

NAMJERNI PREKIDI TRUDNOĆE U REPUBLICI SRPSKOJ: KARAKTERISTIKE I UTICAJ NA MENTALNO ZDRAVLJE

*Jelena NIŠKANović **

Namjerni prekid trudnoće predstavlja bitan aspekt seksualno-reproduktivnog zdravlja koji sa sobom nosi određeni rizik po fizičko i emocionalno zdravlje žene. Cilj rada jeste da ispita zastupljenost abortusa na našem području, te karakteristike žena koje su imale namjerni prekid trudnoće, kao i njegov uticaj na mentalno zdravlje. Rezultati prezentovani u ovom radu su dio istraživanja zdravlja stanovništva Republike Srpske, kojim je obuhvaćeno 1042 žene od 18 do 49 godina starosti. Tom prilikom su primjenjeni standardizovani mjerni instrumenti u oblasti seksualno-reproduktivnog i mentalnog zdravlja (NHS, EUROHIS, ECHIM). Dobijeni podaci ukazuju da je 28,8% žena imalo namjerni prekid trudnoće, dok je među njima skoro polovina (48,2%) imala više od jednog abortusa. Namjerni prekid trudnoće je više zastupljen među ženama preko 38 godina starosti, koje već imaju djecu, te žive u seoskim sredinama. Utvrđena je statistički značajna, ali niska povezanost zadovoljstva sadašnjim životom, mentalnog zdravlja i namjernog prekida trudnoće, tačnije, žene koje su imale abortus imaju izražen veći nivo stresa, manji nivo poleta i energije, te manje zadovoljstvo sadašnjim životom, u poređenju sa onima koje nisu imale abortus. Dobijeni rezultati ukazuju na značaj veće promocije seksualno-reproduktivnih prava, slobodnog i odgovornog planiranja porodice, te dostupnosti i izbora kontraceptivnih sredstava kao bezbednijih načina kontrole začeca.

Ključne riječi: *namjerni prekid trudnoće, reproduktivno zdravlje, mentalno zdravlje, začeca*

Uvod

Neželjena trudnoća predstavlja vrlo značajan zdravstveni i socijalni izazov. Potreba za kontrolom rađanja i odlučivanja o broju djece se odrazila na upotrebu kontraceptivnih sredstava pa i pribjegavanja abortusu kao krajnjem vidu kontrole rađanja. S obzirom da je fertilitet u stalnom padu u razvijenim zemljama, i to skoro za polovinu u poređenju sa 1960. godinom, motivacija i potreba za kontrolom začeca se razvila znatno brže u odnosu na navike i učestalost upotrebe kontraceptivnih sredstava (Berer, 2000: 580). U situacijama kada porodica želi imati manji broj djece

* Institut za javno zdravstvo Republike Srpske, Banja Luka.

pribjegava se različitim pristupima, modernim i/ili tradicionalnim sredstvima kontracepcije, pa tako i namjernom prekidu trudnoće. S obzirom da kontraceptivna sredstva značajno utiču na kontrolu začeća, i pored navedenih pristupa, često dolazi do neplanirane trudnoće uslijed dominacije tradicionalnih metoda, kao što je prekinut odnos, što ishoduje opredjeljenjem za namjerni prekid trudnoće u situaciji kada dođe do neželjenog začeća (Rašević, 2004: 1; Drezgić, 2004: 105). Istraživanja u Italiji, Turskoj i Ujedinjenom Kraljevstvu su pokazala da nekonzistentna upotreba kontraceptivnih sredstava, prezervativa ili pilula za sprečavanje trudnoće, predstavlja najučestaliji razlog za namjerni prekid trudnoće. U Grčkoj je utvrđeno da žene i pored dostupnosti kontraceptivnih sredstava koriste prekid trudnoće kao metod za kontrolu rađanja. Slični rezultati su bili utvrđeni u bivšoj Saveznoj Republici Jugoslaviji (Rašević, 1994: 68), te zemljama bivšeg Sovjetskog Saveza u kojima je, i pored dostupnosti kontraceptivnih sredstava, abortus bio preferirano sredstvo za sprečavanje rađanja, što je ishodovalo visokim brojem namjernih prekida trudnoće (Berer, 2000: 580). Potencijalni razlozi za namjerni prekid trudnoće je što neke žene nisu spremne da budu majke, druge ne žele da imaju djecu ili žele da budu dobre majke djeci koju već imaju (Berer, 2000: 581; Torres i Forrest, 1988, prema WHO, 2009: 54). S druge strane, pitanja vezana za zdravlje žena, porodično blagostanje, te siromaštvo su česti razlozi pobačaja, posebno među ženama koje imaju više djece (Berer, 2000: 581). Među mlađom grupom neudatih žena razlozi abortusa se ogledaju u neadekvatnoj komunikaciji sa partnerom, niskom nivou znanja o začeću i kontracepciji, te neredovnoj i neadekvatnoj upotrebi kontraceptivnih sredstava (Berer, 2000: 581). Visok broj namjernih prekida trudnoće je prisutan na našim područjima, kao i u zemljama istočne Evrope, i pored dostupnosti modernih sredstava kontracepcije. Objašnjenje navedene pojave se može obuhvatiti pojmom "abortusne kulture" koja obuhvata faktore na socijalnom i individualnom nivou (Rašević, Sedlecki, 2011: 4). Učestalom opredjeljenju za abortus su doprinijeli ekonomski i socijalni uslovi života u kojima su preferirane porodice sa manjim brojem djece, uz prisustvo patrijarhalnih rodnih uloga u okviru kojih je žena oslonjena na primjenu tradicionalnih metoda kontracepcije (prekinut odnos) (Drezgić, 2004: 103). Posmatrajući individualne faktore, istraživanja su utvrdila prisustvo odbojnosti žena prema modernim sredstvima kontracepcije uz doživljaj abortusa kao rutinske procedure. S druge strane, muškarci zauzimaju pasivan odnos, te ne učestvuju u donošenju odluke u pogledu upotrebe sredstava kontracepcije, prepuštajući krajnju odluku i odgovornost ženi (Rašević, 2008: 300; Rašević, Sedlecki, 2011: 8). U našim sredinama uvriježen naziv za namjerni prekid trudnoće je "čišćenje", što upućuje na percepciju neplaniranog začeća kao nečeg nečistog što žena treba tiho da ukloni putem abortusa (Drezgić, 2004: 107).

