

УНИВЕРЗИТЕТ “ СВ. КИРИЛ И МЕТОДИЈ ” – СКОПЈЕ
ФИЛОЗОФСКИ ФАКУЛТЕТ

Институт за социјална работа и социјална политика
„Мајка Тереза“



СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ ТРУД

СОЦИЈАЛНИ ФАКТОРИ – ПРИЧИНА ЗА ПРЕКИН НА БРЕМЕНОСТ

Ментор:

Проф. д-р Иван Трајков

Кандидат:

Јасмина Рафајловска

Скопје, 2016 година

СОДРЖИНА

ВОВЕД.....	3
I.Теоретски основи.....	8
1.Историја на абортусот.....	8
2. Дефинирање на основните поими.....	9
2.1 Абортус.....	9
2.2 Репродуктивно здравје.....	10
2.3 Планирање на семејство.....	11
2.4 Контрацепција.....	13
2.5 Несакана бременост.....	15
2.6 Безбеден абортус.....	16
3.Фактори кои придонесуваат за прекин на бременост.....	18
4. Возрасни групи при прекин на бременост.....	20
4.1 Малолетници.....	20
4.2 Зрело доба.....	22
5. Абортусот како право на жената.....	23
6. Национална и меѓународна правна рамка за прекин на бременост	26
7. Постапка за прекин на бременост и видови абортус.....	32
8. Улога на социјалниот работник при прекин на бременост.....	36
II. Методолошка рамка на истражувањето.....	40
1.Формулирање на истражувачки проблем.....	40
2.Предмет на истражување.....	42

2.1. Теоретско определување на предметот на истражување.....	42
3.Цели и задачи на истражување.....	42
4.Хипотези на истражувањето.....	44
5. Методи и техники на истражувањето.....	45
6.Примерок на истражување.....	46
7. Фази на реализација на истражувачките активности.....	47
8.Приказ на резултати од истражувањето и нивна интерпретација	49
8.1 Приказ на резултати од ран прекин на бременост во прв триместар.....	52
8.2 Приказ на резултати од првостепена комисија за прекин на бременост при Јавна Здравствена Установа Универзитетска Клиника за Гинекологија и Акушерство-Скопје.....	63
8.3 Приказ на резултати од малолетнички прекин на бременоста.....	75
Заклучоци.....	79
Проверка на поставените хипотези.....	85
Препораки.....	94
Литература.....	97

ВОВЕД

Репродуктивното здравје е индивидуален и глобален интерес важен за репродуктивниот период на жената и целосно поврзан со бременоста, сакајќи таа да се случи или избегнувајќи ја.

Абортусот пак, е прекин на веќе започнатата бременост која се наоѓа во матката. Тој може да биде спонтан, поради компликации во тек на бременоста или намерен - предизвикан. Прекилот на бременоста може да се изврши во првиот трисеместар од бременоста или потоа како прекин на напредната бременост.

Абортусот е комплексна и многу честа тема кај нас и во светот. Тоа е доста контроверзна тема со која што изгледа, ако така може да се каже, сите сакаат да се занимаваат и секој има што да каже. Една од најексплоатираните теми, за која ставовите и мислењата тешко се приближуваат, вистините се различни, како да постојат две вистини, одговорите се конкретни или нејасни, дијаметрално спротивставени и различни, секој мисли дека токму неговото мислење е оправдано и правилно. Има за и против, го сметаат за човеково право или пак за грев. Секогаш се присутни кампањи, дискусии, дебати, за абортус или против абортусот, за раѓање. Поддржани од владини организации или здруженија на граѓани, при што се организираат дебати, протести за искажување на јавното мислење, посебно во однос на законите, измените, правата, во врска со закон за прекин на бременост, пристапот, политиките и квалитетот на абортусот. Секогаш е присутна поддршка или стигматизација. Ова е една од ретките работи што е толку многу напаѓана, а во исто време тие што ја бранат многу жестоко го прават тоа. Ретко можете да сретнете некој што нема свое мислење за абортусот. Полемии се водат за абортус, раѓање, репродукција. Глобално, мислењата се многу спротивставени.

Додека едни се на мислење дека тоа е право на секоја жена, самата да решава за својот живот, своето тело, своето здравје, други сметаат дека тоа е недозволиво бидејќи се одзема, или не му се дава шанса за живот на веќе зачнатиот плод. Постојат и радикални гледишта на сето ова, кои секогаш многу ја разбрануваат јавноста и предизвикуваат бурни реакции. Стручната и пошироката

јавност е секогаш засегната по било кое од овие прашања. За тоа што е точно и кој е во право нема единствен одговор. Во светот најистакнати се мислењата и ставовите на групите pro-choice (за избор) кои се залагаат за право на избор и се поддржувачи на правото на абортус и pro-life (за живот) кои се залагаат за право на живот и се противници на абортусот.

Трудот опфаќа теоретски и истражувачки дел. Теоретскиот дел се состои од историја на абортусот, дефинирање на основните поими, фактори кои придонесуваат за прекин на бременост, возрасни групи при прекин на бременост (малолетници, зрело доба), абортусот како право на жената, национална и меѓународна правна рамка за прекин на бременост, постапка за прекин на бременост и видови абортус и улогата на социјалниот работник при прекин на бременоста. Во истражувачкиот дел се презентирани и анализирани резултатите од истражувањето во однос на прекините на бременост поради социјални индикации односно социјалните фактори како причина за прекин на бременоста.

Прекиноот на бременоста има повеќе димензии: медицинска, морална, етичка, социјална, политичка, психолошка.

Медицинските причини се јасни и неспорни. Ретко кој би имал против прекин на бременост од медицински причини. Во овие случаи индицирано се работи за здравје и живот.

Здравствената и социјалната политика се истакнуваат во однос на правата на абортус и начинот на кој се изведува. Исто така, тие играат важна улога и во семејната политика и планирање на семејството.

Психолошките аспекти се вклучени во целиот процес пред (кога се носи одлука), за време на абортусот (интервенција) и после абортусот (Post Abortion Stress Syndrome). Моралните и етичките димензии се присутни и кај оние што прекинуваат бременост и кај оние кои го извршуваат абортусот, кај оние кои се, и не се засегнати, кај мажи и кај жени. Главните дилеми се во однос на тоа кога почнува животот. И додека едни сметаат дека тоа е со самиот зачеток, други сметаат дека тоа е со самото раѓање. Па од таму морално - етичките димензии имаат голем распон. Често се смета иако тоа е многу остро кажано дека се зборува за живот и смрт, односно се дава или се одзема правото на живот.

Можеби најактуелни се социјалните димензии кои се поприсутни во јавните дебати и ставовите на оправданост или неоправданост. Социјалните фактори кои придонесуваат за прекин на бременост се бројни, а прекините од овие причини се многу чести. Постојат многу држави во светот (Полска, Малта и др.) кои не дозволуваат абортус поради социјални причини, посебно не во напредната бременост. Стигматизацијата за овие жени е голема. Сакам да истакнам дека и покрај тоа што ова е намерен прекин на непланирана и несакана бременост, на жените не им е сеедно, ниту пак лесно да ја донесат таа одлука и да направат прекин на бременост. Се поприсутен е Post Abortion Syndrome кој доволно говори за личната емоционална и психичка состојба на жената. Секако сакам да ја истакнам улогата на партнерот во целиот процес, која е многу потребна и значајна. Семејната поддршка е неопходна. Неретко млади девојчиња и малолетници прекинуваат бременост а семејството овде игра клучна улога во поддршка, разбирање, помош, законска реализација на целата постапка, сфаќањата, ставовите и навиките за контрацепција, репродуктивно здравје, интимен живот.

За да не дојде до прекин на непланирана и несакана бременост, најдобро е да се употребува контрацепција. Секоја жена која не планира да забремени треба да користи контрацепција. Информираноста и пристапноста до средствата за контрацепција, треба да биде на највисоко ниво, посебно кај младите. Секоја индивидуа треба да си го планира личниот, семејниот и репродуктивниот живот, а токму контролата на раѓањето е темел на концептот за планирање на семејството.

Од горенаведеното може да се констатира дека социјалните фактори се клучни и детерминирачки не само кај абортусот, туку и за контрацепција и планирање на бременост.

Во однос на медицинските прекини (спонтан абортус и сл.) нема начин како тоа да се спречи, и тука прекилот на бременоста не може да се спречи. Кога се работи за животозагрозувачка состојба на мајката или се докаже дека со плодот има големи медицински проблеми, прекилот на бременоста е неминовен.

Во трудот би се осврнала на немедицинските прекини, прекин поради немедицински фактор, а тоа е најчесто социјален фактор. Сакам да истакнам од

моето досегашно стручно искуство, дека секој случај е сам за себе, различен од другите. Секоја жена има своја приказна која таа најдобро ја познава, бидејќи секојдневно ја живее. Кога се зборува за прекин на бременост поради социјален фактор, морам да истакнам дека не е лесно да се донесе одлуката за прекин. Причинителите да оваа бременост биде несакана, се фактори кои ја носат одлуката. Не е лесно да се живее во тешки социјални опкружувања како што се: материјалната необезбеденост, социјалниот ризик, многудетното семејство, вонбрачна бременост, асоцијални однесувања, зависности, социјална исклученост, семејно насилство, обљуба и др. Ова се дел од факторите кои придонесуваат бременоста да биде несакана. Мора да се сложиме дека живеење под вакви услови и околности воопшто не е едноставно ниту пак лесно. Емотивни се исказите на жените кои живеат во вакви услови. Нивниот живот и онака е тежок, а несаканата бременост го отежнува уште повеќе. Тие бременоста ја доживуваат како товар, како голема непријатност и nelaгодност, нешто што уште повеќе би им сметало и пречело во борбата со секојдневниот живот. Не сакаат да размислуваат за раѓање, бидејќи би донеле на свет уште една жртва на нивниот живот.

Постојат жени кои не живеат во толку лоши животни прилики, или може да се каже дека живеат во пристојни па и солидни услови, но едноставно не сакаат да родат, или сметаат дека бременоста не е во вистинско време. Нивната бременост е непланирана и несакана. Како непожелна сакаат да ја прекинат. Причините кај оваа категорија на жени се различни, но како најчести би ги навела: пречка во професионалното делување и напредување, пречка за вработување, има остварен број на сакани деца, има возрасни деца, жената е во зрели години и не сака да раѓа во тие години итн.

Постои категорија жени кои не се сигурни дека сакаат да ја прекинат бременоста. Доаѓаат на преглед, советување и кажуваат дека се уште немаат донесено одлука. Некои од нив пак во напредната бременост, се обраќаат на првостепена комисија за прекин на бременост, добиваат одлука со која им се одобрува прекин на бременоста, но не прават прекин. Непланираната бременост, предизвикува двоумење, бара размислување. Дел од овие жени не доаѓаат да

направат прекин на бременоста, што не значи дека не извршиле прекин на друго место, или немале спонтан абортус. Но дел од овие жени решаваат да родат. За жал немаме точни податоци за рана бременост колку од тие што не дошле се одлучиле за раѓање, но во однос на напредната бременост, скоро сите што не дошле да ја прекинат бременоста одлучиле да родат.

Во првиот триместар од бременоста, жената нема законска обврска да се изјаснува за причината поради која ја прекинува бременоста. Има неприкосновено право да ја прекине бременоста, единствен фактор што може да делува на нејзината одлука е медицинскиот фактор.

Апсолутно го почитувам ова нејзино право и секако правото да секој сам носи одлуки за својот живот. Ова се однесува за рана бременост, тука зборуваме за ембрион или зачеток и тоа трае од зачнување (оплодување) до крајот на третиот месец од бременоста. Потоа зачетокот се вика плод или фетус. Тогаш зборуваме за напредната бременост. За прекин на оваа бременост, потребно е да има силни индикации. Законските рамки предвидуваат сериозни причини за да се одобри прекин на бременост во овој период. Несомнено не е сеедно да се побара и одобри прекин на ваква бременост.

Основен предмет на овој труд се социјалните фактори и социјалните аспекти при прекин на бременост. Анализа на најчести причини поради кои се бара прекин на несакана и непланирана бременост. Колку се чести абортусите поради социјални фактори (како причина за прекин на бременост). Ќе се опфати: правото на абортус (секако право на абортус според големина на бременост), право на носење одлука и почитување на истата, право на дискреција и интимност како загарантирано начело на секоја индивидуа, право на информираност, право на достапност (контрацепција, абортус, и сл.). Во која големина на бременост се врши прекилот и кои се причините за тоа. Ќе се направи анализа на возраст, образование, од каква средина доаѓаат, брачен статус, акушерско минато на жените. Малолетнички прекин на бременоста како посебен и значаен предизвик.

