žene, izbacivanje fetusa se također događa u većini slučajeva kod kuće. U manjem broju žena ipak treba kiruršku pomoć da se prekid trudnoće dovrši (16). S druge strane, žene koje se odluče za kirurški pobačaj neće morati vidjeti produkte začeca, krvne ugruške i slično. Kirurški pobačaj se najčešće sastoji od jednog posjeta liječniku i trajaju kraće (16). Iako je ovo invazivnija opcija, tijekom postupka se koristi anestezija te su zabilježena lagana krvarenja nakon postupka. Stopa uspješnosti je 99% (16). Oboma je zajedničko što su dostupna opcija prekida trudnoće tijekom rane trudnoće.

Na godišnjoj razini izvodi se oko 22 milijuna ilegalnih (i/ili nesigurnih) pobačaja što za rezultira smrću približno 47 000 žena (43). Već je spomenuto da je u nekim dijelovima svijeta prekid trudnoće zabranjen, neovisno o uvjetima pod kojim je žena ostala trudna ili je li dovoljno financijski, emocionalno, fizički sposobna imati dijete. U većini zemalja u razvoju prekid trudnoće je dozvoljen, kao što je situacija u Hrvatskoj (43). Iako je to činjenica, određene dobne skupine su i dalje rizične. Prema istraživanju iz 2019. godine, adolescentice (15-19 godina) se u najvećem broju podvrgavaju nesigurnom pobačaju te imaju izrazito visoku stopu smrtnosti i stopu invaliditeta, što je posljedica raznih pokušaja prekida trudnoće (43). Obzirom na njihove godine, a s time i financijsku situaciju, često i obiteljsku situaciju, veća je vjerojatnost da će same pokušati izazvati pobačaj ili se okrenuti za pomoć nekome tko nije medicinski ovlaštena osoba za izvođenje tog zahvata (43). Zbog nedovoljno informacija što se tiče seksualnog odgoja i edukacije često im treba dulje da shvate da su trudne, nego što bi to shvatila žena starije dobi (43). Ovo je iznimno problematično jer se tada taj prekid trudnoće (samostalan ili od strane nestručne osobe) obavlja u kasnijem gestacijskom razdoblju, što može imati velike posljedice za zdravlje i život trudne žene (43). Isto tako, opet nadovezujući se na nedostatak seksualne edukacije, većina djevojaka u toj dobi ne zna mnogo o vlastitoj skrbi nakon pobačaja a i mogućim komplikacijama (43). S činjenicom da su adolescentice pod znatno većim rizikom slaže se i vodeći stručnjak za kontracepciju, prof. dr.sc. Velimir Šimunić, koji upozorava na trend sve ranijeg stupanja u spolne odnose u RH, bez ikakve zaštite ili s njenim pogrešnim korištenjem (44). Njegovu tvrdnju podupiru i rezultati ovog rada, što se tiče broja pobačaja u skupini „Adolescentice“ te korištenih metoda kontracepcije. Prof. Šimunić napominje kako je

došlo do pada broja žena reprodukcije dobi koje koriste hormonsku kontracepciju (sa 14% na 8%). Razlozi tome su najčešće društvene, obiteljske, ali i edukacijske prirode (44).