Značajno je istaknuti da na negativan stav prema modernim sredstvima kontracepcije uticao odnos zdravstvenih radnika prema kontracepciji i savjetovanju prilikom kontakta žena sa zdravstvenom službom. Kod ginekologa je prisutan otpor u pogledu prepisivanja moderne kontracepcije, dok žene ističu negativno iskustvo u situacijama traženja kontraceptivnog savjeta od ginekologa (Rašević, Sedlecki, 2011: 7, 9).

Prema ekološkom modelu Krug-a i saradnika (2002) mentalno zdravlje povezano sa abortusom je u značajnoj mjeri determinisano specifičnim "pobačajnim miljeom" (Stotland, 1996, prema WHO, 2009: 52). U sredinama u kojima je pobačajni milje restriktivan i povezan sa ekonomskom deprivacijom, žene su mahom ograničene na nesigurne i ilegalne procedure koje u većini slučajeva ishoduju negativnim posljedicama po fizičko i mentalno zdravlje (WHO, 2009: 52). U razvijenim zemljama u kojima je abortus legalizovan vrlo je nizak nivo oboljenja i smrtnosti povezanih sa navedenom procedurom, te se posljedično očekuje i bolje mentalno zdravlje žena (Hardy i sar., 1997, prema WHO, 2009: 52). Stres uzrokovan neplaniranom trudnoćom i nesigurnim abortusom može da poveća rizik javljanja mentalnih poteškoća, dok siguran i planiran abortus može da zaštiti vulnerabilne žene od dugoročnog stresa uzrokovanog neželjenom trudnoćom i roditeljstvom (WHO, 2009: 55). Rezultati brojnih studija potvrđuju da kontrolisan i planiran abortus ne dovodi do visokog rizika od javljanja mentalnih oboljenja (WHO, 2009: 56). Američka asocijacija psihologa je 2008. godine izvršila metaanalizu svih dostupnih istraživanja objavljenih od 1989. godine, a koja su ispitivala emocionalne posljedice abortusa, zaključivši da rizik od mentalnih poteškoća nije ništa veći kod žena koje su se odlučile da okončaju neželjenu trudnoću tokom prvog trimestra u poređenju sa onima koje su se, suočivši se sa neželjenom trudnoćom, odlučile da rode. Takođe, metaanalizom su utvrdili da je povezanost između mentalnih poremećaja i višestrukog abortusa determinisana faktorima rizika koji mogu da predisponiraju neplaniranu trudnoću kao i mentalne probleme prije samog začeća (APA, 2008). Fergusson, Horwood i Boden (2008: 449) su analizom poduzorka žena u longitudinalnoj studiji utvrdili da je izlaganje namjernom prekidu trudnoće povezano sa niskim, ali dosljednim povećanjem poremećaja povezanih sa mentalnim zdravljem, mahom anksioznošću i zloupotrebom psihoaktivnih supstanci. Ispitujući neposredno emocionalno iskustvo žena nakon abortusa, Raševićeva (1993) je utvrdila da je među ženama prisutna psihološka trauma različitog stepena, a da je kod 45% žena i dva mjeseca nakon najmernog prekida trudnoće prisutna emotivna reakcija na abortus (prema Rašević i Sedlecki, 2011: 3). S druge strane, Colemanova (2011) je metaanalizom istraživanja objavljenih u periodu od 1995. do 2000. godine došla do zaključka da je kod žena koje su imale namjerni prekid trudnoće

prisutan umjeren do visok rizik od javljanja mentalnih poremećaja, ističući značaj informisanja žena od strane stručnih medicinskih službi o svim potencijalnim rizicima koje abortus nosi sa sobom (Coleman, 2011: 183). Nadalje, autorka ističe da je u narednim studijama potrebno ispitati mehanizme koji leže u osnovi mentalnih poteškoća, prevashodno zloupotrebe droga i sklonosti ka suicidu, pretpostavljajući da su navedeni poremećaji nastali kao potreba potiskivanja negativnih emocija vezanih za sam čin abortusa. Žene lakše posežu za samodestruktivnim rizičnim ponašanjem, ustručavajući se tražiti stručnu pomoć uslijed osjećaja srama i stida povezanih sa namjernim prekidom trudnoće (Coleman, 2011: 184). Istoimeni rad Colemanove je naišao na oštre kritike naučne javnosti, tačnije, autorki se zamjerilo da nije primjenila stroge naučne standarde u analizi, obradi i interpretaciji rezultata (Howard, 2012: 74; Littell, 2012: 76; Polis, 2012: 77). Istraživanja u oblasti mentalnog zdravlja i namjernog prekida trudnoće su se suočavala sa brojnim metodološkim izazovima koja su onemogućavala utvrđivanje jasne veze između abortusa i mentalnog zdravlja. Navedeno je bilo dodatno otežano (zlo)upotrebom istraživačkih rezultata od strane pristalica i protivnika namjernog prekida trudnoće, koji su često koristili nedovoljno metodološki zasnovane rezultate kao jake argumente za odbranu svojih stavova (Fergusson, Horwod, Boden, 2008: 444).

Prethodno pomenuta istraživanja i brojne studije su prevashodno razmatrale emocionalne posljedice abortusa usmjerivši se na rizik od razvoja mentalnih poremećaja kod žena koje su imale namjerni prekid trudnoće. Ipak, ono što je u navedenim istraživanjima izostavljeno jeste ispitivanje povezanosti namjernog prekida trudnoće i mentalnog zdravlja tj. nivoa blagostanja, mentalne energije i zadovoljstva životom, nezavisno od razvoja mentalnih poremećaja kao patoloških entiteta koji ishoduju traženjem stručne pomoći. Abortus predstavlja preferirano sredstvo kontrole rađanja na našim područjima, čija zastupljenost prema podacima zdravstvene statistike datira od perioda Savezne Republike Jugoslavije (Rašević, 1994: 86; Rašević, 2011: 3). Cilj rada jeste da ispita zastupljenost abortusa u Republici Srpskoj, te karakteristike žena koje su imale namjerni prekid trudnoće, kao i njegov uticaj na mentalno zdravlje. S obzirom da zdravstvena statistika ne pruža uvijek precizan uvid u zastupljenost i karakteristike žena koje su se odlučile na namjerni prekid trudnoće, istraživanjem ćemo ispitati postojeći trend zastupljenosti abortusa u našoj sredini sa osvrtom na socijalne i demografske karakteristike, kao i nivo mentalnog zdravlja među grupom žena koje su izvršile namjerni prekid trudnoće.