I.Теоретски основи

1.Историја на абортусот

Од најстари времиња абортусот се применува како начин за прекин на бременоста. Уште од античкиот период се применувале методи за прекин на бременоста. Во овој период се дискутира за контрола на раѓање, а абортусот би бил еден од начините за тоа. Во раните периоди на примена на абортус како средства за предизвикување прекин на бременоста се користеле: разни тревки и напитки, остри инструменти, физичко оптоварување на жената, пуштање крв, загревање на stomакот и сл. Во Хипократовата заклетва исто така се сретнуваат делови кои се однесуваат на абортусот. Податоците од римскиот период исто така говорат за присуство на абортус, интересно е дека податоците од стариот Рим укажуваат на присуство на контрацепција. Со појава на христијанството прекилот на бременоста се квалификува како крајно непожелен и не се одобрува. Религиите воглавно не го одобруваат абортусот. Понатака во овие периоди на историјата, се казнувале и оние кои прекинувале бременост и оние кои ја извршувале таа интервенција. Зависно од периодите и државите, казните биле скоро еднакви на казните за убиство, викторијанскиот период е еден од најистакнатите во однос на строгите казни и санкции. Абортусот се сметал за кривично дело. Либерализација и легализација на правото на абортус се случува во дваесеттите години на минатиот век. Меѓу првите држави кои тоа го спроведуваат во некој облик се: Русија, Британија, Шведска. Седумдесеттите години на минатиот век ги карактеризира легализирање на абортусот во многу европски држави а исто така се зголемува опсегот на легални индикации за абортус. Нашата држава има легислативна пракса од тој период.

2. Дефинирање на основните поими

2.1 Абортус

Абортусот е прекин на бременост. Тој може да биде сакан или несакан, спонтан или намерен. Тоа всушност претставува спонтано или намерно предизвикување на прекин на бременоста каде што се отстранува или исфрла ембрионот или фетусот од матката пред способност на плодот за живот. Абортусот е нагло прекинување на бременоста сакано или несакано при што фетусот е отстранет од матката пред да може самостојно да живее.¹ Во видови на абортус се набројуваат: спонтаниот абортус каде што доаѓа до исфрлање на плодот по природен пат, индуциран абортус каде што насилно се отстранува плодот од матката односно намерно се предизвикува прекин на бременост.

Тераписки абортус пак е легален абортус, кој подразбира прекин на бременост поради зачувување на животот или здравјето на жената, или поради фетални малформации неспоиви со живот. Во овој случај мора да дојде до прекин на бременоста. Сакам да истакнам дека постојат држави кои го забрануваат дури и овој вид абортус. Овие состојби на забрана придонесуваат до појава небезбеден абортус или појава на таканаречени “абортуси на црно” што би значеле забранети абортуси, недозволени абортуси. Дури и во земјите на легални абортуси се изведуваат овој тип на абортуси, сакајќи притоа да се избегнат легалните процедури било од стана на жената, било од стана на тие што го изведуваат абортусот.

Јавно достапен податок од поново време а кој се однесува на Република Македонија е за 2010 година, каде стапката на абортуси е 21 на 100 живородени.²

Сакам да истакнам дека секаде во светот бројката на регистрирани абортуси и бројката на реализирани или направени абортуси не е иста. Ова е официјален број, а неофицијалниот број е секогаш непознат. Бројот на

¹ <http://www.yourdictionary.com/abortion>

² <http://www.stat.gov.mk/Publikacii/Gender2012.pdf>

реализирани абортуси е многу поголем во однос на бројот на регистрираните абортуси, бидејќи тука спаѓаат и нерегистрираните абортуси, односно може да се каже и нелегални абортуси.

2.2 Репродуктивно здравје

Репродуктивно здравје е целосна физичка, ментална и социјална благосостојба а не само отсуство на болест или онеспособеност поврзана со репродукцијата и функциите на репродуктивниот систем.³ Зачувување и унапредување на здравјето, пак спаѓа и во општествените и индивидуалните мерки на здравствена заштита.⁴ Планирање на семејството го опфаќа репродуктивното здравје и репродуктивните права. Контрола на бременоста е секако дел од репродуктивното здравје. Секој има право сам да одлучува за својата репродукција, за тоа дали, кога и колку деца сака да има. Постои заложба за репродуктивна автономност на жените, што би го опфаќало и правото на абортус, пристап до безбеден абортус, право на жената на сексуално и репродуктивно здравје, контрацепција. Законите за абортус делуваат на овие состојби. Репродуктивното здравје е под дејство на социјално-економски, културни, верски, индивидуални фактори.

“ Секој граѓанин на Република Македонија целосно ги ужива своите сексуални и репродуктивни права преку пристап до квалитетни и сеопфатни информации и услуги “⁵

³ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44507/1/9789241501002_eng.pdf

⁴ Закон за здравствена заштита, Службен весник на Република Македонија, бр.43 од 29.03. 2012 година

⁵ Стратегија за сексуално и репродуктивно здравје во Република Македонија до 2020 година, со Акциониот план до 2013 година, Министерство за здравство, 2011, Скопје

Сексуалното здравје пак подразбира:

*“Состојба на физичка, емоционална, ментална и социјална благосостојба поврзана со сексуалноста а не само отсуство на болест дисфункција или оштетеност”.*⁶

Основни постулати на сексуалното здравје се: позитивен и почитувачки однос кон сексуалноста и сексуалните врски, можност да се има задоволувачки и безбеден сексуален живот ослободен од принуда, дискриминација и насилство. Прекршување на овие начела би подразбирало прекршување на човековите права.

Советувањето пак за сексуално и репродуктивно здравје подразбира структуриран разговор помеѓу две или повеќе лица, при што давателот на услугата им помага на клиентите двојка, семејство, одредена група поединци, да ги идентификуваат своите потреби, со цел да донесат одлуки по сопствен избор за своето сексуално и репродуктивно здравје, базирани на информираност.⁷

2.3 Планирање на семејство

Контрола на раѓање, планирање кога и колку деца да се има, планирање на бременостите, превенција од несакана бременост, контрацепција, абортус, превенирање на малолетничка бременост се дел од активностите на планирање на семејството. Тоа подразбира едукација, севкупни медицински и социјални активности. Потребата од ова е застапена во целиот свет, и активно е присутна и афирмирана кон средината на минатиот век. Можностите на жената да има бремености во време кога сака и е спремна да роди и да ги лимитира

⁶ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44507/1/9789241501002_eng.pdf

⁷ Прирачник за советување за сексуално и репродуктивно здравје, стр9, Министерство за здравство, Институт за Јавно здравје на Република Македонија, 2010, Скопје

бременостите директно влијаат на нејзиното здравје и благосостојба.⁸ Обединетите Нации, Светската здравствена организација, бројни меѓународни асоцијации за планирање на семејството, се само дел од глобалните меѓународни поддржувачи и прокламатори. Како бенефит од планирање на семејството Светската здравствена организација ги посочува: со превенција на ненамерни забременувања, планирање на семејството и контрацепцијата би превенирала смрт на мајки и новородени, исто така би се намалил бројот на абортуси (посебно небезбедни абортуси), со примена на некои од методите на планирање на семејство, (употреба на презерватив) би се превенирале сексуално преносливите болести.⁹ Во функција на заштита на сексуалното и репродуктивното здравје планирање на семејството е од непроценливо значење за секоја држава. Опсежна стратегија за сексуално и репродуктивно здравје во земјата, особено е во релација со планирање на семејството и превенција на несакана бременост, подобрување на политиката и капацитетите на здравствениот систем што понатака обезбедува универзален пристап на популацијата до репродуктивно здравје вклучувајќи го планирање на семејството.¹⁰

Од пубертетот се до менопауза жените се соочени со грижи што се однесуваат на раѓање деца, или пак избегнување на истото, при што единствени опции се сексуална апстиненција, контрацепција или бременост.¹¹ Неможноста сами да се справат со тоа потребно е да им се помогне во овие ситуации. Меѓународната конференција за население и развој на Обединетите Нации во 1994 во Каиро, го истакнува репродуктивно право на жената како дел од основните човекови права, при што од државите е побарано да се обезбеди универзален пристап до услугите за репродуктивно здравје и пристап до сигурни, ефикасни и економични методи за планирање на семејство.¹²

Во Македонија, иако постојат намери и стратегии не е институционализирано и организирано планирањето на семејството. Соодветно

⁸ http://www.who.int/topics/family_planning/en/

⁹ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/>

¹⁰ Тозија, Ф. 2008, Стратешка проценка на политиката, квалитетот и пристапот до контрацепција и абортус во Република Македонија, Скопје, стр.7

¹¹ Берек.С.Џ. 2011, Гинекологија на Берек и Новак, Табернакул, Скопје, стр.249

¹² Борнарова, С. 2014, Семејна политика, Алма графика, Скопје, стр.50

државните стратегии, почнуваат да се прават чекори во таа насока, со цел реализирање на истите. Според Националната стратегија за сексуално и репродуктивно здравје на Република Македонија 2010-2020, приоритетна цел во планирање на семејство и контрацепција е:

*“ Да се зголеми свеста кај населението и знаењата на паровите и поединците за користење на модерна контрацепција и донесување информирани одлуки за планирање на семејство и родителство “*¹³

Социјалниот работник има важна улога во јавното здравје и планирање на семејството. Со своето знаење и работа придонесува сите горенаведени потреби да бидат соодветно реализирани. Без разлика дали тоа е во делокруг на неговата работа, социјалниот работник го има како врвен приоритет планирањето на семејството.

Во нашиот закон за прекин на бременоста исто така се опфатени и контрацепцијата и планирањето на семејство, и тоа со посебен акцент на информирање и советување во однос на: предности на контрацепција, спречување на несакана бременост, фактори во планирање на семејство. Воспитно - образовните установи, јавните здравствени установи, установите за социјална заштита, единиците на локалната самоуправа се должни да вршат програмски активности и превентивни мерки во однос на овие прашања.¹⁴

2.4 Контрацепција

Контрацепција во општо познатите јавни мненија значи заштита од бременост. Но контрацепција, или употреба на контрацепцијата подразбира и заштита од сексуално преносливи болести, заштита од несакана бременост,

¹³Национална стратегија за сексуално и репродуктивно здравје 2010-2020 година, Министерство за здравство на Република Македонија, Институт за Јавно здравје на Република Македонија, 2009, Скопје

¹⁴Закон за прекинување на бременоста, Службен весник на Република Македонија, бр.87 од 17.06.2013 година,

планирање на семејство. Тоа всушност претставува употреба на методи и средства чија цел е намалување или спречување на можноста за забременување, без притоа да се апстинира од сексуален однос.

Видови и методи на контрацепција- Методите може да бидат поделени на трајни и привремени, хормониски и нехормонски, бариерни и небариерни. Но нивната најчеста поделба е:

Хормонска контрацепција- таблети, инјекции

Интраутерини влошки- спирала,

Бариерни методи – презерватив, дијафрагма, женски кондом – овие се сметаат за механички методи на контрацепција.

Методи базирани на фертилноста – прекинат однос, календар на менструален циклус, базална температура – сите овие се сметаат за природни методи на контрацепција.

Стерилизација – женска стерилизација, машка стерилизација /вазектомија.

Итна контрацепција – се применува по незаштитен сексуален однос за да се спречи несакана бременост, позната е и како контрацепција “ден потоа” или како ургентна контрацепција.

Секоја жена која е сексуално активна а не сака да забремени, треба да користи контрацепција. Високата репродуктивна свест кај едно население се карактеризира со широка употреба на ефективна контрацепција. Клиентите сами треба да донесат одлука за тоа дали и каква контрацепција ќе применуваат, односно што би било најсоодветно за нив. Советодавната улога е да му се истакнат на клиентот предностите и значењето на планирањето на семејството, усогласување на неговите потреби и можности и секако важноста на контрацепцијата. Неопходна е добрата информираност за значењето и видовите на средствата за контрацепција и начин за нивна употреба, секако и предностите на користењето контрацепција, нејзините индикации и контраиндикации. Воедно достапноста, едуцираноста и информираноста во однос на контрацепцијата е многу важно за репродуктивното население. Тоа е во доменот на планирање на семејство. Грижата за репродуктивното здравје треба да биде меѓу врвните приоритети на секоја држава. Пристапноста до контрацептивните средства е

проследена со јавна политика во однос на употреба на контрацептивните средства, па така може да има политики во насока на: да се ограничи пристапноста, да не се ограничи но да не се обезбедува поддршка, обезбедување на индиректна поддршка или обезбедување на директна поддршка.¹⁵

Од огромно значење е контрацепцијата кај младите. Од една страна е спречување на несакана бременост кај оваа популација, а од друга страна е превенирање на сексуално преносливи заболувања. Подигање на свесноста за ова е од особен интерес и значење. Повисока примена на контрацепција кај младите би значело подобро репродуктивно здравје.