Jedno istraživanje iz 2019. godine daje podatke koji nisu zastupljeni u ovom radu te služi kao nadopuna na izabranu temu (25). Podaci Svjetske zdravstvene organizacije svrstavaju Europu u područje s najnižom stopom nesigurnih pobačaja (3:1000) (25). Medicinska dijagnoza kriminalnog pobačaja (kao što je već rečeno, prema Kaznenom zakonu RH kažnjava se ona osoba koja ženi obavi prekid trudnoće) je dosta složena i zahtijeva multidisciplinarni pristup (25). Naravno da sve počinje time da žena, koja je imala pobačaj (samostalni ili izveden od strane druge osobe sa/bez pristanka trudne žene), najprije dođe u zdravstvenu ustanovu gdje se uzima medicinska povijest i utvrđuje stanje žene (25). Nakon pobačaja, osobito ako je bio nesiguran, žena može pokazivati znakove komplikacija kao što su krvarenje, infekcije, bolovi i slično. Ako postoji sumnja na počinjenje kriminalnog djela, liječnik mora pozvati policiju (25). Što se tiče osoba koje obavljaju pregled, uz ginekologa trebao bi biti uključen i sudski medicinar (25). U smislu forenzičkog dijela ovog procesa, sudski medicinar je važan ne samo kako bi potvrdio/negirao prisutnost određenih znakova traume na tijelu žene, nego ima zadatak i procijeniti vrijeme nastanka lezija te svoje spoznaje usporediti s izvješćem kojeg je dala žena (25). S druge strane, ginekolog utvrđuje znakove dosljedne sa induciranim pobačajem. Takav pregled sastoji se od pregleda spolnog organa žene, uključujući maternicu i cerviks te transvaginalni ultrazvuk kako bi se ustanovilo da li postoje abnormalnosti stijenke maternice, obzirom da je to česta pojava kod samostalno induciranih pobačaja ili pobačaja koje radi nestručna osoba (25). Ako je žena izvršila legalno inducirani pobačaj u zdravstvenoj ustanovi od strane stručnog medicinskog osoblja, na vratu maternice mogu biti vidljive lezije koje su nastale štipanjem kirurškim pincetama (25). Ako se sumnja na počinjenu kriminalnu aktivnost, forenzički stručnjak se tijekom provođenja svoje analize usredotočuje na tri temeljne točke: je li fetus imalo ikakve kongenitalne malformacije, procjenu fetalnih anomalija (s naglaskom na placentu i pupčanu vrpču) te provođenje mikroskopske histološke analize plućnih alveola kako bi se procijenilo je li fetus autonomno disao (mikroskopska procjena alveolarne dilatacije) (25). Nadalje, dolazi se do općeg prirodnog kretanja stanovništva Republike Hrvatske. Ako se pogledaju podatci Državnog zavoda za statistiku o broju stanovništva za 2021. godinu, proizlazi da je tada Hrvatska brojala 3 871 833 stanovnika, od čega je 51,83% žena (2 006 704 žene) (45). Hrvatska se nalazi u razdoblju demografske krize; broj stanovnika pada od 1991. godine, kada je, prema dostupnim podacima za vremensko razdoblje od 1953. do 2021. godine, bio brojčani vrhunac (45). Obzirom da u RH najveći broj žena tijekom spolnog odnosa ne koristi nikakvu metodu kontracepcije, opravdano je razmišljanje da bi to trebalo dovesti do povećanog

broja trudnoća a s time i do povećanja broja rođene djece. Međutim, to u Hrvatskoj nije situacija (45). Prema istraživanju iz 2006. godine, to može biti zbog planiranja obitelji. Iako sam naziv možda zvuči kao planiranje određenog broja djece u određenom planiranom razdoblju (u smislu povećanja nataliteta), naziv podrazumijeva i sprječavanje neželjene trudnoće (46). U pogledu samog podrijetla te ideje, ne gleda se s prihvaćanjem na „suvremene“ metode kontracepcije, kao što su pilule, spirale, kondomi, dijafragme i sl. (46). Smatra se da se od para zahtijeva prevelika discipliranost, suradnja i razumijevanje te zahtijeva određeno vrijeme apstinencije nakon početka korištenja. Sve navedeni zahtjevi „moderne“ kontracepcije, uz nekolicinu ostalih, kose se sa jednim od glavnih mentaliteta prirodnog planiranja obitelji, a to je „ugoda bez odgode“. Na temelju toga može se zaključiti da prirodno planiranje obitelji može biti jedno od razloga pada broja pobačaja, ali i pada broja stanovnika (46).

Nastavno na opadajući trend broja pobačaja u Republici i „zašto?“ koje stoji iza njega, postoji i pitanje bračnog statusa žena koje su se odlučile na prekid trudnoće. Kao što je u istraživanju već prikazano, druga po zastupljenosti bila je kategorija neudanih žena (s naglaskom da bračni status žena u kategoriji „Nepoznato“ ne znamo). Obzirom na vremensko razdoblje za koje su prikupljeni podaci (2017. - 2021.), udio trudnih, a neudanih žena nije neobičan. Rezultate ovog istraživanja, koji se tiču bračnog statusa žena u Hrvatskoj, podupiru i tvrdnje iz istraživanja objavljenog 2023. godine (47). Suprotno vremenu kada se za ženu mislilo da samo može i samo mora biti kućanica i majka, u posljednjih nekoliko godina sve češće se čuju tvrdnje koje imaju zajedničku početnu misao, a to je „žena ne treba djecu/supruga kako bi se osjećala ispunjenom“ (47). Još jedna bitna informacija iz spomenutog istraživanja, a u ovom diplomskom radu nije spomenuta, je povećanje broja žena na Sveučilištima i Veleučilištima, posebice u godinama između 2001. i 2011. godine (47). Uz odluku o nastavku/početku studiranja, žene se odlučuju na odgodu rađanja općenito ili prekid trudnoće, ako im to trenutno ugrožava planove koje su imale za obrazovanje. S gledišta žene, 40 tjedana trudnoće možda i ne bi bio problem da ženine obaveze kao majke (i u većini slučajeva supruge) tada završavaju (47). Ako je u trenutku studiranja ili prije početka studiranja žena zatrudnjela, može se odlučiti na prekid trudnoće, obzirom da druge opcije podrazumijevaju zamrzavanje/pauziranje godine (ili godina), ali i ispis s fakulteta (47). Na temelju spomenutog istraživanja, može se zaključiti da bi u Republici Hrvatskoj kao glavni uzroci niske stope nataliteta a povećanog broja pobačaja bili: odluka o nastavku/početku obrazovanja, potreba za osobnim razvojem, ali i uvjeti na željenoj poslovnoj poziciji (47). Ovisno o vrsti i količini posla, nekada žene moraju birati hoće li imati karijeru ili djecu, iako to naravno nigdje ne piše pri potpisivanju ugovora o zaposlenju (47).