Metod istraživanja

Rezultati prezentovani u ovom radu su dio istraživanja zdravlja stanovništva Republike Srpske koje je realizovano tokom 2010. godine pod nazivom "Zdravstveno stanje, zdravstvene potrebe i korišćenje zdravstvenih usluga". Istraživanje je sprovedeno među domaćinstvima na teritoriji cijele Republike Srpske, te je organizovano od strane Ministarstva zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske i Instituta za javno zdravstvo.

Uzorak

Ciljnu populaciju istraživanja je činilo stanovništvo starosti 18 godina i više, a koje je u zemlji prisutno godinu dana i duže. Primjenjen je dvoetajni stratifikovani uzorak. Jedinice prve etape su popisni krugovi, a jedinice druge etape su domaćinstva. Popisni krugovi, kao primarne jedinice, su stratifikovani prema tipu naselja (grad i ostala naselja) i teritorijalnom području. Ukupan broj domaćinstva izabranih za ovo istraživanje iznosio je 1866 domaćinstava. Istraživanjem je ukupno anketirano 4178 lica, tačnije 1042 žene od 18 do 49 godina starosti. U radu će se razmatrati karakteristike podgrupe žena starosti od 18 do 49 godina. Starosna kategorija od 15 do 49 godina je preporučena od strane WHO, jer obuhvata žene u reproduktivnom periodu života (WHO, 2009: 12).

Instrumenti

U istraživanju je korišten posebno dizajniran upitnik razvijen na bazi međunarodno potvrđenih i prihvaćenih instrumenata (WHO Health Survey, EU Health Interview Surveys and Health Examination Surveys HIS/HES, Finbalt 2000, SINDI, Short-form 36 SF, CDC National Health Interview Survey, IPAQ – International Physical Activity Questionnaire) i postojećih iskustava i preporuka iz sličnih populacionih istraživanja, testiranih u drugim zemljama i prilagođenih uslovima u Republici Srpskoj. Za potrebe ovog rada izdvojena su pitanja koja se odnose na socio-demografske karakteristike žena¹ (starost, bračni i radni status, dolazak u sadašnje mjesto boravka), pitanja u oblasti seksualno-reproduktivnog zdravlja² (trudnoća, rađanje i namjerni prekid trudnoće), pitanja u oblasti mentalnog zdravlja koja obuhvataju skalu distresa/stresa i vitalnosti/pozitivnih emocionalnih stanja. EUROHIS (Developing Common Instruments for Health Surveys) i ECHIM (European Community Health Indicators Monitoring) za ispitivanje mentalnog zdravlja predlažu mjerenje psihološkog distresa/stresa i pozitivnog

¹ NHS – National Health Survey, Finbalt Health Monitoring, SF 36 questionnaire, WHO Health Survey, ECHI – Child Project, CDC National Health Interview Survey.

² NHS – National Health Survey.

mentalnog zdravlja/vitalnosti kao važnih aspekata zdravlja u opštoj populaciji (Meltzer, 2003:35).³ Psihološki distres/stres i pozitivno mentalno zdravlje se mjere putem seta pitanja iz upitnika SF-36 (The Short Form Health Survey) razvijenog tokom 70-ih godina u Sjedinjenim Američkim Državama sa ciljem mjerenja zdravstvenog stanja u opštoj populaciji. SF upitnik je primjenjen i validiran u mnogim zemljama, te predstavlja standardizovan mjerni instrument za mjerenje zdravstvenog stanja.⁴ Psihološki distres/stres je procijenjen na osnovu seta od pet pitanja konstruisanih po tipu petostepene skale Likertovog tipa.⁵ Sabiranjem ocjena za pet pitanja se dobija sirovi skor. Zatim se vrši transformacija sirovih skorova tako da se dobije skala skora 0–100 (pri čemu veći skor označava bolje mentalno zdravlje i obratno). Skala vitalnosti obuhvata četiri pitanja konstruisanih po tipu petostepene skale Likertovog tipa.⁶ Sabiranjem ocjena na četiri navedena pitanja se dobija sirovi skor. Zatim se vrši transformacija tako da se dobije skala skora 0–100 (pri čemu veći skor označava veći nivo vitalnosti i obratno). Za procjenu zadovoljstva životom korištena je prosječna ocjena zadovoljstva sadašnjim životom procijenjena na desetostepenoj skali (0–najgori, 10–najbolji život).⁷

Procedura terenskog rada

Za neposredan rad na terenu bili su zaduženi timovi anketara iz domova zdravlja koji su prethodno prošli obuku, te se upoznali sa upitnicima i procedurama rada. Jedan tim su činila dva anketara, tačnije, dva zdravstvena radnika i na teren su uvijek išli zajedno. Anketiranje se obavljalo pojedinačno sa svim članovima domaćinstva koji su ispunjavali kriterij ciljne populacije istraživanja.

Rezultati

Ukoliko posmatramo reproduktivni status žena starosti 18 do 49 godina, u momentu sprovođenja anketiranja, 73% žena je navelo da su bile u drugom stanju, od toga 96,7% je imalo djecu. U proteklih 12 mjeseci od

³ Minimum data set of European mental health indicators: Proposed set of mental health indicators; definitions; description and sources. Pristupljeno na:

http://ec.europa.eu/health/ph_projects/1998/monitoring/fp_monitoring_1998_annexe2_09_en.pdf.

⁴ Mental health measurement in comprehensive national health surveys. Health surveys in the EU: HIS and HIS/HES evaluations and models. Pristupljeno na:

http://www.euhid.org/docs/HISHESphase2_sub2.pdf.

⁵ Psychological distress – Mental health indicator 5-MHI5: SF-36.

⁶ Positive mental health-vitality scale: SF-36 (Ware & Kosinski, 2001).

⁷ WDH – World database of happiness, Continuous register of scientific research on subjective appreciation of life. Directed by Veenhoven, R., Erasmus University Rotterdam. Pristupljeno na: <http://worlddatabaseofhappiness.eur.nl/>

istraživanja 6,1% žena je rađalo. Oko 1/3 žena je imalo namjerni prekih trudnoće, a među ženama koje su imale namjerni prekid trudnoće 48,2% je izvršilo abortus više od jednog puta (tabela 1).

Tabela 1.