Во однос на абортусите сакам да ја истакнам важноста од користење контрацепција после абортус. Советувањето за употреба на соодветна контрацепција по абортусот е многу важно и значајно за понатамошниот репродуктивен живот на пациентката. Светската Здравствена Организација го истакнува значењето на ова, па така зборува за грижа за безбеден абортус и контрацепција после абортус, нагласувајќи ги здравствените работници како круцијални во овие процеси.¹⁶

За да не дојде до несакана бременост, и за да не дојде до абортус најдобро е да се употребува контрацепција, да се следат препораките на планирање на семејството и соодветно да се грижиме за репродуктивното здравје. Репродуктивните права треба да бидат непречени, но свесноста за истите треба да биде високо развиена.

2.5 Несакана бременост

Тоа е бременост која најчесто е непланирана и е несакана од страна на мајката или на двајцата партнери. Оваа бременост е пречка за понатамошниот животен тек, од било кои причини. Оваа состојба претставува оневозможување на дотогашното функционирање, попречува во живеењето, претставува

¹⁵ Борнарова, С. 2014, Семејна политика, Алма графика, Скопје, стр. 50

¹⁶ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181041/1/9789241549264_eng.pdf?ua=1

изместување од дотогашната животна рамнотежа а тоа е непосакувана состојба за жената. Бременоста се доживува како товар, како нешто непосакувано, нешто од што би сакале да се ослободат. Детето би претставувало товар за родителите во економска и општествена смисла. Со други зборови детето е несакано. Тоа е состојба заснована на околности и чувства. Најчесто се размислува за прекин на бременоста (во ретки случаи за раѓање). Најчести фактори кои придонесуваат за ваква состојба се социјалните фактори.

Можност за прекин на бременост поради социјални фактори се легално прифатливи, но сакам да истакнам дека недоволно прецизно дефинирање на социјалните индикации за прекин на бременост во законските рамки доведува до различно толкување. Истото пак доведува до многу забуни кои се рефлектираат врз прекините на бременоста.

Стигматизацијата перзистира во ваквите состојби на бременост. Всушност стигматизацијата во однос на абортусот повеќе се поврзува со состојбата на несакана бременост, отколку со самиот прекин на бременоста.¹⁷

Истражувањето на Хампел и Стридом во *Potchefstroom Hospital* во Јужна Африка, третирајќи ја несаканата бременост, преку искуствата на жените кои бараат абортус, констатираат: амбивалентност, вознемиреност и емоционален шок, изненаденост, неочекувана состојба, депресија, лутина, одречување, страв, срам, чувство на вина, безнадежност, безвредност, проблеми со јасно расудување.¹⁸

2.6 Безбеден абортус

Безбеден абортус подразбира стручно извршен абортус, од страна на стручно медицинско лице, во соодветни медицински установи, со соодветни медицински и хигиенски услови. Правото на жената на абортус треба да подразбира право на жената на безбеден абортус, при што на жената ќе и се

¹⁷ <https://www.guttmacher.org/pubs/journals/Abortion-Stigma.pdf>

¹⁸ <http://socialwork.journals.ac.za/pub/article/view/184>

обезбеди пристап до истиот. Најбезбеден е абортусот во првото тромесечје. Од ова произлегува потребата да се подигне свесноста на жена за навремено и соодветно интервенирање при случај за потреба од прекин на бременост. Во земјите каде абортусот е легален тој воглавно е безбеден. Секој нелегален или нестручно извршен абортус, од страна на нестручно лице или абортус извршен во немедицински и нехигиенски услови се смета за небезбеден абортус. Овие абортуси се опасни абортуси бидејќи претставуваат опасност по здравјето и животот на жената. Нелегални абортуси се извршуваат најчесто таму каде што абортусот е забранет, или во сиромашните и неразвиени земји. Прашањето за безбеден или небезбеден абортус најмногу го третира Светската Здравствена Организација. Во последните две децении, годишно се извршуваат околу 22 милони небезбедни абортуси, а како резултат на тоа 47000 жени го губат животот како последица на небезбеден абортус.¹⁹ Овие фрапантни податоци укажуваат за ултимативната потреба од безбеден абортус и почитување на стандардите за безбеден абортус. Во светот на годишно ниво околу 46 милиони жени прават абортус, околу половина од овие абортуси се нелегални и се сметаат за небезбедни (изведени од страна на неквалификувано лице или во небезбедни услови или и двете) околу 78000 жени умираат секоја година поради компликации од абортусот.²⁰ Кај безбедните абортуси стапката на смртност на жените е помала во однос на небезбедно извршените и е со тенденција на постојано намалување. Бројката за реализиран број на абортуси годишно е голема, што укажува на значењето и сериозноста на ова прашање. Сметам дека секое општество треба да се грижи и да спроведува политики во корист на безбеден абортус. Исто така бидејќи не може да се спречи, абортусот треба да биде легален и безбеден. Во Република Македонија генерално е безбеден абортусот.

¹⁹ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434_eng.pdf?ua=1

²⁰ Берек.С.Ц. 2011, Гинекологија на Берек и Новак, Табернакул, Скопје, стр.295

3. Фактори кои придонесуваат за прекин на бременост

Скоро секој од нас може да се соочи со непланирана бременост. Постојат повеќе фактори и околности кои ќе определат дали таа бременост ќе биде сакана или несакана. Со други зборови каков ќе биде понатамошниот тек на бременоста улога ќе имаат повеќе чинители. Постојат индиции за сакана и планирана бременост, но поради одредени околности таа бременост станува несакана бременост и се реализира прекин на бременоста.

Личните околности исто така вклучуваат: избор на партнер, времето во кое се случила бременоста не се совпаѓа со времето кога таа сака да има деца, одлука да немаат деца, остварен број на сакани деца и сл.

Постмодерниот животен стил ги вбројува двојките а и жените кои избираат да немаат деца.²¹ Бездетно семејство како избор е честа појава во високо развиените земји. Како причини за ова најчесто се истакнуваат: високи амбиции кои најчесто се придружени со професионални, интелектуални, политички или бизнис остварувања, потребата за независност со висок степен на самодоверба, самостојност, авантуристички дух, брз модерен начин на живеење и сл. Овие личности исто така ретко се одлучуваат и да стапат во брак. Ова е честа појава во високо развиените земји.

Традиционалните сфаќања пак осудуваат абортус. Жената во никој случај не треба да ја прекинува бременоста, таа треба да раѓа и да чува деца. Нејзиното место е во домот, а нејзината задача е да се грижи за семејството. Нејзината целосна посветеност треба да биде на децата – целосно интензивно мајчинство.²² Недоволно образование, невработеноста, материјалната зависност, лоши социо-економски услови и сл. се дел од причините кои можат да ја стават жената во оваа позиција. Следејќи ги овие норми, жените сакајќи да ја сочуваат сликата за традиционален стил на живеење, често пати се решаваат за абортус пред стапување во брак, затоа што традиционалните вредности налагаат најпрвин стапување во брак, па потоа раѓање деца.

²¹ Борнарова, С. 2014, Семејна политика, Алма графика, Скопје, стр. 46

²² Борнарова, С. 2014, Семејна политика, Алма графика, Скопје, стр. 45

Постои поврзаност помеѓу социјалната лоцираност и социјалните перспективи на индивидуалното живеење, што пак придонесува до истакнување или релативизирање на овој проблем.²³

Верските убедувања пак не одобруваат абортус. Според некои културни и верски убедувања абортусот се смета за голем грев. Жените кои живеат во вакви средини помешани со традиционални вредности, не ни помислуваат да ја прекинат бременоста или тајно прекинуваат бременост ако таа се случи вонбрачно или под други околности кои не се одобруваат во вакви средини. Жената треба да биде чесна, да е посветена на мажот и децата. Во вакви услови и стигматизацијата е најприсутна.

Медицински, социјални, психолошки, традиционални, верски, културни, правно - криминогени, лични. Сите овие фактори се толкувани во овој труд соодветно нивната појава, застапеност, законска и причинско-последична улога. Сакам да истакнам дека сите овие фактори се во корелација со демографските карактеристики.

Во истражување на А.Банкол, С.Синг и Т. Хас „Причини прати кои жените абортираат“, а поддржано од Интернационални перспективи на планирање на семејство, наведени се: периодот на забременување (бременоста не доаѓа во право време), социо-економски, проблеми во корелација со партнерот, вонбрачна бременост (немажени, млади), ризик по здравје на мајка, проблеми со фетусот и друго. Сето ова го ставаат во корелација со годините, образовниот статус, брачната состојба, односно со социо-економскиот и демографскиот статус на жената.²⁴ Во оваа насока се и истржувањата за причините за абортус кај жените во Америка, кои исто така ја истакнуваат важноста на овие компоненти.²⁵

Во истражувањето пак на Џесика Гонзалес, во Америка, на тема „Фактори кои влијаат на абортусот“ таа го истакнува образовното ниво на жената како многу значајно, во однос на знаењето и важноста за употребува на контрацепција и при избегнуваат несакана бременост.²⁶

²³ http://www.pearsonhighered.com/assets/hip/us/hip_us_pearsonhighered/samplechapter/0205968848.pdf

²⁴ <https://www.guttmacher.org/pubs/journals/2411798.html>

²⁵ <https://www.guttmacher.org/pubs/journals/3711005.pdf>

²⁶ <http://www.honors.ufl.edu/apps/Thesis.aspx/Details/1247>

4. Возрасни групи при прекин на бременост

4.1 Малолетници

Една од најспецифичните и најчувствителни категории при прекин на бременост се малолетните. Согласно законските одредби малолетник е секое лице на возраст до 18 години.²⁷ Овој период во развој на личноста е познат како период на адолесценција. Во животните циклуси е одреден како прв циклус врзан со растот и развојот на личноста (детство и младост).²⁸ Адолесценцијата е последна фаза од првиот животен циклус во која завршува детството и почнува младоста, често пати е наречена преодна доба.²⁹ Ова е период на многу бурни промени, зголемени ризици, бунтовништво, радозналост, желба да се истакнат, докажат, потреба да се биде возрасен и самостоен, да се живее во светот на возрасните. Во овој период девојчињата ако така може да се каже стануваат жени. Од медицински аспект на развој во овој период се случува пубертетот, а почетокот на менструалните циклуси го најавува репродуктивниот период. Повеќето од нив во овој период го имаат своето прво сексуално искуство. Во превенција на бременост кај адолесцентите битна улога имаат: семејството, училиштето, средствата за информирање.³⁰ Употребата на контрацепција е повеќе од важна бидејќи на тој начин ќе се заштитат од сексуално преносливи заболувања пред се, а исто така ќе се спречи несакана бременост. Поради овие причини најсоодветна е препораката за употреба на двојна контрацепција. Се нагласува важноста од планирање на семејство, личното здравје, превентивно делување, во однос на адолесцентните бремености.³¹ Можноста за бременост, адолесцентките ја негираат повеќе од возрасните поради размислувањата,

²⁷Закон за малолетничка правда, Службен весник на Република Македонија, бр. 87 од 12.07. 2007 година

²⁸ Стаменкова-Трајкова, В. 2001, Ментална хигиена, НИП Студентски збор, Скопје, стр.220

²⁹ Стаменкова-Трајкова, В.1995, Психологија, Универзитетска печатница “Св. Кирил и Методиј” – Скопје, стр.358

³⁰ Мурдцева-Шкарик, О.2004, “Развојна психологија” Филозофски факултет, Скопје стр.216

³¹<http://www.healthrights.mk/pdf/Zdravstveni%20Rabotnici/Publikacii/Adolescenti/Превенција%20на%20рана%20бременост%20и%20превенција%20на%20морталитетот%20и%20морбидитетот%20поврзан%20со%20бременоста%20кај%20адолесцентите%20во%20државите%20во%20развој.pdf>