Žene nisu na ovom svijetu pasivno sredstvo za reprodukciju te, ako su suočene s neželjenom trudnoćom, mogu pribjeći raznim raspoloživim sredstvima kako bi tu trudnoću prekinule. Postoje antropološki zapisi iz drevnih vremena koji su analizirani i koji kažu da je „pobačaj univerzalni fenomen“ i da je nemoguće konstruirati društveni sustav u kojem svaka žena, barem jednom, ne bi imala potrebu prekinuti svoju neželjenu trudnoću (35). Prekid trudnoće velikom većinom ne dolazi iz zle namjere. Žene bi trebale imati pravo odlučivati o svom tijelu bez obzira na razloge, društvo i/ili bračni status. Nekada su ti razlozi financijski, socijalni, fizički, nekad žena jednostavno ne želi djecu u tom trenutku. Ako žena zadrži dijete zbog pritiska okoline, društva ili Crkve, život tog djeteta sigurno neće u budućnosti biti lak, obzirom da ga majka otpočetak nije svojevolumno htjela. Prihvaćen od strane društva ili ne, opcija prekida trudnoće je ženino pravo i prisutno je kroz povijest prilikom čega su žene često riskirale svoj život i svoje zdravlje. Riječ „opcija“ korištena je u smislu da uvijek postoji opcija prekida trudnoće, ako je prekid trudnoće Zakonom zabranjen onda ta „opcija“ jednostavno samo neće biti legalna (i/ili sigurna).

Kao nedostatak ovog rada može se istaknuti nedostupnost podataka u izvješćima HHZO-a prije 2017. godine za određene analizirane kategorije, u izvješćima HHZO-a. Za naglasiti je da su svi statistički podaci prikupljeni iz broja prijavljenih pobačaja u zdravstvenim ustanovama. Time se ne može sa sigurnošću znati koliko je točno brojčano bilo pobačaja i koje su vrste pobačaja bile kroz godine, obzirom da postoje samo zabilježeni podatci. Nezabilježeni mogu biti iz razloga kao što su da žena uopće nije znala da je trudna pa je u ranoj trudnoći pobačaj bio protumačen kao zakašnjela menstruacija. Postoji i opcija ilegalnih pobačaja, samoinduciranih ili pobačaja odrađenih od strane nestručne osobe, na nekom mjestu koje nije zdravstvena ustanova te zbog toga ni ne mogu biti u evidenciji. Nastavno na to, u 5 od 14 analiziranih kategorija, javlja se podkategorija „Nepoznato“. Obzirom da ne znamo u kojim su omjerima brojevi, ne možemo znati da li bi oni, da znamo točnu raspodjelu brojeva, u potpunosti promijenili izgled rezultata. U pogledu porasta broja umrlih u RH nakon 2019. godine, važno je napomenuti da je na porast tih brojeva znatno utjecala pojava bolesti Covid-19.