Radanje i namjerni prekid trudnoće kod žena od 18 do 49 godina starosti, Republika Srpska, 2010. godina

Pitanje	N	%
Bile trudne:		
Ne	279	27,0
Da	755	73,0
Ukupno	1034	100,0
Imaju djece:		
Ne	25	3,3
Da	729	96,7
Ukupno	754	100,0
Rađale u toku prethodnih 12 meseci:		
Ne	706	93,9
Da	46	6,1
Ukupno	752	100,0
Imale namerne prekide trudnoća:		
Da	214	28,8
Ne	529	71,2
Ukupno	743	100,0
Broj namjernih prekida trudnoće:		
Jedan	111	51,9
2-3	87	40,7
4 i više	16	7,5
Ukupno	214	100,0

Poredeći socio-demografske karakteristike žena koje (ni)su imale namjerni prekid trudnoće (tabela 2) utvrđeno je da među starijim grupama žena, preko 38 godina starosti, ima značajno više onih koje su imale namjerni prekid trudnoće u poređenju sa ženama koje nisu imale abortus, te koje su mahom mlađih starosnih kategorija. Takođe, žene koje su imale namjerni prekid trudnoće su u većem procentu došle u sadašnje mjesto boravka prije 1991. godine u poređenju sa onima koje nisu imale abortus. Navedena razlika je statistički značajna na nivou 0,01. Posmatrajući samo karakteristike žena koje su imale namjerni prekid trudnoće, možemo uočiti da je abortus najzastupljeniji među ženama koje su udate (88,6%), među ženama sa srednjom stručnom spremom (64,5%), podjednako se javlja kod zaposlenih, nezaposlenih žena i domaćica (oko jedne trećine), te je duplo zastupljeniji među ženama koje žive u seoskim područjima (61,7%) u poređenju sa ženama iz gradskih sredina (38,3%). Za namjerni prekid trudnoće su se mahom odlučivale žene koje imaju djecu (97,1%).

Tabela 2.
Socio-demografske karakteristike žena od 18 do 49 godina starosti koje (ni)su imale namjerni prekid trudnoće, Republika Srpska, 2010. godina

	Imale namjerni prekid trudnoće:		χ^2 (p)
	Da N / %	Ne N / %	
Starost:			
18-33	28 / 13,1	203 / 38,4	
34-38	35 / 16,4	109 / 20,6	
39-43	55 / 25,7	91 / 17,2	60,941
44-49	96 / 44,9	126 / 23,8	(p<0,01)
Ukupno	214 / 100	529 / 100	
Bračno stanje:			
Udata	187 / 88,6	478 / 90,4	
Neudata	4 / 1,9	4 / 0,8	1,921
Razvedena/udovica	20 / 9,5	47 / 8,9	(0,383)
Ukupno	211 / 100	529 / 100	
Radni status:			
Zaposlena	74 / 34,6	198 / 37,4	
Nezaposlena/ne radi	79 / 36,9	190 / 35,9	
Domaćica	61 / 28,5	137 / 25,9	2,387
Studentica/učenica	0	4 / 0,8	(0,496)
Ukupno	214 / 100	529 / 100	
Dolazak u sadašnje mjesto boravka:			
Prije 1991. godine	45 / 21,0	56 / 10,6	
Poslije 1991. godine	91 / 42,5	301 / 56,9	18,981
Oduvijek živim ovdje	78 / 36,4	172 / 32,5	(p<0,01)
Ukupno	214 / 100	529 / 100	
Školska sprema:			
Bez škole/nepotpuna osnovna	6 / 2,8	13 / 2,5	
Osnovna škola	61 / 28,5	107 / 20,2	7,534
Srednja škola	138 / 64,5	371 / 70,1	(0,057)
Viša/ visoka škola	9 / 4,2	38 / 7,2	
Ukupno	214 / 100	529 / 100	
Tip naselja:			
Urbano	82 / 38,3	225 / 42,5	1,117
Ruralno	132 / 61,7	304 / 57,5	(0,291)
Ukupno	214 / 100	529 / 100	
Ima djece:			
Ne	4 / 1,9	21 / 4	2,068
Da	210 / 98,1	508 / 96	(0,150)
Ukupno	214 / 100	529 / 100	

Obe grupe žena najčešće navode da imaju dvoje djece (Mod=2), ali je prosječan broj djece statistički značajno veći među grupom žena koje su imale namjerni prekid trudnoće (tabela 3).

Tabela 3.

Prosječan broj djece u grupi žena od 18 do 49 godina starosti koje (ni)su imale namjerni prekid trudnoće, Republika Srpska, 2010. godina

Namjerni prekidi trudnoća:	N	AS (SD)	t(p)
Da	214	2,27 (1,259)	3,268(0,001)
Ne	529	1,94 (1,118)	

Primjenom jednofaktorske multivarijacione analize varijanse istražene su razlike u mentalnom zdravlju i zadovoljstvu životom među ženama koje nisu i onima koje su izvršile namjerni prekid trudnoće. Upotrebene su tri zavisne promjenjive; procjena distresa, vitalnosti i procjena zadovoljstva sadašnjim životom. Nezavisna promjenjiva su žene koje nisu i one koje su izvršile namjerni prekid trudnoće. Utvrđena je statistički značajna razlika među ženama koje nisu i onima koje su imale namjerni pred trudnoće u pogledu kombinacije zavisnih promjenljivih.⁸ Kada se rezultati zavisnih promjenljivih razmatraju zasebno, razlika koja je dostigla statističku značajnost (korekcija po Benferoniju prilagođena za nivo alfa od 0,017) je prisutna u nivou distresa,⁹ u nivou vitalnosti,¹⁰ te u nivou procjene zadovoljstva životom.¹¹ Pregledom procijenjenih vrijednosti na skali distresa,

Tabela 4.

Mentalno zdravlje i zadovoljstvo životom žena od 18 do 49 godina starosti koje su imale namjerni prekid trudnoće, Republika Srpska, 2010. godina

Imale namjerni prekid trudnoće:		N	AS (SD)	F (p)
Skala distresa	da	214	55,03 (±12,93)	14,852 (0,000)
	ne	528	58,89 (±12,15)	
Skala vitalnosti	da	214	44,53 (±11,38)	21,566 (0,000)
	ne	528	49,06 (±12,29)	
Procjena zadovoljstva životom	da	214	6,85 (±1,85)	8,592 (0,003)
	ne	529	7,27 (±1,73)	

vitalnosti i zadovoljstva životom možemo uočiti da su: veći skorovi tačnije bolje mentalno zdravlje, veći nivo poleta i energije, kao i veće zadovoljstvo životom prisutni među grupom žena koje nisu imale

⁸ F = 8,0, p = 0,000; Vilksov lambda = 0,97; parcijalni eta kvadrat = 0,03.

⁹ F = 14,852, p = 0,000; parcijalni eta kvadrat = 0,02.

¹⁰ F = 21,566, p = 0,000; parcijalni eta kvadrat = 0,03.