загриженоста да бидат откриени од страна на возрасните или пријателите, поради непознавање на менструалниот циклус и информираноста за фертилноста.³² Малолетничките бракови пак или со прерано стапување во брак се повредуваат основните права на децата за здрав психолошки развој, заштита на нивното здравје, остварување на правото на образование.³³ Некритичноста во адолесцентниот период се потврдува и во легално-правната конотација каде експлицитно се нагласува потребата од согласност на родител или старател. Прекилот на малолетничката бременост носи ризици по здравјето на малолетникот а и можноста за ризици во однос на понатамошното репродуктивно здравје, самиот абортус е високо стресна состојба за девојчињата. Исто така и раѓањето како опција за адолесцентна бременост е проблематично. Во однос на медицинскиот дел постои поголема веројатност за компликации и кај мајката адолесцент - во однос на бременоста и раѓањето и кај новороденото - мала родилна тежина, предвремено породување и сл., а што се однесува пак до социјалните проблеми тие би биле и кај мајката и кај таткото а понатака би се одразиле и на детето (материјално се зависни, не оформиле образование поради што квалитетот на работното место ќе биде лош, а со тоа и материјалните примања).³⁴ Малолетничката бременост е причина за загриженост не само на малолетната и нејзините родители (или старатели) туку и на општеството. Законски се санкционира секој оној кој врши обљуба над малолетно лице. Потребни се соодветни мерки во врска со сексуалното и репродуктивно здравје на младите на сите нивоа во општеството. Децата и младите имаат право на посебна заштита од физички и морални опасности.³⁵ Еден од најважните елементи за адолесцентите, кој пружа заштита и сигурност е семејството. И покрај нивната желба за самостојност и одвоеност, семејството е место каде тие повторно се враќаат. Односите во семејството пак се засноваат врз заемно

³² Берек.С.Ц. 2011, Гинекологија на Берек и Новак, Табернакул, Скопје, стр.295

³³ Страмшак-Ѓуровска, Б. ЈУ Завод за социјални дејности-Скопје, 2012, Социјална работа низ родова призма-Ризици и услуги, Скопје, стр.25

³⁴ Мурцева-Шкарик, О.2004, "Развојна психологија" Филозофски факултет, Скопје стр.216

³⁵ Ревидирана Европска социјална повелба, Преамбула,1996, Совет на Европа, Стразбур

почитување, рамноправност, меѓусебно помагање и издржување и заштита на интересите на малолетните деца.³⁶

Во истражување во Британија, на: Е.Ли, С.Клементс, Р.Ингам и Н.Стон, “Влијанија кај младите жени на одлуката за абортус или мајчинство”, констатирани се следните важни елементи: тие својата одлука ја имаат донесено уште пред да одат на лекар, на што пак влијание имаат социо-економските околности, семејните и општествените мислења, улога на врсниците и друштвото, достапноста на сервиси за планирање на семејство.³⁷

4.2 Зрело доба

Период на стабилизација или зрело доба е вториот животен циклус. Најчеста поделба на овој период е: млада зела доба (20-30 години), зрелост (30-40 години) и средно доба (40-65 години).³⁸ Млада зрела доба е период каде што личноста постигнува психосексуална зрелост.³⁹ Во овој период се остварува професионална оспособување, вработување, воспоставување брачни и семејни односи, формирање на семејство. Соодветно на тоа се очекува дека во овој период репродукцијата ќе го достигне зенитот (посебно во однос на раѓање на прво дете). Следниот период на зрелост е карактеризиран со стабилност. Тука повеќе е истакната професионалната ориентираност. Со поместување на репродуктивните граници во овој период може да се очекува раѓање (најчесто на на второ или трето дете). Следува третиот период на средно доба каде опаѓаат и згаснуваат репродуктивните можности. Во однос на прекин на бременост во овој период жените од 40 до 45 години се обраќаат за прекин на бременоста, најчесто поради тоа што бременоста се случила непланирано, тие имаат стабилни релации со партнерот и не употребуваат контрацепција бидејќи се во период на

³⁶ Закон за семејство, (прочистен текст), Службен весник на Република Македонија, бр 153 од 20.10.2014 година,

³⁷ <https://www.jrf.org.uk/report/influences-young-womens-decisions-about-abortion-or-motherhood>

³⁸ Стаменкова-Трајкова, В. 2001, Ментална хигиена, НИП Студентски збор, Скопје, стр.220

³⁹ Стаменкова-Трајкова, В.1995, Психологија, Универзитетска печатница “ Св. Кирил и Методиј “- Скопје, стр.366

климактериум, мислејќи дека не постојат шанси за забременување. По 45та година од животот репродуктивните можности кај жената рапидно се намалуваат.

5. Абортусот како право на жената

Абортусот е право на жената, тоа е право на избор на жената. Таа самостојно и слободно решава за бременоста, при што за таа одлука жената не мора да побара мислење од својот партнер или од било кој друг. Со оглед на тоа што оваа состојба е присутна само кај жените, како општествена група, оспорувањата во однос на ова би значеле пред се дискриминација по полов основ, а поврзано со многу други права.⁴⁰ И законските одредби не го ограничуваат ова право на жената. Исклучок од ова е само ако се работи за малолетност или кога се работи за лице со ограничена или одземена деловна способност, при што е потребна согласност од родител или старател.

Постојат различни ситуации кои ја објаснуваат положбата на жената.

Кога се зборува за етички и правно - криминогени фактори поради кои е дојдено до зачнување, повеќе од јасно е дека единственото решение е абортус, без никакво одлагање.

Сложена е состојбата и се комплицираат работите кога се работи за вонбрачна бременост (вклучувајќи ги сите состојби на вонбрачно забременување) тогаш односите помеѓу партнерите значајно се усложнуваат.

Жената е таа која ја проценува својата состојба, можности, намери. Тоа е неприкосновено право на жената. Таа сама може да одлучи дали ќе ја прекине или ќе ја носи бременоста, без притоа да побара дозвола или одобрување од стана на партнерот. Таа може тоа да го направи и без знаење на партнерот.

Овие прашања отвораат многу морални и етички дилеми.

Бременоста се случува по зачнување, а за зачнување се потребни и мажот и жената. Соодветно на тоа, во нормални околности, одлуката би требало да ја

⁴⁰http://www.prs.hr/attachments/article/1555/05_ISTRAŽIVANJE%20%20Praksa%20zdravstvenih%20ustanova%20u%20RH.pdf

донесат двајцата партнери. Тоа треба да биде заедничко решение кое би ја рефлектирало нивната врска, можности, потреби, намери. Во најголем дел од случаите тоа е така и одлуката за понатамошниот тек на бременоста е заедничка. Но постојат случаи кога мажот - партнерот е исклучен од одлуката. Често пати во својата секојдневна пракса соочувајќи се со овие збиднувања се прашувам каде е тука правото на мажот? Најновите сознанија зборуваат за Post Abortion Syndrome кај мажите. Тие чувствуваат: загуба, одговорност, страдање, нивните понатамошни врски и односи се менуваат, во зависност од возраста последиците може да бидат различни, тие исто така трпат трауми од абортусот.⁴¹ Се случува тој да има спротивни мислења и желби во однос на прекин на бременоста. Често пати сум сведок на силни емоции од стана на мажите. Некогаш партнерите се повеќе од поддршка, тие се голема сигурност за жената и семејството.

Но исто така сум сведок и на емоции и состојби на жените кои воопшто не се пријатни. Размислувањата на партнерот честопати се дека бременоста е нејзина работа, дека таа самата треба да реши што ќе прави, дека е таа виновна што дозволила да забремени и сега самата треба да си го реши тоа, нормално со абортус. Жените често се мета на насилство, без разлика за каков вид на насилство се зборува, па во такви состојби се решаваат за прекин на бременост и тоа најчесто без знаење на партнерот. Кога се зборува за намерен абортус може да се слушнат мислењата во јавноста дека жената е виновна бидејќи не употребувала контрацепција, дека воопшто не требала да дозволи да дојде до бременост или абортус, дека треба да биде паметна и да забремени во соодветно време, или кога не мислела да раѓа требала да употребува контрацепција и сл.

Понатака самиот абортус е многу непријатно искуство за жената. Покрај носењето на одлуката, целиот процес за жената е тежок и непријатен. Абортусот не го таргетира само правото на жената на абортус, туку и нејзиното емоционално и психичко здравје.⁴² Post abortion syndrome се опишува како тивко страдање, измачување.⁴³

⁴¹ <http://www.abortiongrief.asn.au/documents/men-and-abortion-trauma.pdf>

⁴² http://onlineforlife.org/kba1/_pdf/abortion-the-ultimate-exploitation-of-women.pdf

⁴³ <http://www.abortiongrief.asn.au/documents/PAS-the-silent-suffering.pdf>

Стигматизацијата во однос на абортусот е на товар на жената. Може да слушнете интелектуалци, јавни и видни личности кои ги осудуваат жените кои абортираат. Ситуацијата е многу потешка и порадикална во руралните средини каде традиционалните, културните и верските сфаќања се против абортусот. Затоа многу од жените кријат дека имале абортус, соочени со ваквата состојба за нив абортусот е најголема тајна.

И на крај последиците, ризиците и компликациите од абортусот повторно се на товар на жената. Некои од нив се случуваат веднаш, а некои во подоцнежниот репродуктивен период (една од можните компликации од абортусот е неможност за понатамошно забременување и раѓање деца). Партнерот не секогаш останува со жената и не секогаш и дава поддршка.

Во голем број случаи партнерите не се во придружба на жените кога тие се обраќаат за абортус, ниту пак се во нивна придружба додека се извршува абортусот. Жените се чувствуваат дека се оставени “сами на себе”.

Неспорно и апсолутно го почитувам правото на жената, тоа е дел од репродуктивните, полови и човекови права.

Но значајно е да се нагласи дека секоја одлука која е донесена заеднички дава повеќе сила и надеж, а воедно зборува за здрави односи и релации помеѓу партнерите. Доколку не се работи за отстапувања кои се наведени претходно, доколку се работи за нормални околности сметам дека одлуката за понатамошниот тек на бременоста треба да биде заеднички донесена. Разумно е да се разговара, размисли, да се согледаат сите аспекти и да се донесе одлука со учество на двајцата партнери што ќе значи компактност и кохезија во взаемните односи и понатамошниот живот.

6. Национална и меѓународна правна рамка за прекин на бременост

Легислативните можности за прекин на бременоста се важни за репродуктивното здравје на жената. За секој прекин на бременост, негово одобрување или извршување мора да подразбира и мора да се обезбеди: почитување на достоинството на бремената жена, право на приватност и информираност, прифаќање или одбивање на медицинската интервенција, доверливост на личните и медицински податоци согласно прописите за заштита на правата на пациентите. Овие одредби се законски, професионални, морални и етички. Од тоа каков закон за абортус се применува, зависи каква ќе биде состојбата во однос на можностите и правата за прекин на бременоста. Од тие причини на овој дел сакам да посветам поголемо внимание. Но забраната за абортус или ригидни закони за абортус не значи дека ќе нема абортуси или со тоа значајно ќе се намали нивниот број. Прекин на бременоста е појава која не можете да ја санкционирате или да ја сузбиете. Таа постоела и ќе постои, само прашањето е како ќе се изведува. Со регулирање и либерализирање на абортусот се дава предност на безбедниот абортус и репродуктивно здравје. Со законите за прекин на бременост се регулираат условите, постапката и надзорот за прекин на бременоста.

Првите чекори во легислативните можности за абортус и либерализација на истото се случува на почетокот на дваесеттиот век, кога почнува да се зборува за контрола на раѓање, и потреба од контрацепција. Русија прва легализира абортус. Шеесеттите години од минатиот век, се годините кога многу земји во светот легализираат и либерализираат абортус.

Во Република Македонија постои практикување на закон за прекин на бременост повеќе од четириесет години наназад. Првиот ваков закон е донесен во рамките на поранешна Југославија. Денешната легислатива во голема мера ги прати овие одредби, со мали измени, и се темели воглавно на стариот закон. И останатите поранешно југословенски држави се владеат по тие законски одредби, односно законите за прекин на бременост кои владеат во нивните држави се

темелат на овој закон со мали измени или со применување во целост на истите одредби.

Според законот за прекин на бременост:

„Прекинување на бременоста е посебна медицинска интервенција за која слободно одлучува бремената жена, ова правото за прекин на бременоста може да се ограничи само заради заштита на здравјето и животот на бремената жена.“⁴⁴

Бременоста може да се прекине ако од прекинување на претходната бременост изминала една година (исклучок се одредени состојби предвидени со законот).

Новина во Законот за прекин на бременост е тоа што се воведуваат три дена по советување, како период овозможен на жената за размислување и одлучување, за да може потоа да се прекине бременоста. Во објаснувањето на постапката за прекин на бременоста, го истакнав ова и јасно наведов под кои услови, како се реализира и кога се прават исклучоци во однос на оваа одредба.

Во условите под кои може да се врши прекин на бременост, предвидени со закон се вели дека заради заштита на здравјето на жената, прекилот на бременоста може да се направи до завршување на десетта недела од зачнување. Десетта недела од зачнување подразбира дванаесетта гестациска недела, односно дванаесет недели бременост. Овдека сакам да нагласам дека оваа законска одредба е присутна во многу закони за абортус во европските земји и во светот.