6. ZAKLJUČCI

Na temelju provedenog istraživanja može se zaključiti:

1. Dobne skupine s najviše zabilježenih pobačaja za vremenski period od 2000. do 2021. godine su: 17-19 godina i 30-39 godina.
2. U ukupnom broj prekida trudnoće za razdoblje 2000.-2021. prevladavaju legalno inducirani (medicinski) pobačaji, koji ujedno i zauzimaju najveći udio u pojedinim vrstama pobačaja.
3. Najveći broj legalno induciranih pobačaja zabilježen je kod udanih žena, za razdoblje 2017.-2021. godine.
4. Legalno inducirani pobačaji prikazuju trend pada za razdoblje od 2000. do 2021. godine.
5. Preko 80% legalno induciranih pobačaja izvodi se na zahtjev trudne žene, za razdoblje 2017. - 2021. godine.
6. Preko 80% žena, koje su imale legalno inducirani pobačaj, nije koristilo nikakvu metodu kontracepcije, za razdoblje 2017. - 2021. godine.
7. Najveći broj prekida trudnoće, s obzirom na starost ploda, odvijao se do 10. tjedna, a najmanji broj prekida trudnoće kod starosti ploda između 15 i 16 tjedana.
8. Legalno inducirani prekid trudnoće kod žena ispod 20 godina u Hrvatskoj i odabranim europskim državama (Češka, Mađarska, Njemačka, Slovačka) ostaje relativno nepromijenjen kroz vremensko razdoblje od 2002. do 2020. godine. Jedino Slovenija bilježi veliki pad u broju pobačaja u tom razdoblju.
9. Legalno inducirani prekid trudnoće kod žena iznad 35 godina za Hrvatsku i odabrane europske države (Češka, Mađarska, Njemačka, Slovenija, Slovačka) pokazuje prilično veliki trend opadanja kroz vremensko razdoblje 2002.-2020. Hrvatska bilježi mali pad broja pobačaja u tom razdoblju.
10. Od 31 zdravstvene ustanove u Republici Hrvatskoj, 67% izvršava kirurški prekid trudnoće, a 32% medikamentozni prekid trudnoće.
11. Od 29 zdravstvenih ustanova u Republici Hrvatskoj, 3 zdravstvene ustanove ne obavljaju prekid trudnoće na zahtjev trudne žene. U preostalim 26 zdravstvenih ustanova, 164 ginekologa izvršava pobačaj na zahtjev žene, a 195 se poziva na priziv savjesti. Od ukupno 316 anesteziologa samo njih 34 se poziva na priziv savjesti.

12. Za vremensko razdoblje od 2000. do 2021. godine zabilježen je trend opadanja broja stanovništva Republike Hrvatske, kao i broja legalno induciranih pobačaja, iako na znatno manjoj skali.
13. Broj legalno induciranih pobačaja i opća stopa fertiliteta imaju silazni trend za vremensko razdoblje od 2011. do 2020. godine.
14. U svakoj godini između 2011. i 2020. broj legalno induciranih pobačaja na 1000 živorođenih je minimalno 6 puta veći od broja živorođenih na 1000 žena u reproduktivnoj dobi (15-49).

7. LITERATURA

1. Hrabar D. Pravo na pobačaj – pravne i nepravne dvojbe. Zbornik Pravnog fakulteta u Zagrebu [Internet]. 2015;65(6):791-831
2. Zakon o zdravstvenim mjerama za ostvarivanje prava na slobodno odlučivanje o rađanju djece, Narodne novine, br. 18/1978.
3. Bijelić N, Hodžić A. “Siva zona”: Pitanje abortusa u Republici Hrvatskoj Sažetak [Internet]. Dostupno na: http://obitelj.hbk.hr/index.php?option=com_content&task=view&id=82&Itemid=74
4. Bijelić N. Sex education in Croatia: Tensions between secular and religious discourses. *Eur J Womens Stud.* 2008;15(4):329–43.
5. Fiala C, Arthur JH. “Dishonourable disobedience” - Why refusal to treat in reproductive healthcare is not conscientious objection. *Woman - Psychosomatic Gynaecology and Obstetrics.* 2014;1:12–23.
6. Klub zastupnika SDP-a Prijedlog Zakona o medicinskom postupku prekida trudnoće, s konačnim prijedlogom Zakona, Zagreb, 2020.
7. Vuletić N, Ivandić J, Smajla N, Klarić M, Haller H. Medical termination of unplanned pregnancy. *Lijec Vjesn.* 2020;142(7–8):222–9.
8. Rørbye C, Nørgaard M, Nilas L. Medical versus surgical abortion efficacy, complications and leave of absence compared in a partly randomized study. *Contraception.* 2004;70(5):393–9.
9. Shiffman J, Skrabalo M, Subotic J. Reproductive rights and the state in Serbia and Croatia. *Social Science & Medicine.* 2002;54:625-642.
10. Zakon o liječništvu, Narodne novine, br. 121/03, 117/08.
11. Bridwell RE, Long B, Montrieff T, Gottlieb M. Post-abortion Complications: A Narrative Review for Emergency Clinicians. *West J Emerg Med.* 2022;23(6):919-925.
12. Stašević I, Ropac D. Abortion statistical data in Croatia – Some characteristics and comparison. *Drustvena Istrazivanja.* 2018;27(2):345–62.
13. Tietze C. Abortion in Europe. *Am J Public Health Nations Health.* 1967;57(11):1923-32.
14. Capelli I. Non-marital Pregnancies and Unmarried Women's Search for Illegal Abortion in Morocco. *Health Hum Rights.* 2019;21(2):33-45.
15. Fathalla MF. Safe abortion: The public health rationale. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology.* Bailliere Tindall Ltd; 2020;63: 2–12.
16. Creinin MD, Grossman DA. Medical management of first-trimester abortion. *Contraception.* 2014;89(3):148–61.