¹¹ F = 8,592, p = 0,003; parcijalni eta kvadrat = 0,01.

namjerni prekid trudnoće, u poređenju sa onima koje jesu. Iako je razlika u nivou mentalnog zdravlja i zadovoljstva životom statistički značajna među navedenim grupama žena, međusobni uticaj navedenih varijabli, procijenjen na osnovu vrijednosti parcijalnog eta kvadrata, vrlo je nizak.

Diskusija

Namjerni prekid trudnoće se počinje sve aktivnije razmatrati kao bitan aspekt seksualno-reproduktivnog zdravlja žena. I pored legalizacije abortusa u mnogim zemljama, upotreba kontracepcije predstavlja znatno sigurniji i isplativiji vid zaštite od neželjene trudnoće u poređenju sa namjernim prekidom kao medicinskim zahvatom koji nosi određen rizik po fizičko i emocionalno zdravlje (Rašević i Sedlecki, 2011: 3). Istraživači pretpostavljaju da iako legalizacija abortusa može da poveća broj namjernih prekida trudnoće, navedeni trend će opasti uslijed strateškog edukovanja i promocije značaja porodičnog planiranja i upotrebe kontraceptivnih sredstava (Henshaw, Singh i Haas, 1999, prema: Segal i sar., 2007: 106). Sistematske analize su pokazale da je počevši od 1996. do 2003. godine došlo do smanjivanja broja namjernih prekida trudnoća u zemljama istočne Evrope (Rusija, Bugarska, Češka Republika, Mađarska, Slovačka), ali je broj abortusa u navedenim zemljama i dalje među najvećim u svijetu. Nivo abortusa među zemljama sjeverne i dijelom zapadne Evrope je među najnižim u poređenju sa ostalim zemljama u kojima je legalizovan abortus (Sedgh et al. 2007: 106, 113). Posmatrajući podatke o prekidima trudnoća na našem području tokom 2011. godine, u poređenju sa zemljama Evropske unije, u Republici Srpskoj broj prekida trudnoće iznosi 243,8 na 1000 živorođene djece, tačnije, nešto je veći u odnosu na prosjek Evropske unije gdje se broj prekida trudnoće kreće oko 222,14 na 1000 živorođene djece. Istovremeno broj abortusa u Srbiji iznosi 322,48 na 1000 živorođene djece dok je navedeni trend znatno manji u Hrvatskoj sa 105,52 abortusa na 1000 živorođene djece.¹² Prema podacima Instituta za javno zdravstvo Republike Srpske za 2011. godinu namjerni prekidi trudnoće se kreću oko 47,6% u ukupnom broju prekida trudnoće, te su najčešći među ženama koje su u bračnoj zajednici, starosti od 28 do 39 godina (IZJZRS, 2011: 149). Sličan trend je prisutan i u zemljama okruženja, tačnije u Hrvatskoj se udio namjernih prekida trudnoća u ukupnom broju abortusa kreće oko 41,8%, te je najzastupljeniji među ženama u braku starosti od 30 do 39 godina. (HZJZ, 2011: 3). U Srbiji je među prekidima trudnoća takođe najzastupljeniji medicinski indukovani prekid trudnoće koji se kreće oko

¹² Izvor: European health for all database (HFA-DB) World Health Organization Regional Office for Europe updated: January 2013. Pristupljeno na: <http://data.euro.who.int/hfad/>

75,5%. Od svih žena koje su imale prekid trudnoće najviše je onih starosti od 25 do 34 godine, te je zabilježen najčešće među ženama koje već imaju dvoje djece (IZJZ Srbije, 2011: 447). Stručnjaci ističu da se manji broj namjernih prekida trudnoće obavlja u ustanovama sekundarnog i tercijarnog tipa (bolnice/klinički centri) tako da je realni broj abortusa znatno veći uslijed velikog broja namjernih prekida trudnoće koji se obavljaju u privatnim ordinacijama, te se kao nedozvoljeni abortusi ne prijavljuju i ne registruju u skladu sa zakonskim propisima (Babić, 2014).¹³ Upravo navedeno predstavlja ključni razlog za pretpostavku da je tačni broj abortusa znatno veći, te da zvanična zdravstvena statistika ne nudi potpun uvid u zastupljenost navedene pojave. S druge strane, prikupljanje istraživačkih podataka putem intervjuva vođenog od strane anketara ostavlja mogućnost davanja socijalno poželjnih odgovora, te eventualnog negiranja namjernog prekida trudnoće (Sedgh i Henshaw, 2010: 29), prevashodno kod mlađih kategorija žena. Navedeno moramo imati u vidu prilikom interpretacije podataka dobijenih putem istraživanja zdravlja stanovništva. Najbolji način da se obezbijede podaci o namjernom prekidu trudnoće jeste registracija svakog slučaja u privatnim i javnim zdravstvenim ustanovama (Rašević, 2008: 17).

Istraživanjem zdravlja stanovništva utvrđena je prevalenca namjernog prekida trudnoće u opštoj populaciji žena, a koja se kreće oko 28,8% među ženama starosti od 18 do 49 godina. Posebno je značajno istaknuti da je za skoro polovinu ovih žena (48,2%) abortus usvojen način kontrole rađanja s obzirom da su imale više od jednog abortusa. Objašnjenje navedene pojave se ogleda u sve većoj zastupljenosti "sociološkog steriliteta" (Bobić, 2007: 73) u sklopu kojeg se porodice sve više namjerno odriču rađanja, prije svega uslijed materijalnog ili emocionalnog zalaganja koje za sobom povlači veći broj članova porodice. Ipak, navedeno objašnjenje daje uvid u samo jedan segment "abortusne kulture" prisutne na našim podneblju (Rašević i Sedlecki, 2011: 4). Preferiranje porodice sa manjim brojem članova je doprinijelo velikom opredjeljenju za namjerni prekid trudnoće kao posljedice neplaniranog začeca uslijed upotrebe tradicionalnih metoda kontracepcije kao što je prekinut odnos, tako da je abortus postao sve učestalija posljedica kontraceptivne greške uslovljene tradicionalnim rodnim ulogama (Drezgić, 2004: 105). Upravo se tradicionalni metod kontracepcije, kao dominantan pristup u kontroli začeca na našem području, smatra vodećim uzrokom velikog broja namjernih prekida trudnoća (Rašević, 1994: 68). Navedeno je potkrepljeno istraživanjima novijeg datuma, a koja ukazuju da sredstva kontracepcije na našem podneblju (Republika Srpska) koristi oko jedne

¹³ Zakon o uslovima i postupku za prekid trudnoće 2008, Član 17 (*Službeni Glasnik Republike Srpske* br. 34/08)

trećine žena koje imaju stalnog partnera, oslanjajući se mahom na rudimentarne metode kao što je prekinut odnos (Matović-Miljanović i sar., 2011: 120; Lolić i Stijak; 2012: 64).