По истекот на оваа временска рамка прекините на бременост по барање на жената и со нејзина согласност, а со јасно наведени индикации се законски прифатливи. Во тој случај жената се упатува на првостепена комисија за прекин на бременост. Имено, законот дава можност во следниве околности :

⁴⁴ Закон за прекинување на бременоста, Службен весник на Република Македонија, бр.87 од 17.06.2013 година,

- ако бременоста е опасност за здравјето и животот на жената, во тек на бременоста, во тек на раѓањето и по породување.
- ако научните сознанија говорат дека детето ќе се роди со тешки душевни и телесни недостатоци
- ако зачнувањето е кривично дело (родосквернавање, силување, обљуба со злоупотреба на положба, обљуба врз немоќно лице, полов напад врз дете)
- ако се утврди дека во тек на бременоста или по породувањето ќе дојде до тешки материјални, лични, семејни и други прилики што би се одразиле врз здравјето на жената (асоцијални појави во семејството, материјална необезбеденост, тешки станбени услови, потешко нарушени брачни и семејни односи, број на деца во семејството, нарушено здравје на членови на семејството).⁴⁵

Овие одредби важат само ако се процени дека со абортусот нема да се наруши здравјето и животот на жената. Законот не предвидува временски, гестациски ограничувања до кога може да се прекине бременоста.

По претходно информирање за целиот тек на постапката за прекин на бременоста, ризиците и последиците, совет за контрацепција и други корисни информации, ако комисијата утврди дека може да се прекине бременоста, должна е да побара писмена изјава за согласност од жената (односно од родител или старател). На седниците на комисијата која работи во полн состав, присуствуваат и родителите на малолетната, или старателите (во случаи законски утврдени). По барање на жената може да присуствува и нејзиниот брачен другар. Постапките пред комисиите се итни.⁴⁶

Одлуката на комисиите се носи со мнозинство гласови. Првостепената комисија е должна да даде одговор во рок од три дена по поднесено барање, а второстепената три дена по доставување на приговорот. Ако од оправдани

⁴⁵ Закон за прекинување на бременоста, Службен весник на Република Македонија, бр.87 од 17.06.2013 година,

⁴⁶ Закон за прекинување на бременоста, Службен весник на Република Македонија, бр.87 од 17.06.2013 година,

причини не може да се запазат овие рокови, комисиите мора да одговорат најдоцна за седум дена. Против одлуката на првостепената комисија, може да се понесе приговор до второстепената комисија. Одлуката на второстепената комисија е конечна. Доколку поради непосредна опасност по живот и здравје на бремената жена не може да се чека одлуката од комисиите, или ако е во прашање започнато прекинување на бременост, докторот го врши или довршува прекилот на бременоста. Во состав на комисиите членуваат лекар гинеколог, социјален работник и лекар интернист. Понатамошниот тек на постапките е елабориран во делот постапка за прекин на бременост.

Легислативните можности и состојби во другите земји варираат, но би сакала да издвојам некои од нив:

Белгија – на барање до 12 недела (со нагласување дека жената е во состојба на дистрес), во подоцнежна височина на бременост, со потпис од двајца лекари, по индикации за здравствена состојба или животот на бремената жена или плодот. Обавезно обавено советување 6 дена пред абортус.

Франција – и овдека се нагласува дистрес состојба на жената, во првиот триместар, а подоцна можно е да се направи прекин на бременоста во интерес на здравјето на жената и плодот потврдено од лекар.

Германија – на барање до 12 недела, обавезно советување три дена пред абортусот. Оваа земја во поново време либерализира многу одредби кои придонесуваат за подобрување на состојбите.

Бугарија – до 12 недела. Од 12-20 недела со потврда за сериозен ризик за здравје на жената или плодот, над 20-та гестациска недела само со животозагрозувачки индикации.

Данска – до 12 недела, подоцна само ако е загрозено здравјето на жената или плодот со одобрување од комисија составена од четири членови.

Шведска – на барање до 18 гестациска недела. За прекин на бременост помеѓу 12 и 18 недела потребен е разговор со социјален работник.⁴⁷ По 18 недела потребна е дозвола од Национален Здравствен Борд. Ова е една од ретките земји

⁴⁷ <http://www.life.org.nz/abortion/pagefeature2/54-sweden>

каде е доста либерален законот за абортус и каде се претпоставува дека нема илегални абортуси.

Холандија – на барање до 13 недела, потребно е да поминат пет дена по советување, до 24 недела за дистрес состојба. За државјаните на Холандија абортусот е бесплатен. Овие услови придонесуваат за најлиберално ниво во однос на прекин на бременоста. Во оваа земја и контрацептивните средства се бесплатни за нејзините жители. Планирање на семејството е врвен интерес. Сето ова укажува за високо ниво на свесност и грижа за репродуктивното здравје.

Малта – не дозволува абортус по ниеден основ.

Велика Британија – под посебни околности до 24 недела, а тоа се здравствени и социо-економски причини. Со оглед на тоа што Ирска го ограничува правото на абортус, а Северна Ирска скоро го забранува абортусот (само ако е загрозен животот на жената), многу жени од овие држави ја прекинуваат бременоста најчесто во Велика Британија.

Русија – стапката на абортуси во оваа земја е една од најголемите во светот. Како најлиберална во овој закон, Советскиот Сојуз го применувал абортусот како делотворно средство за планирање на семејството. Оваа земја е меѓу првите кои дозволуваат и практикуваат закон за абортус. Во поново време се вршат многу мали ограничувања и корекции на правото на абортус. Според сегашната легислатива, во оваа земја се дозволува прекин на бременост до 12 недела но по два до седум дена поминати до изведување на абортусот. Во понатамошна бременост се земаат предвид и социјалните и секако медицинските фактори кои се индикација за абортус. И со овие благи ограничувања, оваа земја останува со еден од најлибералните закони за абортус.

Кина – уникатна е поради политиката на еднодетно семејство. Спроведувајќи ригорозна политика на планирање на семејство, исклучоци прави само во посебни случаи кога дозволува второ дете. На пример за парови од руралните средини на кои првото дете им е женско, (сакам да напоменам дека постои дисбаланс во половата структура на населението), ако обата родители се единци, малцински етникуми и сл. Оваа контроверзна политика налагаше казни за сите оние кои сакаат да имаат повеќе од едно дете. Водејќи ваква политика, во

голема мера ги нарушува социјалните и човековите права.⁴⁸ По 36 години, Кина ја напушта оваа политика и ќе дозволи семејствата да имаат по две деца. Ова е значајна одлука, која ќе придонесе до намалување на бројот на абортуси, но исто така и до зголемување на наталитетот и популационата структура, на оваа земја која има најголем број жители во светот.

Америка – Во оваа земја постои многу јако влијание на лоби групите за и против абортусот. Различна уреденост на легислативните можности се применува во државите на оваа земја. Па така, жените од државите кои го забрануваат абортусот, прават прекин на бременост во државите на оваа земја кои тоа го дозволуваат. Ова е познато како туризам поради абортус. Истото се случува и во Европските држави.

Доминантноста на верските влијанија придонесува да некои држави го забрануваат или ограничуваат правото на абортус. Под овие влијанија се многу држави во светот, кои своето законодавство во однос на прекините на бременоста го прилагодуваат токму на овие влијанија.

Полска – Дозволува само со силни индикации поврзани со здравје и живот на бремената жена или плодот и ако бременоста е резултат на илегален акт. Не се дозволува прекин на бременост поради социјални фактори.⁴⁹

Шпанија – Воведува измени во моралните и социјалните прашања во врска со абортусот, под дејство на шпанската римокатоличка црква. Овие измени се однесуваат на ограничување на правото на жената за абортус дури и во првиот триместар од бременоста.

Во многу земји на Јужна Америка се ограничува правото на абортус или абортусот е забранет. Аргентина во 1998 година со декрет зачнувањето го смета за почеток на животот.

Во поголем дел од Арапските земји абортусот е забранет, но во некои се дозволува прекин на бременост поради медицински индикации.

⁴⁸<http://www.jus.uio.no/english/research/news-and-events/events/conferences/2014/wccl-cmdc/wccl/papers/ws7/w7-xiuzhe.pdf>

⁴⁹ <http://www.federa.org.pl/reproductive-rights-and-health/abortion-law>

Бројот на земји кои го легализираат и либерализираат абортусот се зголемува, но сепак политиките во однос на абортусот се рестриктивни во многу земји.⁵⁰

7. Постапка за прекин на бременост и видови абортус

Секоја жена која сака да ја прекине бременоста или се сомнева на бременост, најпрво мора да направи преглед, со цел да се докаже бременост, воедно да се утврди големина на бременост. Соодветно на состојбата докажана на преглед од страна на лекар и намерите и желбата на пациентката, лекарот и ја објаснува целокупната состојба, постапка, метод за прекин на бременост и можностите. Исто така докторот укажува за начинот за прекин на бременост, како тоа се извршува, компликации и ризици од постапката. Значи лекарот гинеколог на првиот преглед (доколку жената изрази намера за абортус) го опфаќа медицинскиот дел. Ако жената по сите добиени информации, остане на своето барање за прекин на бременост, дава согласност за прифаќање и спроведување на интервенцијата. По обавено советување на жената, потребно е да поминат три дена до извршување на прекилот. Исклучок од ова се прави само ако постои оправдана медицинска индикација за тоа (лекарот мора уредно да евидентира во медицинска документација и евиденција), или ако се работи за малолетно лице, или лице со одземена или ограничена деловна способност.⁵¹ Овие три дена се со цел жената добро да размисли за својата бременост. Се дава доволно време и можност за да може да се донесе најсоодветна одлука од страна на жената. Со оглед на тоа дека секоја жена кога се работи за непланирана бременост е збунета од сознанието за бременоста, таа може избрзано и конфузно да донесе несоодветна одлука. Овие три дена ќе дадат можност за смирување на чувствата, добро размислување, добро планирање, согледување на целокупната состојба и сите факти. Лично сметам дека е во ред да и се даде можност и време на жената

⁵⁰[http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/AbortionPoliciesReproductiveHealth.p](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/AbortionPoliciesReproductiveHealth.pdf)

⁵¹Закон за прекинување на бременоста, Службен весник на Република Македонија, бр.87 од 17.06.2013 година,

добро да размисли после сознанието за бременост, информирањето и советувањето. Со тоа во никој случај не се загрозува правото на жената за абортус. А од друга страна многу соодветно се наведени состојбите каде што не е потребно да поминат три дена, прекилот на бременост може веднаш да се реализира.

По реализирање на горенаведеното може да се изврши абортус. Ова се однесува за прекин на бременост до десетта недела од зачнување. Овој абортус се извршува во болнички услови кои ги исполнуваат законските одредби, и е краткотрајна интервенција. Овој абортус е прекин на бременост во еден акт и стручно се нарекува *abortus artificialis*. Исто така овој абортус е познат и под името киретажа. По завршување на истиот пациентката добива совет за здравствената состојба, контрацепција, планирање на семејство и сл.

Во колку е надмината оваа временска рамка, или се утврди дека абортусот ќе влијае врз здравјето или животот на бремената жена, жената се упатува на првостепенa комисија за прекин на бременост. Доколку жената не е задоволна од одлуката на првостепената комисија, таа има право да се обрати на второстепенa комисија за прекин на бременост. Во најголем дел од случаите второстепената комисија ја потврдува одлуката на првостепената комисија. Составот и работата на комисиите е презентирана во делот на законските одредби на абортусот.

Со добиено одобрение за прекин на бременост, може да се изврши прекин на бременост. Кога зборуваме овој вид на абортуси, претежно зборуваме за прекин на напредната бременост. Стручниот назив на овој вид прекин на бременост е *abortus pro inductio*, или прекин на бременост со метод на индукција. Тоа е абортус кој се изведува во второто тромесечје од бременоста. Оваа интервенција се извршува во болнички установи кои исполнуваат законски услови за такво работење. Пациентката се хоспитализира и оваа интервенција е со времетраење од неколку дена. Потребно и неопходно е да и се објасни на пациентката целата постапка и начинот на интервенцијата, при што таа самата решава дали ќе се согласи на оваа интервенција и дава согласност за истата. Во тек на интервенцијата и хоспитализацијата на пациентката и се овозможуваат сета потребна грижа.

По завршување на интервенцијата жената добива соодветни совети и упатувања за понатака (здравствени совети, совети за контрацепција, планирање на семејство и сл.).