17. Mikan J. Razlike u stavovima opće populacije i zdravstvenih djelatnika o pravu na pobačaj. PhD Thesis. University North. University centre Varaždin. Department of Nursing. 2021.
18. Volkov VG, Granatovich NN, Survillo E V., Pichugina L V., Achilgova ZS. Abortion in the structure of causes of maternal mortality. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*. 2018;40(6):309–12.
19. Moreau C, Trussell J, Desfreres J, Bajos N. Medical vs. surgical abortion: The importance of women's choice. *Contraception*. 2011;84(3):224–9.
20. Svenaeus F. Phenomenology of pregnancy and the ethics of abortion. *Med Health Care Philos*. 2018;21(1):77-87.
21. Kazneni zakon Republike Hrvatske, Narodne novine, br. 125/11, 144/12, 56/15, 61/15, 101/17, 118/18, 126/19.
22. Puppink G. Abortion and the European Convention on Human Rights [Internet]. Vol. 3, *Irish Journal of Legal Studies*. Available from: http://www.guttmacher.org/pubs/fb_IAW.pdf
23. Jain JK, Dutton C, Harwood B, Meckstroth KR, Mishell DR. A prospective randomized, double-blinded, placebo-controlled trial comparing mifepristone and vaginal misoprostol to vaginal misoprostol alone for elective termination of early pregnancy. *Human Reproduction*. 2002;17:1477-1482
24. Cameron S. Recent advances in improving the effectiveness and reducing the complications of abortion. , F1000 Faculty Reviews, F1000 Research Ltd; 2018;7:1-7
25. Aquila I, Ricci P, Mocciaro R, Gratteri S. A case of suspected illegal abortion: how clinicians may assist the forensic pathologist. *BMJ Case Rep*. 2018;1-5
26. Faúndes A. The responsibility of gynecologists and obstetricians in providing safe abortion services within the limits of the law. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2017;139(1):1–3.
27. Erdman JN, Cook RJ. Decriminalization of abortion – A human rights imperative. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*. Bailliere Tindall Ltd; 2020;62:11–24.
28. Koelzer SC, Held H, Toennes SW, Verhoff MA, Wunder C. Self-induced illegal abortion with Rivanol®: A medicolegal–toxicological case report. *Forensic Sci Int*. 2016;268:18–22.
29. Rittossa D. Prijepori o pravu na pobačaj u Republici Hrvatskoj. *Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci*. 2005;26:1024-1050.
30. Baloban S, Črpić G. Pobačaj i mentalitet u društvu. *Bogoslovska smotra* [Internet]. 1998;68(4):641-654
31. Berer M. Abortion Law and Policy Around the World: In Search of Decriminalization. *Health Hum Rights*. 2017;19(1):13-27.