Karakteristike žena koje su imale namjerni prekid trudnoće u stacionarnim zdravstvenim ustanovama je potvrđen u predočenom istraživanju zdravlja stanovništva čiji podaci u pogledu socio-demografskih karakteristika žena koje su imale abortus potvrđuju podatke dobijene putem prijava prekida trudnoća u bolnicama i klinikama. Tačnije, žene koje su imale namjerni prekid trudnoće skoro u svim slučajevima imaju djecu (98,1%), te u periodu sprovođenja istraživanja imaju 39 i više godina starosti, što upućuje na zaključak da su se u prethodnom periodu života odlučivale na abortus, što se djelimično potkrepljuje zvaničnim evidencijama prema kojima se žene na našem području najčešće opredjeljuju na abortus sa 28 do 39 godina starosti. Veća zastupljenost abortusa na našem podneblju, u poređenju sa zemljama Evropske unije i zapadnih susjeda, otvara pitanje zastupljenosti "abortusne kulture" kao posljedice dominante primjene tradicionalnih metoda kontracepcije (prekinut odnos) u kombinaciji sa niskom dostupnošću savjetovališta za porodično planiranje (Rašević i Sedlecki, 2011: 4). Na individualnom nivou tome je doprineo negativan stav žena prema modernim sredstvima kontracepcije, te shvatanje abortusa kao rutinske procedure, dok je pasivan stav muškaraca ishodovao prepuštanjem konačne odluke i odgovornosti ženama (Rašević, 2008: 300; Rašević, Sedlecki, 2011: 8). Potencijalni razlozi za odlučivanje na abortus kod navedene grupe žena se ogledaju u idealu male porodice sa jednim ili dvoje djece, čija veličina je određena ekonomskim i materijalnim uslovima života (Drezgić, 2004: 102) kao i željom da budu dobre i posvećene majke djeci koju već imaju (Berer, 2000: 581).

Na osnovu utvrđenih karakteristika osoba koje su imale namjerni prekid trudnoće možemo uočiti da je on znatno izraženiji među ženama koje su više mijenjale prijeratno mjesto prebivališta (vjerovatno zbog udaje ili školovanja) u poređenju sa ženama koje nisu imale namjerni prekid trudnoće. U pogledu obrazovanja najviše je žena sa srednjom stručnom spremom, podjednak broj zaposlenih, nezaposlenih i domaćica, te je riječ prevashodno u udatim ženama koje žive u seoskim sredinama, tako da možemo pretpostaviti da su ekonomski zavisnije od svojih muževa koji ne učestvuju aktivno u kontroli začeća. Socijalni aspekt namjernog prekida trudnoća, kao i dalje sveprisutnog sredstva kontrole rađanja i pre drugih metoda kontracepcije, upućuje na pitanje odnosa žena i muškaraca u pogledu seksualnog života i zajedničkog planiranja porodice. Nisko poznavanje reproduktivnog zdravlja, nepoznavanje potencijalnih posljedica namjernog prekida trudnoće, kao i pitanje kontrole začeća od strane muškaraca uslijed preferirane metode prekinutog odnosa, samo su

neke od bitnih karakteristika znanja i stavova prisutnih kod žena koje su imale namjerni prekid trudnoće (Rašević, 1994: 71-72). U Republici Srpskoj je upotreba kontracepcije najzastupljenija među ženama u gradskim sredinama, ženama sa visokim ili višim obrazovanjem, te njena upotreba raste sa brojem živorođene djece (Lolić i Stijak, 2012: 64). Rezultati navedenog istraživanja objašnjavaju visok nivo abortusa među ženama u seoskim sredinama, sa srednjom stručnom spremom s obzirom da je upotreba bilo kojeg metoda kontracepcije kod njih niža, ako pri tome uzmemo da je i među metodama kontracepcije najzastupljenija primjena prekinutog odnosa možemo da objasnimo visoku zastupljenost abortusa kao krajnje metode kojoj se primjenjuje u situacijama neplaniranog začeća.

Posmatrajući nivo mentalnog zdravlja među grupom žena koje su imale namjerni prekid trudnoće utvrđen je veći nivo stresa, manji nivo vitalnosti i niže zadovoljstvo sadašnjim životom u poređenju sa grupom žena koje nisu imale namjerni prekid trudnoće. Iako je navedena razlika statistički značajna, nivo uticaja je nizak čime su potvrđeni rezultati studija koje su ukazale na prisustvo rizika niskog intenziteta od razvoja emocionalnih poteškoća među grupom žena koje su imale abortus (Fergusson, Horwood, Ridder 2006: 23; Fergusson, Horwood, Boden, 2008: 449). Dobijeni podaci, potkrepljeni pomenutom longitudinalnom studijom, ukazuju na određenu povezanost između prekida trudnoće i mentalnog zdravlja, ne podržavajući intenzivno pozicije koje tvrde da abortus ima jak i intenzivan uticaj na nastanak psiholoških problema povezanih sa mentalnim poremećajima (Coleman, 2011: 183), kao ni pozicije koje negiraju bilo kakav uticaj abortusa na mentalno zdravlje¹⁴ (APA, 2008). S druge strane, brojne studije i metaanalize su pokušale putem strogih naučnih standarda da utvrde međusobni odnos abortusa i mentalnog zdravlja, ističući značaj kontrole svih faktora koji su mogli doprinijeti razvoju mentalnih poteškoća i prije neplaniranog začeća. Rezultati našeg istraživanja ne podliježu strogim naučnim standardima s obzirom da su dio sveobuhvatnog istraživanja zdravlja stanovništva koje je usmjereno na mjerenje mentalnog zdravlja opšte populacije, ali predstavljaju inicijalnu osnovu za dublje i sistematičnije ispitivanje uticaja abortusa na zadovoljstvo i kvalitet života žena koje se učestalo opredjeljuju za abortus na našem podneblju. Opsežnije studije zdravstvenih posljedica abortusa u zemljama gdje dominira "abortusna kultura", sa svim svojim društvenim specifičnostima, bi pružile značajnu kvalitativnu dopunu postojećim metaanalizama koje se donekle ustručavaju sagledati negativne posljedice

¹⁴ Planned Parenthood Federation of America (2012). The Emotional Effects of Induced Abortion: Fact Sheet. Pristupljeno na: http://www.plannedparenthood.org/files/PPFA/Emotional_Effects_of_Induced_Abortion.pdf

abortusa, stvarajući ozračje koje je prihvatljivo svim društvenim stavovima vezanim za namjerni prekid trudnoće (Coleman, 2012: 80).