За хендикеп го сметам тоа што по напуштање на клиниката, ние социјалните работници немаме понатамошен контакт со пациентката. Многу малку од нив доаѓаат повторно, и можеме да се информираме за нивната состојба, да дознаеме како се по прекилот на бременоста, какви се нивните емоции, размислувања, ставови, низ што се поминуваат потоа. Дали имаат променето мислење во однос на првичните размислувања и одлуки. Обично имаме многу малку сознанија или никакви сознанија и од тие причини не би можела многу да зборувам на таа тема. Без разлика од кои причини е направен абортусот, многу од жените сакаат што побрзо да го заборават, за да продолжат понатака. Не сакаат ниту да зборуваат, ниту да се присетуваат на тоа. Повторната интерпретација на тоа за нив буди негативни емоции. Тоа го сметаат за крајно непријатно искуство низ кое за жал морале да пројдат. За состојбата и чувствата потоа, зборува Post Abortion Stress Syndrome, кој како можни симптоми ги наведува: чувство на вина, вознемиреност, депресија и суицидни мисли, преокупираност и вознемиреност со повторно забременување, пореметувања во однос на исхраната, зависности и др. Ова зборува за сериозноста на овие состојби и ултимативната потреба од помош.⁵² За бенефит сметам доколку сме успеале барем малку да и помогнеме на жената, да ја растеретиме од овие негативни чувства, да и ја олесниме нејзината болка и страдање. Тоа би и помогнало на жената подобро да се справи со понатамошниот тек на настаните и полесно да го надмине ова.

За жал постојат и прекини на бременоста во доцна бременост, односно во третиот триместар од бременоста. Во тој случај зборуваме за фетцид. Овие прекини се прават поради многу јасни и многу силни медицински индикации. Се смета дека плодот во овој период од бременоста воколку се роди би можел да преживее, па затоа виталната или животозагрозувачката состојба на мајката или плодот ќе бидат основни причини за ова постапка. Овие прекини исто така ги одобруваат комисиите. Точната недела од бременоста кога се смета овој период

⁵² <http://www.goldendaleprc.org/PostAbortionStressSymptoms.pdf>

не е наведена, но се смета дека е од почетокот на перинаталниот период. Перинаталниот период започнува со завршена дваесет и втора недела (време кога родилната тежина е околу 500 грама).⁵³ Брзиот развој на медицината (посебно дијагностиката во тек на бременоста), информираноста на жените, подобрување на квалитетот на живот, протоколи за трудници, редовни контроли во тек на бременоста, придонесуваат оваа постапка да биде ретка.

Во овој дел би сакала да ги набројам комисиите за прекин на бременост.

Првостепенa комисија за прекин на бременост има:

Јавна Здравствена Установа - Универзитетска Клиника за Гинекологија и Акушерство - Скопје,

Гинеколошко - акушерска болница - Чаир - Скопје,

Клиничка болница “Аџибадем Систина” - Скопје,

Јавна Здравствена Установа Општа болница “Борка Талески “ - Прилеп,

Јавна Здравствена Установа Општа болница - Охрид,

Приватна Здравствена Установа - Специјална болница за Гинекологија и Акушерство ” Плодност” Битола,

Јавна Здравствена Установа- Клиничка Болница - Битола

Второстепената комисија за прекин на бременост пак е единствена во државата и е при Министерство за Здравство на Република Македонија.

Пациентките имаат право на жалба на одлуката од првостепените комисии. Оваа жалба се упатува и по неа решава второстепената комисија. Со одлуката од второстепената комисија за прекин на бременост, пациентката може да се обрати во било која здравствена установа која се бави со оваа дејност. Воедно здравствената установа која ги исполнува условите за работа предвидени со закон за прекин на бременост треба да обезбеди соодветно постапување и интервенирање. Секоја жена има право да избере каде сака да ја изврши интервенцијата.

Сакам да истакнам дека од сите првостепени комисии за прекин на бременост, првостепената комисија за прекин на бременост на ЈЗУ -Клиниката за

⁵³ Гинеколошко-Акушерска Клиника –Скопје, Центар за Хумана Репродукција ,1998, Дефиниции од Светска Здравствена Организација, стр 6

Гинекологија и Акушерство - Скопје, има најголем број на пациенти кои се обратиле за прекин на бременост. На нашата клиника се и најголем број на реализирани прекини на бременост. Како носител на терцијарна здравствена заштита, клиниката поседува можности и услови за соодветен третман а исто така поседува и високо стручен кадар за соодветно реализирање на прекилот на бременоста. Од друга страна фреквентноста на интервенциите овозможува подобро опслужување на пациентите, од кадар со голема пракса и искуство. Значајно е да се истакне почитувањето на законските регулатви, морално етички принципи при работа, достапноста и можностите што ги поседува клиниката. Пациентките како причини за обраќање на нашата клиника ги наведуваат: стручниот кадар, условите, рутина во работењето, дискретност на процесот.

Прекини на бременоста за 2014 во Јавната Здравствена Установа - Универзитетска Клиника за Гинекологија и Акушерство - Скопје, изнесуваат 1231, од нив скоро половина биле прекини на бременоста на барање, а бројот на раѓања за истиот период на клиниката изнесува 5559

8. Улога на социјалниот работник при прекин на бременост

Раните зачетоци на социјалната работа во здравство во нашата држава се поврзани и со нашата клиника. Оваа установа е меѓу првите кои вработува ваков профил за своите потреби. Потребата од социјален работник како дел од својот стручен тим нашата установа го препознава уште пред повеќе од педесет години. Од тогаш нашиот профил рамноправно учествува во непречената високостручна и професионална дејност на клиниката. Од самите почетоци на оваа пракса, па се до денеска социјалниот работник е дел од Одделот за Хумана Репродукција при Јавната Здравствена Установа - Универзитетска Клиника за Гинекологија и Акушерство - Скопје. Првично како дел од Планирање на семејството а понатака со проширен делокруг на професионални и работни активности.

Како основни вредности на социјалната работа а кои се применуваат и во ова подрачје се: почитување на слободата и достоинството на личноста,

уважување на групните и индивидуални особености и разлики, верба во можноста за подобрување и усовршување на човековата природа, развивање на способности и потенцијали за личен развој и самопомош, заложба за социјална правда економска физичка и психичка благосостојба на личноста, неутрален и неосудувачки став, почитување и доверлив однос со другите како и чување на професионална тајна и сл.⁵⁴ Следејќи ги овие постулати се дефинираат контурите на нашата работа. Интердисциплинарниот пристап на оваа раритетна проблематика ја акцентира важноста на социјалниот работник како рамноправен член на стручниот тим, во делот на проценка на проблемот, потребите на пациентите и третманот во однос на подобро социјално функционирање во рамки на семејството и заедницата. Знаењата и вештините на социјалните работници се врзани најнапред со нивната едукација.⁵⁵

Правните рамки за прекин на бременост го препознава социјалниот работник и неговата важна улога. Практично е невозможно функционирање на комисиите за прекин на бременост без социјален работник. Елаборирање на социјалните причини врши токму тој. Исто така тој ги третира социјалните аспекти на абортусот. За социјалните индикации за прекин на бременост важно е мислењето на социјалниот работник. Тоа се базира на неговото знаење и искуство. Исто така социјалните фактори како причинител за прекин на бременост ги разгледува, толкува и анализира токму социјалниот работник. Во работата на комисиите социјалниот работник ги анализира социјалните причинители, ја разгледува потребната документација и стручно го презентира секој случај на членовите на комисијата за потоа да се донесе заедничка одлука на комисиите во однос на бременоста. Токму поради овие причини социјалниот работник членува во комисиите за прекин на бременост. Тоа е уште еден доказ за важноста и улогата на социјалните фактори како причина за прекин на бременост.

Во однос на прекилот на бременост, социјалниот работник во третманот со пациентот превзема низа интервенции: советување во однос на прекин на бременоста, советување за репродуктивно здравје, планирање на семејство,

⁵⁴ Видановиќ, И. 2009, Поединац и породица, Методы, техники и вештине социјалног рада, Белград стр.31

⁵⁵ <http://www.jswwearchives.com/fall2012/fall125.pdf>

подигање на свеста за употреба на контрацепција кај жените, психосоцијална поддршка, соодветно упатување при соодветни социјални состојби на пациентките, препознавање и делување во однос на други проблеми во однос на социјалната работа, и сл. Социјалниот работник има улога во заштита и остварување на права од социјална и здравствена заштита. За својата работа социјалниот работник води евиденција и документација.

Советувањето како метод на пружање помош на особите во различни психосоцијални потешкотии наоѓа голема примена во нашата работа. Советодавното интервју пак е соработнички и помагачки пристап кај особите кои во тој момент не се во состојба сами да се справат со проблемот.⁵⁶ По пат на интервју социјалниот работник ги добива податоците и анамнезата. Најчесто применувани се начелата на недирективниот пристап, Родџерсовиот пристап кој упатува на почитување, активно слушање, емпатија, толеранција, искреност, јасни пораки и сл.⁵⁷ Со помош на ова, самостојно се донесува одлука од страна на пациентката, а не се нарушува нејзиниот интегритет. Притоа таа може подобро и посамостојно да се справи со проблемот. Одлуките кои се донесуваат во врска со бременоста се многу лични и чувствителни. Оттука потребата да се донесе самостојна одлука е голема. Овие одлуки често се животни одлуки и во никој случај не смееме да си дозволиме било какво попречување, или непочитување во однос на правото на жената за лична одлука. Дискрецијата во сето ова е приоритет.

Заштита на менталното здравје на жената е дел од приоритетите, што би подразбирало заштита, поддршка и превенција на менталното здравје на жената, соодветна помош при злоупотреба, осамостојување и развивање вештини за совладување на кризни ситуации.⁵⁸ Менталното здравје на жената е во корелација со нејзиното репродуктивно здравје. Грижејќи се за нив ги почитуваме и заштитуваме и нејзините репродуктивни права.

Социјалниот работник има улога при зачувување и подигање на свесноста за сопственото здравје, превземајќи соодветни мерки за истото. Социјалните

⁵⁶ Јанковиќ, Ј. 2004, Советовање у психосоцијалном раду, Етцетера, Загреб, стр.38

⁵⁷ Јанковиќ, Ј. 2004, Советовање у психосоцијалном раду, Етцетера, Загреб, стр. 110

⁵⁸ Стаменкова-Тракова В. Белевска, Д. 2002, Киничка социјална работа, Ѓурѓа, Скопје, стр.42

фактори влијаат врз здравјето на поединецот и одговорноста кон сопственото здравје.⁵⁹ Ова пак во голема мера е врзано со социјалното опкружување и семејството. Должност ни е да постапуваме во сите овие процеси. Како социјални работници во здравство имаме обврска да спроведуваме и превземаме мерки во домен на здравствена социјална работа. Сите случувања и релации во психо-социјалното живеење на индивидуите и нивното опкружување произведуваат состојби кои може да предизвикаат потреба од наше делување.

Должност ни е да им излеземе во пресрет и да им понудиме помош на сите оние што имаат потреба од тоа. Сите оние што имаат потреба од нас, треба и да ја добијат соодветната помош и поддршка. И во состојби кога ни е отежната или оневозможена работата, должни сме да дадеме се од себе во интерес на клиентите.

⁵⁹ Стаменкова-Тракова В. Белевска, Д. 2002, Киничка социјална работа, Ѓурѓа, Скопје, стр.29

II.Методолошка рамка на истражувањето

1.Формулирање на истражувачки проблем

Абортусот можеме да го дефинираме како прекин на бременост. Во тој случај прекин на бременост поради социјален фактор, најчесто би била прекин на несакана и непланирана бременост.

Најчесто експлоатирана тема во однос на абортусот е медицински осврт на истиот. Исто така моралните и етички димензии на абортусот се често анализирани и толкувани. Ретко се зборува за социјалните индикации и аспекти на истиот. Токму овој труд се занимава со оваа проблематика, обработувајќи ги социјалните фактори како причинител за прекин на бременоста, истражувачкиот проблем е поставен да се анализираат и обработат социјалните фактори.

Медицинските прекини се детерминирани од здравјето на жената или плодот. Тоа се обично сакани и планирани бремености, но поради ризикот по здравје (на плодот или на мајката), мора да се изврши прекин на бременоста. Најчесто овие состојби завршуваат со прекин на бременоста, но постојат случаи кога нема доволно силна, поткрепена и докажана причина за прекин на бременост, или пак во некои случаи и покрај јасните индикации кои налагаат абортус жената решава да не ја прекине бременоста.