32. Aghaei F, Shaghghi A, Sarbakhsh P. A systematic review of the research evidence on cross-country features of illegal abortions. *Health Promot Perspect*. 2017;7(3):117–23.
33. Ritossa D. The Right on Abortion: Comparative Approach Concerning Croatia, Federal Republic of Germany, and United States of America [Internet]. 2008. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/311110885>
34. Allen R, O'brien BM. Uses of Misoprostol in Obstetrics and Gynecology. *Rev Obstet Gynecol*. 2009;2(3):159–68.
35. Borovecki A, Babic-Bosanac S. Discourse, ethics, public health, abortion, and conscientious objection in Croatia. *Croat Med J*. 2017;58(4):316–21.
36. Sedgh, Gilda et al. “Legal abortion worldwide: incidence and recent trends.” *International family planning perspectives*. 2007;33(3):106-16.
37. Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet*. 2006;368(9550):1887–92.
38. Finer L, Fine JB. Abortion Law Around the World: Progress and Pushback. *Am J Public Health*. 2013;103:585–9.
39. Svenaeus F. Phenomenology of pregnancy and the ethics of abortion. *Med Health Care Philos*. 2018;21(1):77–87.
40. Håkansson DIG, Ouis P, Ragnar ME. Navigating the Minefield: Women’s Experiences of Abortion in a Country with a Conscience Clause—The Case of Croatia. *Journal of International Women’s Studies*. 2021;22:166-180.
41. 40 dana za život [Internet]. Dostupno na: <https://40danazazivot.com/o-nama/>. (Pristupljeno: 11.04.2024.)
42. Hod za život [Internet]. Dostupno na: <https://hodzazivot.hr/o-nama/>. (Pristupljeno: 11.04.2024.)
43. Fathalla MF. Safe abortion: The public health rationale. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*. Bailliere Tindall Ltd; 2020;63: 2–12.
44. Portal Hrvatskog društva za ginekologiju i opstetriciju [Internet]. Dostupno na: <https://www.hdgo.hr/Default.asp?sifraStranica=714>. (Pristupljeno: 12.04.2024.)
45. Državni zavod za statistiku [Internet]. Dostupno na: <https://dzs.gov.hr/vijesti/objavljeni-konacni-rezultati-popisa-2021/1270>. (Pristupljeno: 10.04.2024.)
46. Bijelić N. Sex Education in Croatia Tensions between Secular and Religious Discourses. *European Journal of Womens Studies - EUR J WOMENS STUD*. 2008;15:329-343.
47. Belić T. Crude Birth Rate in Croatia: local-scale variability, spatial patterns, and trends from 2001 to 2020. *Hrvatski Geografski Glasnik*. 2023;85(1):99–125.

8. SAŽETAK

PROBLEMATIKA POBAČAJA U REPUBLICI HRVATSKOJ

CILJ: Cilj rada je analizirati statističke podatke o različitim vrstama pobačaja u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2000. do 2021. godine te ustanoviti postojanje silazne ili uzlazne putanje broja pobačaja. Nadalje, cilj ovog rada je usporediti dobivene podatke o prekidu trudnoće s prirodnim kretanjem stanovništva u Republici Hrvatskoj.

METODE: Za potrebe ovog istraživanja korištena su izvješća Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo o pobačajima u zdravstvenim ustanovama u Hrvatskoj. Također, kao izvor podataka korištena su i izvješća Državnog zavoda za statistiku. Svi podaci uneseni su u Microsoft Office Excel 2010 program i prikazani grafički.

REZULTATI: Za kategorije ukupnog broja pobačaja općenito i po dobnim skupinama analizirano je vremensko razdoblje od 2000. do 2021. godine. Najveću zastupljenost u ukupnom broju pobačaja imaju žene u dobi 17-19 te 30-39 godina. Najveći udio u ukupnom broju svih vrsta pobačaja zauzimaju legalno inducirani (medicinski) pobačaji koji su za dano razdoblje u padu. Za kategorije bračnog statusa žena, razlozi za legalno inducirani pobačaj, korištene metode kontracepcije te prekid trudnoće s obzirom na starost ploda analizirano je razdoblje od 2017. do 2021. godine. Žene koje su u braku i koje nisu koristile nikakvu metodu kontracepcije prilikom spolnog odnosa čine najveći udio u broju legalno induciranih pobačaja te je preko 80% žena svoju trudnoću odlučilo prekinuti u prvih 10 tjedana od začeća. Usporedbom broja legalno induciranih pobačaja u Hrvatskoj i određenim europskim državama (2002.-2020.godine), broj žena ispod 20 godina koje su se odlučile na prekid trudnoće ostaje relativno nepromijenjen u svim zemljama, dok broj žena iznad 35 godina koje su se odlučile na pobačaj pokazuje trend opadanja. Od 31 zdravstvene ustanove u RH koja obavlja pobačaj, 67% izvodi kirurški a 32% medikamentozni pobačaj. U 26 zdravstvenih ustanova 45% ginekologa i 89% anesteziologa izvodi pobačaj na zahtjev žene, te se na priziv savjesti poziv 54 % liječnika i 10,7 % anesteziologa. Prirodno kretanje stanovništva Republike Hrvatske, kao i broj legalno induciranih pobačaja pada (2000.-2021. godine). Ustanovljeno je da je broj legalno induciranih pobačaja na 1000 živorođenih minimalno 6 puta veći od broja živorođene djece na 1000 žena reproduktivne dobi (2011.-2020.godine).