Zaključak

Namjerni prekid trudnoće je prisutan u svim zemljama i, kako smo vidjeli, među ženama različitih socijalnih kategorija. Poteškoće i rizik koji namjerni prekid trudnoće nosi sa sobom, ogleda se u ranim i kasnim komplikacijama i mogućem nastanku steriliteta, dok je uticaj na mentalno zdravlje iako nizak, prisutan i dosljedan. I pored prisustva različitih sredstava kontracepcije, koji je u pojedinim zemljama svijeta ishodovao smanjenjem broja abortusa, broj namjernih prekida trudnoće u našim sredinama i dalje predstavlja značajan socijalni i javno-zdravstveni problem (MZSZRS, 2012). Na mikronivou namjerni prekid trudnoće dovodi do brojnih zdravstvenih, psiholoških i socijalnih posljedica, dok na makronivou utiče na nivo fertiliteta i reproduktivnog potencijala populacije (Rašević, 2008: 301). Činjenica da je pomjeranje ka većoj kontroli začeca, tj. upotrebi modernih sredstava kontracepcije, i dalje vrlo sporo upućuje na vrlo dugotrajne promjene u cilju povećanja aktivnog i kontrolisanog planiranja rađanja.

Politika unapređenja seksualno-reproduktivnog zdravlja u Republici Srpskoj je definisala kao jedan od bitnih ciljeva promovisanje seksualno reproduktivnih prava, koja treba da garantuju slobodno i odgovorno odlučivanje o najpovoljnijem periodu za roditeljstvo, broju djece i razmaku između rađanja novog potomstva. Reproductivna prava podrazumijevaju i dostupnost informacija i sredstava za kontracepciju. Od iznimnog značaja za buduće naraštaje mladih žena jeste uvođenje zdravstvenog obrazovanja u škole, kako bi mladi blagovremeno usvojili znanja i stavove koji će doprinijeti boljoj brizi za seksualno-reproduktivno zdravlje. Osnova društvene politike treba da se usmjeri ka realizaciji odgovornog i slobodnog planiranja porodice, uz dostupnost zdravstvenih usluga i stručnog informisanja u cilju što odgovornijeg i samosvjesnijeg odlučivanja pojedinca i porodice. Neposredan kontakt doktora porodične medicine sa ženama u gradskim i seoskim sredinama pruža mogućnost savjetovanja o kontracepciji kroz otvoren razgovor usmjeren ka individualnim potrebama, problemima i strahovima, a što se pokazalo kao iznimno značajna potreba žena u kontaktu sa zdravstvenom službom i ginekolozima (Rašević, Sedlecki, 2011: 9). Posebnu pažnju kroz savjetodavni terenski rad je potrebno posvetiti ženama koje žive u ruralnim sredinama, a kojima su manje dostupne usluge socijalnih i zdravstvenih ustanova (Hilleier, Weisman, Chase i Dyer, 2008: 1271). Uvođenje obaveznog savjetovanja prije i poslije obavljenog prekida trudnoće, uz jasno definisane procedure, omogućiće visok nivo kvaliteta

zdravstvene zaštite, te individualno prilagođen rad sa ženama kako bi im se pružile sve mjerodavne informacije značajne za njihovo seksualno-reproduktivno zdravlje (MZSZRS, 2012). Povjerljivo savjetovanje će pružiti priliku za aktivan rad sa ženama, uz uključivanje njihovog partnera u cilju zajedničkog i odgovornog planiranja roditeljstva i pristupa u upotrebi kontracepcije.¹⁵ Rad na prosvjećivanju porodica, žena i muškaraca, ali i zdravstvenih radnika predstavlja glavni pravac djelovanja koji bi trebalo da omogući aktivno planiranje potomstva, da podstakne aktivnu ulogu oba pola prilikom donošenja odluke vezane za namjerni prekid trudnoće, odluke koja će biti zasnovana na informacijama o dobrim i potencijalno lošim aspektima navedenog čina u pogledu fizičkog i emocionalnog zdravlja žena.

Literatura

- APA (2008). *Task Force on Mental Health and Abortion*. American Psychological Association. Washington, DC: Author. Pristupljeno na: <http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf>
- BABIĆ, V. N. (2014). "Namjerni prekid trudnoće". *Mama&Beba* (Banja Luka), <http://www.mamaibeba.org/news/details/ba25e0d9-e655-4fa1-be4e-9f2100d87ad6>, pristupljeno 14.11.2014. Izvor prema: http://www.medicom.com/index.php?option=com_content&task=view&id=283, pristupljeno 29.8.2014.
- BERER, M. (2000). "Making abortions safe: A matter of good public health policy and practice". *Bulletin of World Health Organization*, 78(5): 580-592.
- BOBIĆ, M. (2007). *Demografija i sociologija: Veza ili sinteza* (Beograd: Službeni glasnik).
- COLEMAN, P. (2011). "Abortion and Mental Health: Quantitative Synthesis and Analysis of Research Published 1995-2009". *The British Journal of Psychiatry*, Sept. 2011, 199, pp. 180-186.
- COLEMAN, P. (2012). "Abortion and Mental Health: Guidelines for proper scientific conduct ignored". U Xenitidis, K., Campbell, C. (eds.) Correspondence-Author's reply, *The British Journal of Psychiatry* 200, 74-83. Pristupljeno na: <http://bjp.rcpsych.org/content/200/1/75.full.pdf+html>
- DREZDIĆ, R. (2004). "The Politic of Abortion and Contraception". *Sociologija*, 46(2): 97-114.
- FERGUSSON, D., J. HORWOOD, E. RIDDER (2006). "Abortion in young women and subsequent mental health". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, pp.16-24.

¹⁵ Savjetovanje i procedure prije i nakon namjernog prekida trudnoće – Vodilja zasnovana na dokazima o dobroj praksi. UNFPA – Populacijski fond Ujedinjenih nacija, Ured u BiH, 2007.