Немедицинските прекини се детерминирани најчесто од социјални фактори. Тие се обично непланирани и несакани бремености и скоро секогаш се на барање на жената. Се извршуваат согласно законските норми. Значајно е да се истакне дека бројот на овие абортуси е голем. Во првиот триместар или на почеток на бременоста се најчести, но исто така и во напредната бременост се често присутни. За разлика од напреднатата бременост, каде треба да се докаже состојбата на жената која доведува до барање за прекин на бременост, и за тоа одлучува комисија за прекин на бременост, во рана бременост прекилот се извршува на барање на жената, без притоа да има потреба да се докажува причината за таквата одлука. Од ова пак произлегува дека прекилот на рана

бременост е полесен и подостапен за жената, се работи за волјата и одлуката на жената, а законски и е овозможува тоа право.

Начинот на прекин на бременоста според големина на бременост медицински е различен. Постапките и процедурите за абортус според висина на бременост и според законот се различни. Фактори кои детерминираат прекин се: големина на бременост и причините поради кои се бара прекин на истата, при што секогаш се води грижа за здравјето. Бројни се немедицинските причини (најчесто предизвикани од социјални фактори) поради кои жените сакаат да ја прекинат бременоста. Одлуката за прекин на бременост првенствено ја донесува самата жена. За тоа каков ќе биде понатамошниот тек на бременоста, односно каква одлука ќе биде донесена, значајна улога имаат повеќе фактори (претежно социјални) како што се: возраст, брачен статус, образовно ниво, како дошло до зачнување (забременување) дали жената претходно раѓала, дали бременоста е вонбрачна, дали има услови за одгледување на дете, остварен број на сакани деца, традиционални вредности, социо-економски статус, семејни околности, лични прилики кои влијаат врз нејзиниот понатамошен живот и сл. Најчеста индикацијата за прекин на бременост на барање, е социјалната индикација. Имајќи предвид дека спонтаните абортуси и другите абортуси што не можат да се спречат, се потребна и неопходна медицинска интервенција, или се започнати прекини што мора да се довршат, не се на барање туку се реализираат веднаш соодветно состојбата и потребата. Додека пак за прекин на бременост по барање на жената доминантен ќе биде социјалниот фактор. Прекин на бременост на барање всушност е намерно предизвикан, индуциран прекин на бременоста, без разлика која е причината за тоа. Во овој труд анализирајќи ги причините поради кои е баран прекин на бременоста ќе имаме можност тоа да го согледаме. Воедно ќе можеме да утврдиме кои се најчести и најдоминантни социјални причинители при барање абортус. Ќе бидат разгледани состојбите кога жената сама решава за прекин на бременоста, кога комисијата решава за прекин на бременоста, исто така ќе бидат констатирани прекини на бременост кај малолетници односно малолетност како фактор за прекин на бременоста.

Абортусот кај жените предизвикува психички, социјални, семејни, емоционални и други промени - потешкотии. Тие се присутни од самиот почеток (кога жената ќе дознае дека е бремена) за време на абортусот и потоа.

2.Предмет на истражување

2.1. Теоретско определување на предметот на истражување

Во овој труд предмет на истражување ќе бидат социјалните фактори како причина за прекин на бременост и социјалните аспекти на абортусот. Предмет на истражување ќе бидат сите прекини на бременоста поради социјални индикации. Ќе се утврдува и елаборира немедицинскиот дел на прекин на бременоста. Тука сакам да напоменам дека прекините на бременост поради медицински индикации ќе бидат само нумерички презентирани, бидејќи не се предмет на интерес на овој труд и не се цел на ова истражување. Поради потребата за споредување, а со цел подобар увид на состојбите, ќе се наведе бројот и видот на сите абортуси, а ќе се анализираат само социјалниот фактор како причина за прекин на бременост.

3.Цели и задачи на истражување

Основна цел на истражувањето е утврдување на социјалните фактори како причина за прекин на бременост. Преку истражувањето се очекува да се согледаат причините поради кои се прекинува бременоста. Социјалните фактори за абортус особено ќе се разгледуваат и елаборираат како детерминирачки фактори кои се причина за прекин на непланирана и несакана бременост. Целта е да се констатираат факторите за прекин на бременост на барање на жената. Значајно внимание ќе биде посветено на прекин на напредната бременост. Прекин на бременост кај малолетници е исто така дел од истражувањето, на кој ќе се посвети големо внимание.

Исто така ова истражување има за цел да ги прикаже социјалните аспекти на абортусот.

Треба да даде одговор на тоа колкава е фреквентноста на овие прекини на бременоста и зашто доаѓа до нив. Сакаме да прикажеме дека бројот на овие абортуси е голем, дека е присутен во секоја возраст, образовно ниво, брачен статус и сл. Имајќи предвид дека абортусите кои не се на барање на жената се состојби кои не можат да се превенираат или спречат може да се констатира дека тие не се по одлука или волја на жената. Постои јасна дистинкција помеѓу бараните прекини на бременост и оние кои не се на барање. Нашата цел се оние прекини кои се намерни, по одлука, волја и барање на жената, состојби кои ја принудуваат на прекин на бременоста.

Согласно поставените цели, истражувањето ги има следните задачи:

- да се изврши преглед на литература од овие области
- да се изврши преглед на прекините на бременоста, ран прекин на бременост и прекин на бременоста со одлука од комисија.
- да се согледаат причините за абортус
- да се утврдат начините и можностите за прекин на бременост според големина на бременоста
- законска детерминираност на абортусот
- да се согледаат социјалните фактори како причина за прекин на бременоста
- да се согледа демографската структура на жените кои прекинуваат бременост
- да се согледаат причинителите, детерминирани од демографски разлики
- да се согледа од каква средина доаѓаат жените
- да се согледа нивното образовно ниво
- согледување на социо-економските услови на живеење како причина за прекин на бременост
- да се разгледа нивното акушерско минато
- да се прикаже малолетнички прекин на бременост
- да се види колку жените се запознаени со контрацепција и дали употребуваат

- разгледување на препораки и совети за контрацепција
- да се увиди нивото на информираност
- да се донесат определени заклучоци и препораки согласно состојбите

4.Хипотези на истражувањето

Општа хипотеза

Социјалните фактори се причина повеќе за баран прекин на бременост во однос на другите фактори.

Посебни хипотези

1. Лошите социо-економски услови се најчест социјален фактор за прекин на бременоста.
2. Постои разлика во однос на бројот на извршени абортуси во различен период од бременоста.
3. Малолетничките абортуси се почести во напредната бременост.
4. Социјалните фактори се поредок причинител за прекин на напредната бременост.
5. Жените од македонска националност, повеќе прекинуваат бременост за разлика од другите националности.
6. Во однос на старосните граници жените помеѓу 26-35 години најчесто прекинуваат бременост.
7. Прекините на бременоста се најчести кај пациентките од Скопје.
8. Жените со високо образование помалку прекинуваат бременост.
9. Жените кои родиле почесто прекинуваат бременост во споредба со оние што немаат родено деца.

5. Методи и техники на истражувањето

Ќе се употреби дескриптивен метод. Притоа ќе се изврши дескриптивен приказ на анализираните податоци. Ќе бидат анализирани податоци кои се добиени од пациентките по пат на интервју. Анализа на податоци од амбулантски дневници, дневник за малолетници, првостепена комисија за прекин на бременост, податоци добиени од секторот за автоматска обработка на податоци при Јавна здравствена установа Универзитетска Клиниката за Гинекологија и Акушерство - Скопје. Ќе се врши сублимација на податоци, интерпретација и толкување. Овде сакам да истакнам зашто одлучив да работам со дескриптивен метод и зашто се решив за ретроспективен приказ. Како социјален работник со повеќегодишно искуство во оваа област, морам да истакнам дека на жените им е крајно непријатно да даваат исказ на таа тема, или писмено нешто да пополнуваат, дури и оние документи кои се задолжителни. Секогаш стравуваат и прашуваат дали ќе биде испочитувана дискретноста на процесот. Непријатно им е да ја образложуваат својата состојба бидејќи тоа го чувствуваат како нешто што е многу лично и интимно. Без намера да им ја отежнувам ситуацијата со дополнителни работи и да ги ставам во понезгодна ситуација, а воедно и мислејќи дека на овој начин ќе успеам најдобро да анализирам, обработам и прикажам на јавноста проблематиката во однос на прекините на бременост поради социјални фактори.

Ќе бидат користени податоци од Јавна здравствена установа – Универзитетска Клиника за Гинекологија и Акушерство-Скопје. Ќе бидат употребени претходно споменатите техники и методи. Ќе се употребат сите расположливи ресурси од клиниката. Ќе се изврши ретроспективен приказ на податоци за временски период од една година. Ќе биде обработена 2015 година. Табелирање на резултатите, изработка на графикони, анализа и интерпретација на резултатите. Резултатите од истражувањето ќе бидат прикажани дескриптивно.

Со истражувањето, податоците и анализата ќе се опфатат пациентки кои се

обратиле за прекин на бременост во Јавна Здравствена Установа-Универзитетска Клиника за Гинекологија и Акушерство-Скопје.

6.Примерок на истражување

Со истражувањето, податоците и анализата ќе се опфатат пациентки кои се обратиле за прекин на бременост во Јавна Здравствена Установа-Универзитетска Клиника за Гинекологија и Акушерство-Скопје, во тек на една година (2015). Истражувањето ќе ги опфати пациентките кои барале прекин на бременост, а ќе се анализираат оние што прекинале бременост поради социјален фактор.

Сите се од женски пол, старосна структура од 15-45 години, со различен степен на: образование, професионален статус, брачна состојба, различно акушерско минато, големина на бременост, семејна структура, етничка припадност. Со посебно внимание ќе се разгледуваат пациентките кои прекинуваат напредната бременост поради социјален фактор.

Во избраниот примерок ќе се внесат и сите пациентки кои се обратиле на првостепена комисија за прекин на бременост.

Исто така дел од примерокот ќе бидат сите малолетници кои се обратиле за прекин на бременост.

Ќе се опфатат и пациентките кои се обратиле на клиниката, размислувајќи и информирајќи се за прекин на бременост но кај кои не е реализиран прекин на бременоста.

Примерокот е составен само од пациентките кои реализирале баран прекин на бременост поради немедицински причинител односно социјален фактор како причинител за баран прекин на бременост. Примерокот го сочинуваат 399 пациентки.

7. Фази на реализација на истражувачките активности

Истражувањето се спроведе низ следниве фази:

Подготвителната фаза опфаќа: Согледување на актуелните состојби во однос на прекин на бременоста. Значењето на абортусот за индивидуата, семејството, пошироката средина. Се утврди значењето на контрацепцијата врз репродуктивното здравје на жената и улогата во планирање на семејството. Проучување на законските одредби и како тие влијаат на абортусот. Се анализираа официјални документи, закони, стратегии, правилници, програми, од релевантни домашни и меѓународни институции. Идентификација и определување на предмет на истражување, определување на цел на истражување. Се направи анализа на актуелната состојба. Оваа фаза е заснована на преглед на литература од оваа и слични области и поставување на основните хипотези.

Анализа на податоците со кои располага Јавна Здравствена Установа- Универзитетската Клиника за Гинекологија и Акушерство – Скопје. Беа разгледувани и анализирани сите пациентки кои го сочинуваат примерокот. Посебно внимание беше посветено на одредени групи на пациентки кои го сочинуваат примерокот а се од посебен интерес за истражувањето како што се малолетничкиот прекин на бременоста и прекините на напредната бременост. Согледување на други податоци, кои не се главна цел на ова истражување, но се поврзани и значајни за истражувањето.

Избор и определување на целниот примерок. Избор на категории од примерокот кои се особено важни за ова истражување. Беше одредена големината на примерокот 399, со сите подгрупи кои го прават целосен примерокот.

Во фазата на реализација, која е следна фаза беше опфатено:

Спроведување на дескриптивното истражување кое е ретроспективно за една година (2015). Беа опфатени, истражувани, толкувани и анализирани податоци од амбулантски дневник за прекин на бременост во првиот триместар, дневник за прекин на бременост кај малолетници во првиот триместар, податоци од Оддел за Хумана Репродукција при Јавна Здравствена Установа – Клиника за

Гинекологија и Акушерство - Скопје, пациентките кои се обратиле за прекин на напредната бременост преку обработување на целокупната работа на првостепената комисија за прекин на бременост (вклучувајќи ги малолетниците) со сублимација на податоци, дневници, документација.

Третата фаза опфаќа компјутерска обработка на податоците и анализа на истите. Преку компаративна анализа на добиените резултати е овозможено реализирањето на следната фаза каде што ќе се согледа состојбата и ќе се дадат препораки.

Следната фаза е анализа и интерпретација на резултатите. Овдека ќе се изврши проверка на поставените хипотези. Сублимација на наодите и нивно соодветно толкување. Исто така во оваа фаза ќе се изведат заклучоци соодветно добиените резултати и ќе се дадат одредени препораки соодветно состојбите, препораки во однос на намалување на бројот на непланирани и несакани бремености а со тоа и намалување на прекините на несакана и непланирана бременост.