ZAKLJUČCI: Tijekom godina broj legalno induciranih pobačaja pada te da su prisutni u skoro svakoj dobnoj skupini i bračnom statusu. Najveći broj žena ne koristi nikakvu metodu

kontracepcije te taj trend raste kroz godine, posebice kod adolescentica. Iako postoje razne inicijative od strane društva protiv pobačaja, daleko najveći broj pobačaja izvršen je baš na zahtjev žene.

KLJUČNE RIJEČI: pobačaj, žena, kontracepcija, fetus, reproduktivna prava

ABSTRACT

THE ISSUE OF ABORTION IN THE REPUBLIC OF CROATIA

OBJECTIVES: The aim of the study is to analyze statistical data on different types of abortions in the Republic of Croatia, for the period from 2000 to 2021, and to establish the existence of a downward or upward trend in the number of abortions. Furthermore, the aim of this work is to compare the obtained data on termination of pregnancy with the natural population movement in the Republic of Croatia.

METHODS: For the purposes of this research, reports on abortions in health institutions in Croatia, from the Croatian Institute of Public Health, were used. Reports from the National Bureau of Statistics were also used as a source of data. All data were entered into the Microsoft Office Excel 2020 program and displayed graphically.

RESULTS: In this study, the time period from 2000 to 2021 was analyzed for the categories of the total number of abortions in general and by age groups. Women aged 17-19 and 30-39 have the highest representation in the total number of abortions. The largest share in the total number of all types of abortions is occupied by legally induced (medical) abortions, which are in decline for the given period. The time period from 2017 to 2021 was analyzed for the categories of women's marital status, reasons for legally induced abortion, contraceptive methods used, and termination of pregnancy with regard to the age of the fetus. Married women who did not use any method of contraception during sexual intercourse make up the largest share of the number of legally induced abortions, and over 80% of women decided to terminate their pregnancy within the first 10 weeks of conception. By comparing the number of legally induced abortions in Croatia and certain European countries (2002-2020), the number of women under the age of 20 who decided to terminate their pregnancy remains relatively the same in all countries, while the number of women over 35 years old shows a decreasing trend in the number of abortions through the years. Of the 31 health institutions in the Republic of Croatia that perform abortions, 67% perform surgical and 32% medical abortions. In 26 health institutions, 45% of gynecologists and 89% of anesthesiologists perform abortions at the request of women, and 54% of doctors and 10.7% of anesthesiologists have a conscientious objection. The natural movement of the population of the Republic of Croatia, as well as the number of legally induced abortions, is falling (2000-2021). It was established that the number of legally induced abortions per 1,000 live births is at least 6 times higher than the number of live births per 1,000 women of reproductive age (2011-2020).

CONCLUSIONS: With this work, it can be concluded that over the years the number of legally induced abortions is decreasing and that they are present in almost every age group and marital status. The majority of women do not use any method of contraception, and this trend grows over the years, especially among adolescent girls. Although there are various initiatives by society against abortion, by far the largest number of abortions were carried out precisely at the request of the woman.

KEY WORDS: abortion, woman, contraception, fetus, reproductive rights

9. ŽIVOTOPIS

Nina Vitlov

Državljanstvo: hrvatsko

Datum rođenja: 18/09/1997

Spol: Žensko

E-adresa: nina.vitlov7@gmail.com

Adresa: Mul 6, 23272 Kali (Hrvatska)

OBRAZOVANJE I OSPOSOBLJAVANJE

Osnovna škola

Osnovna škola „Valentin Klarin“ Preko, otok Ugljan (2004.-2012.)

Srednja škola

Gimnazija Vladimira Nazora (jezični smjer), Zadar (2012.-2016.)

Fakultetsko obrazovanje

Prirodoslovno-matematički fakultet, Split (2017.-2019.)

Podvodne znanosti i tehnologije, Sveučilište u Zadru (2019.- 2022.)

Forenzička kemija i molekularna biologija, Sveučilišni odjel za forenzične znanosti, Sveučilište u Splitu (2022.- 2024.)

PUBLIKACIJE

Stručni rad „Tehnologije proizvodnje odjeće kod neandertalaca“ (2020.) Speleolog, 68 (1), 86-91

PROJEKTI

-Creating virtual osteological database: a radiological perspective; Dolić, K., Bašić, Ž., Jerković, I., Krešić, E., Bareša, T., Perić, I., Vitlov, N., Erjavec, I., Čavka, M., Šlaus, M., Skejić, I., Dujjić, G., Kružić, I. (veljača, 2023. - travanj, 2023.)