- FERGUSON, D., L. HORWOOD, J. BODEN (2008). "Abortion and mental health disorders: Evidence from a 30-year longitudinal study". *The British Journal of Psychiatry*, 193, 444-451.
- HILLEMEIER, M., C. WEISMEN, G. CHASE, A. M. DYER (2008). "Mental Health Status Among Rural Women of Reproductive Age: Findings from the Central Pennsylvania Women's Health Study". *American Journal for Public Health*, July; 98(7): 1271- 1279.
- HOWARD, L. (2012). "Abortion and mental health: Guidelines for proper scientific conduct ignored". U Xenitidis, K., Campbell, C. (eds.) Correspondence, *The British Journal of Psychiatry* 200, 74-83. Pristupljeno na: <http://bjp.rcpsych.org/content/200/1/75.full.pdf+html>
- HZJZ (2012). *Prekidi trudnoće u zdravstvenim ustanovama u Hrvatskoj 2011. godine* (Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo).
- IZJZ (2012). *Zdravstveno statistički godišnjak Republike Srbije* (Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović Batut").
- IZJZ RS (2013). *Zdravstveno stanje stanovništva u 2011. godini* (Banja Luka: Institut za javno zdravstvo, Republika Srpska).
- LITTELL, J. (2012). "Abortion and mental health: Guidelines for proper scientific conduct ignored". U Xenitidis, K., C. Campabell (eds.) Correspondence. *The British Journal of Psychiatry* 200, 74-83. Pristupljeno na: <http://bjp.rcpsych.org/content/200/1/75.full.pdf+html>.
- LOLIĆ, A., M. STIJAK (2012). *Istraživanje višestrukih pokazatelja u Republici Srpskoj 2011-2012. godine* (Banja Luka: Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske).
- MATOVIĆ-MILJANOVIĆ, S., et al. (2012). *Istraživanje zdravlja stanovništva Republike Srpske: Izvještaj o rezultatima istraživanja* (Banja Luka: Institut za javno zdravstvo Republike Srpske).
- MELTZER, H. (2003). Development of a common instrument for mental health. In A. Nosikov and C. Gudex (eds.) *EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys* (Amsterdam: IOS Press).
- MZSZ RS (2012). *Politika za unapređenje seksualnog i reproduktivnog zdravlja u RS 2012-2017. godine* (Banja Luka: Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske).
- POLIS, C. (2012). "Abortion and mental health: Guidelines for proper scientific conduct ignored". U Xenitidis, K., C. Campabell (eds.) Correspondence. *The British Journal of Psychiatry* 200, 74-83. Pristupljeno na: <http://bjp.rcpsych.org/content/200/1/75.full.pdf+html>
- PPFA (2012). The Emotional Effects of Induced Abortion: Fact Sheet. http://www.plannedparenthood.org/files/PPFA/Emotional_Effects_of_Induced_Abortion.pdf
- RAŠEVIĆ, M. (1994). "Yugoslavia: Abortion as a Preferred Method of a Birth Control". *Reproductive Health Matters* 3, 68-74.

- RAŠEVIĆ, M. (2008). "Da li je evidentirani broj abortusa u Srbiji realan?". *Stanovništvo*, vol. 46, br.2, str.7-21.
- RAŠEVIĆ, M. (2008). "Serbia: Transition from abortion to contraception or not?". *Sociološki pregled*, vol. 42, br. 3, str. 295-305.
- RAŠEVIĆ, M., K. SEDLESKI (2011). "Pitanje postojanja abortusne kulture u Srbiji". *Stanovništvo*, vol. 49, br. 1, str. 1-13.
- RIDANOVIĆ, Z. (2007). *Savjetovanje i procedure prije i nakon namjernog ranog prekida trudnoće* (Sarajevo: UNFPA- Populacijski fond Ujedinjenih nacija, Ured za BiH).
- SEDGH, G., et al. (2007). "Legal Abortion Worldwide: Incidence and Recent Trends". *International Family Planning Perspectives*, 33(3): 106–116.
- SEDGH, G., S. HENSHAW (2010). "Measuring the Incidence of Abortion in Countries with Liberal Laws". In Singh, S., L. Remez, A. Tartaglione (eds.) *Methodologies for Estimating Abortion Incidence and Abortion-Related Morbidity: A Review*, pp.13-23.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2009). *Mental health aspects of woman's reproductive health: A global review of the literature* (Geneva: WHO Press).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2009). *Women and Health: Today's evidence tomorrow's agenda* (Geneva: WHO Press).
- ZAKON O USLOVIMA I POSTUPKU ZA PREKID TRUDNOĆE (2008). Član 17. *Službeni Glasnik Republike Srpske*, br. 34/08.

Jelena Niškanović

Induced Abortion in the Republic of Srpska: Characteristics and Impact on Mental Health

S u m m a r y

Induced abortion is an important aspect of sexual and reproductive health, with potentially negative impact on physical and emotional health of women. The aim of this paper is to investigate the presence of abortion in our society, characteristics of women who had induced abortion and its impact on mental health. The results presented in this paper are part of the bigger study "Health Status, Health Needs and Utilization of Health Services", which was carried out in Republic of Srpska during 2010. Survey covered 1042 women age from 18 to 49. A standardized set of instruments in the field of sexual-reproductive and mental health (NHS, EUROHIS, ECHIM) was applied. Results indicate that 28.8 % of women had induced abortion, while nearly half of them (48.2%) had more than one abortion in their life. Induced abortion is more common among women over 38 years who already have children (97.1%) and live in rural parts of country (61.7%). Abortion is mostly preferred method of birth control among married woman (88.6%), woman with secondary school (64.5%), but is equally present among employed or unemployed woman and housewife's (around 1/3).

There was a statistically significant but low correlation between current life satisfaction, mental health and induced abortion ($F=8.0$, $p=0.000$; Wilks' lambda =0.97; partial Eta-squared=0.03). More precisely, women who have had abortions have expressed higher levels of stress, lower levels of vitality, and were less satisfied with present life compared to those who did not have an abortion. High rates of induced abortion are present in Balkans countries for a long time (Rašević, 1994: 86; Rašević, 2011: 3). Higher rates of abortion, compared to the European Union and western neighbors, raises the question of presence of "abortion culture" (Rasevic and Sedlecki, 2011: 4). Abortion culture is the consequence of frequent use of traditional method of contraception (coitus interruptus) in combination with low availability of counseling and family planning. Lot of scientific rigorous studies indicate a specific connection between abortion and mental health without supporting attitudes which claim that abortion has a strong impact on mental health (Coleman, 2011: 183), as well as attitudes that deny any effect of abortion on mental health (APA, 2008). The results point the importance of promoting greater sexual-reproductive rights, free and responsible family planning and greater availability of contraceptives as safer methods of birth control.

Key words: *induced abortion, reproductive health, mental health, conception*