-Forenzička identifikacija ljudskih ostataka analizom MSCT snimaka, Sveučilišni odjel za forenzične znanosti, Sveučilište u Splitu; Bašić, Ž., Jerković, I., Dolić, K., Budimir Mršić, D., Čavar Borić, M., Bareša, T., Krešić, E., Kružić, I. (veljača, 2023. - travanj, 2023.)

- Dan promocije jednakih mogućnosti, Filozofski fakultet u Splitu (svibanj, 2023.)
- Analysing forty years of pharmaceutical drug advertisements in the Lancet journal: A mixed-methods study; Ursić, L., Čudina, K., Viđak, T., Krka, J., Čavka, K., Vitlov, N., Marušić, A. (svibanj, 2023. - u tijeku)
- Correcting the published record: How authors react to editorial prompts about corrections to cited literature; Ursić, L., Vitlov, N., Marušić, S., Marušić, A. (listopad, 2023. - u tijeku)
- Diferencijacijska terapija metastatskog melanoma (fokus: transkriptomske baze), Zavod za anatomiju, histologiju i embriologiju, Medicinski fakultet, Split (siječanj, 2024. - u tijeku)
- Diferencijacijska terapija metastatskog melanoma (fokus: ssGSEA), Zavod za anatomiju, histologiju i embriologiju, Medicinski fakultet, Split (siječanj, 2024. - u tijeku)
- Diferencijacijska terapija metastatskog melanoma (fokus: diferencijacija tumorskih stanica u jetrenim metastazama miša), Zavod za anatomiju, histologiju i embriologiju, Medicinski fakultet, Split (veljača, 2024. - u tijeku)
- Funding reporting compliance in metadata of published articles supported by European and US research grants; Mijatović, A., Vitlov, N., Pina, D.G., Buljan, I., Marušić, A. (veljača, 2024. - u tijeku)

TEČAJEVI

- Identifying Early Signs of Psychosis in Adolescents and Young Adults
Stanford University School of Medicine, Srp 2023 - Srp 2023
- CSI:ME Case Studies In Medical Errors
Stanford University School of Medicine, Kol 2023 - Kol 2023
- Prescription Drug Misuse and Addiction: Compassionate Care for a Complex Problem
Stanford University School of Medicine, Kol 2023 - Kol 2023
- Antimicrobial Stewardship: Improving Clinical Outcomes by Optimization of Antibiotic Practices
Stanford University School of Medicine, Kol 2023 - Kol 2023
- Biochemistry aspects in various medical conditions
West University of Timișoara, Kol 2023 - Ruj 2023

OSTALA SUDJELOVANJA:

- Dan promocije jednakih mogućnosti, Filozofski fakultet u Splitu (svibanj, 2023.)
- Udruga studenata forenzike, Sveučilište u Splitu (ak.godina 2023./2024.)
- Studentska književna večer, Sveučilište u Splitu (prosinac, 2023.)
- Festival znanosti, Sveučilište u Splitu (travanj, 2024.)
- MedLaw konferencija (19. - 21.04.2024.)
- Students' CongreSS of Science and Sport in Split (ST-CongreSS) - Transcriptomic expression of five genetic signatures in the metastases and primary site of the melanoma (08. - 10.05.2024.)

VOLONTIRANJE

- Laboratorij za forenzičnu biologiju i antropologiju (listopad, 2022. - ožujak, 2023.)
- Udruga studenata biologije - BIUS, Prirodoslovno matematički fakultet u Zagrebu (ak.godina 2022./2023., 2023./2024.)
- Volonterski centar Zadar (lipanj, 2023. - listopad, 2023.)

10. IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI

(PRILOG 3)

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Sveučilišni odjel za forenzične znanosti

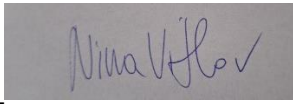
Izjava o akademskoj čestitosti

Ja, **Nina Vitlov**, izjavljujem da je moj diplomski rad pod naslovom **Problematika pobačaja u Republici Hrvatskoj** rezultat mogega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na izvore i radove navedene u bilješkama i popisu literature. Nijedan dio ovoga rada nije napisan na nedopušten način, odnosno nije prepisan bez citiranja i ne krši ičija autorska prava.

Izjavljujem da nijedan dio ovoga rada nije iskorišten u ijednom drugom radu pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj, obrazovnoj ili inoj ustanovi.

Sadržaj mogega rada u potpunosti odgovara sadržaju obranjenoga i nakon obrane uređenoga rada.

Split, 14.06.2024.

Potpis studenta/studentice: _____  _____