Последната фаза опфаќа подготовка на завршен извештај и презентација на резултатите пред јавноста.

Во овој труд се проучува ретка проблематика и може да се каже дека е многу редок случај кога се анализира и обработува оваа тематика. Прекилот на бременост низ призма на социјални фактори како причинител, многу ретко се обработувани во нашата земја. Научниот и општествениот придонес е во раритетноста, емпириската специјалност и уникатност на трудот, деталната елаборација, детектирање на проблемите и бројни наоди, врз кои се базирани препораки. Со тоа сметам дека овој труд теоретски и практично ќе придонесе за поголеми сознанија во оваа област. Со помош на детален увид, јасен пресек и илустрација на состојбите, научната оправданост е во можноста за трасирање на јасни насоки за делување. Соодветното лоцирање и детектирање на проблемите пак се патоказ за превземање акции за превенирање и подобрување на состојбите и можностите.

8.Приказ на резултати од истражувањето и нивна интерпретација

Во корелација со поставените задачи, цели и хипотези, ќе се презентираат добиените податоци. За подобар увид и споредба ќе се презентираат и општи податоци за состојбите на прекин на бременост на клиниката. Притоа ќе се презентираат прекините на бременост на барање, а детално ќе се презентираат оние прекини кои се поради социјални фактори.

Најпрвин следи приказ на општи податоци за состојбите во 2015 година, од Јавна Здравствена Установа-Универзитетска Клиника за Гинекологија и Акушерство-Скопје.

Бројот на раѓања на Универзитетската Клиника за Гинекологија и Акушерство-Скопје за 2015 година, изнесува: 5784, додека бројот на абортуси изнесува 1172.

Табела 1: Број на раѓања и абортуси

Број на раѓања	5784
Број на абортуси	1172

Од горенаведените податоци може да се заклучи дека на приближно секои 5 раѓања има по еден прекин на бременост или во корелација со доленаведените податоци за поделеноста на абортусите, просечно на секои 11,5 раѓања има по еден баран абортус.

Табела 2: Поделеност на абортуси

Абортуси кои не се на барање	670	57%
Абортуси кои се на барање	502	43%

Од вкупниот број на 1172 абортуси, абортуси кои не се на барање се 670 прекини на бременоста, од нив спонтани абортуси се 234, а missed abortion се кај 436 пациентки. Баран прекин на бременост е реализиран кај 502 пациентки.

Изразено во процентуална застапеност тоа би значело 57% абортуси кои не се на барање, и 43% абортуси кои се на барање.

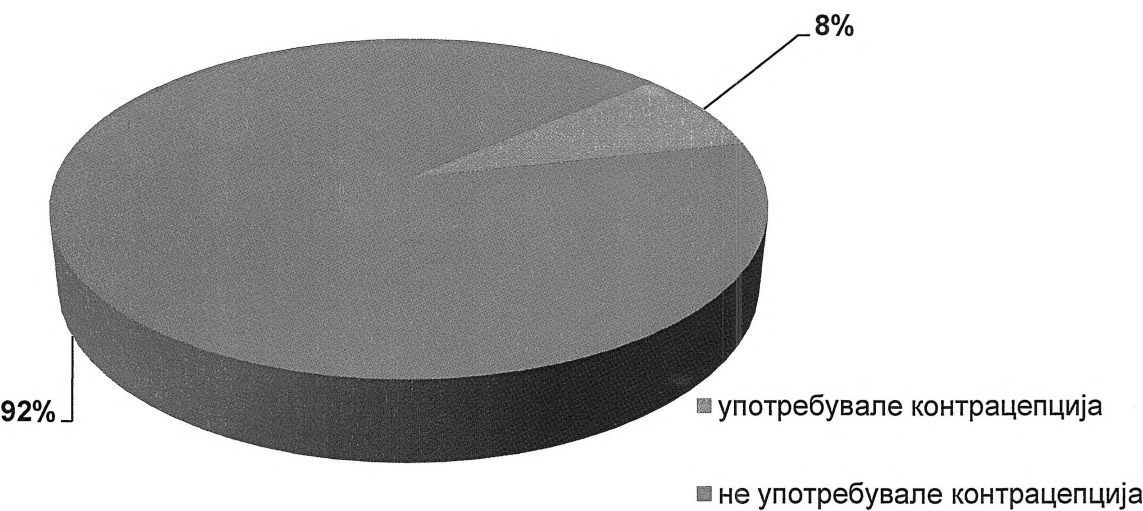
Баран прекин на бременост е реализиран кај вкупно 502 пациентки. Од нив 103 биле прекини на бременост поради медицинска индикација, а 399 поради други, немедицински индикации. Нивниот сооднос е 4:1 во корист на барани прекини на бременост поради немедицинска причина. Токму овие 399 го сочинуваат примерокот бидејќи се прекини на бременост кои не се детерминирани од медицински фактори, тие се прекини на бременост кои се предизвикани од други фактори.

Табела 3: Број на реализирани прекини на бременост на барање

Прекини поради немедицински индикации	399
Прекини поради медицинска индикација	103

Во презентирање на општите податоци, следува податок кој е многу значаен за овие состојби, а тоа е контрацепција. Состојбите се однесуваат на тоа дали жените од вкупниот примерок некогаш, било кога претходно, употребувале контрацепција. Податоците се следни: од вкупниот примерок 399, само 31 пациентка се изјаснила дека претходно употребувала контрацепција, а дури 368 се изјасниле дека никогаш претходно не употребувале контрацепција. Ова упатува на многу ниско ниво на употреба на контрацепција, што е индикативна состојба за подигање на свесноста за употреба и важноста на контрацепцијата. Или процентуалната застапеност на жените кои претходно употребувале контрацепција е ниски 8% во однос на жените кои никогаш претходно не употребувале контрацепција претставени со високи 92 % од вкупниот примерок.

Графикон 1: Предходна употреба на контрацепција



Понатаму, од вкупниот број на примерокот 399, прекин во рана бременост во првиот триместар од бременоста или *abortus artificialis* е реализиран кај 331 пациентка, додека 68 пациентки прекинале напредната бременост во вториот триместар или *abortus pro inductione* што би подразбирало дека се обратиле на првостепена комисија за прекин на бременост и за реализирање на абортусот добиле одобрување од истата. Во овој дел бројот на прекини во напредната бременост се намалува за приближно пет пати во однос на прекините на рана бременост.

Табела 4: Прекини на бременост поради немедицински индикации

Прекин во рана бременост	331
Прекини на напредната бременост	68

Од овие причини а со цел подобро презентирање и согледување на состојбите, ќе бидат одделно презентирани резултатите од истражувањето, па така ќе бидат прикажани како прекини на рана бременост и приказ на резултатите од првостепена комисија за прекин на бременост.

Оваа поделба е направена бидејќи се работи за различен начин и видови на прекин на бременост, исто така и легислативните можности се различни што подразбира дека во рана бременост жената со нејзина согласност и на нејзино барање прекинува бременост согласно законските прописи, додека пак по истекување на првиот триместар од бременоста, покрај барање и согласност, таа треба да се обрати на комисија за прекин на бременост согласно законските норми. И според видот, условите и начинот на изведување, исто така и според медицинските и законските услови се работи за различен вид на абортуси.

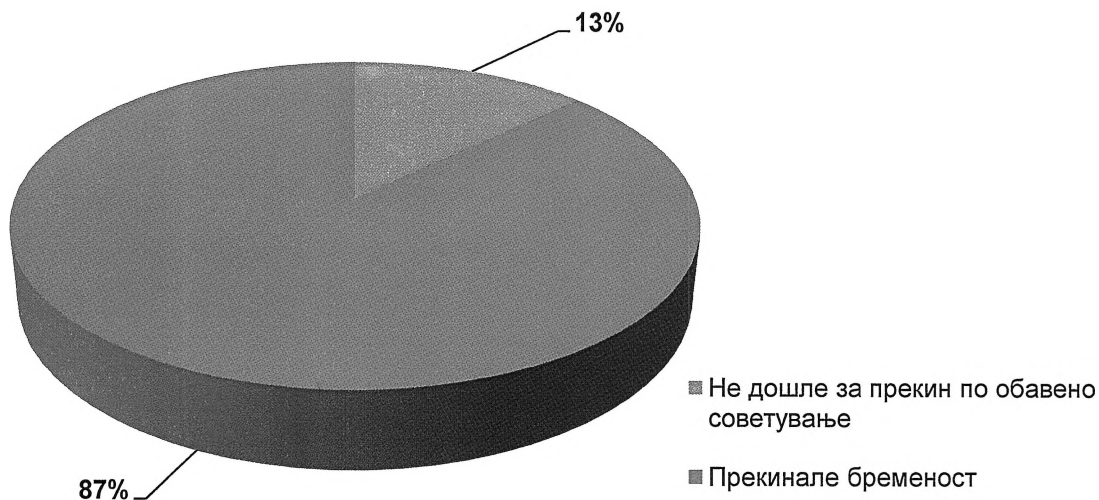
8.1 Приказ на резултати од ран прекин на бременост во прв триместар

Во овој дел се претставени податоци за ран прекин на бременост на барање, односно баран прекин на бременост во првиот триместар од бременоста, од Јавна здравствена установа-Универзитетската Клиника за Гинекологија и Акушерство-Скопје за 2015 година.

Табела 5: Пациентки кои се обратиле за прекин на рана бременост

Дојдени на советување	381
Не дошле за прекин на бременост по обавено советување	50
Прекинале бременост	331

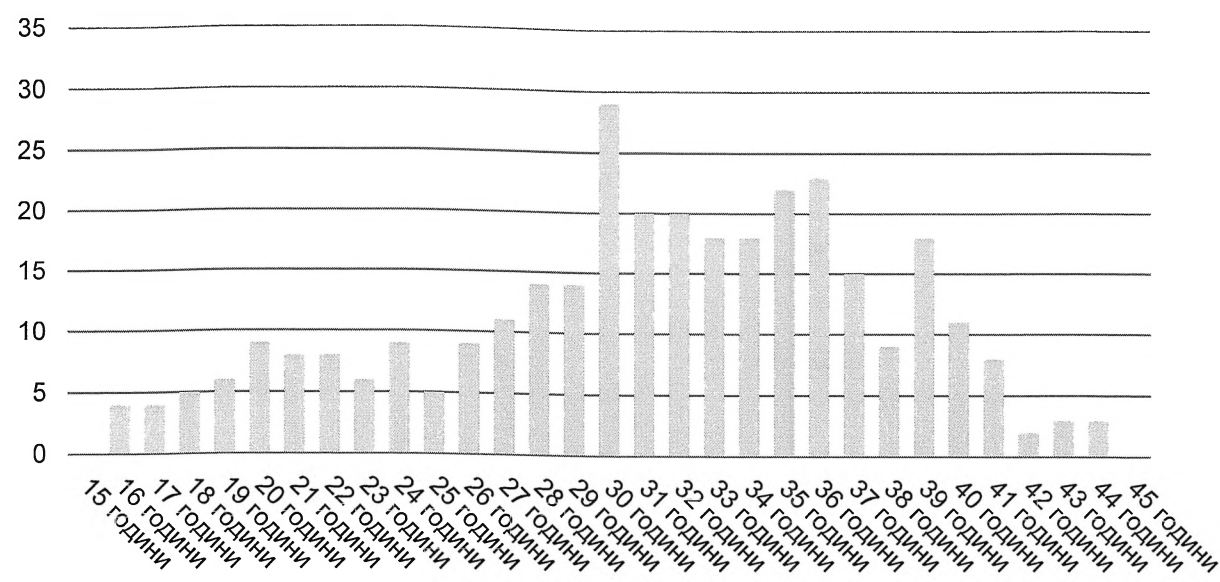
Графикон 2: Пациентки кои се обратиле за прекин на рана бременост



Следува интерпретација на прикажаните податоци за пациентки кои се обратиле за баран прекин на бременост и кај кои е реализиран гинеколошки преглед и советување за баран прекин на рана бременост. Во горниот графикон прикажани се сите пациентки кои се обратиле за баран прекин на рана бременост. Нивниот вкупен број е 381 пациентки кои се обратиле за баран прекин на рана бременост и кај кои е реализиран гинеколошки преглед и советување. Од нив 331 пациентки или 87% прекинале бременост, додека 50 пациентки или 13% не дошле за прекин на бременост по обавен гинеколошки преглед и советување.

Во понатамошниот приказ на резултатите од овој дел ќе бидат претставени и интерпретирани само оние пациентки кои прекинале рана бременост на барање, а тоа се 331 пациентка.

Графикон 3: Старосна структура на пациентки при прекин во рана бременост

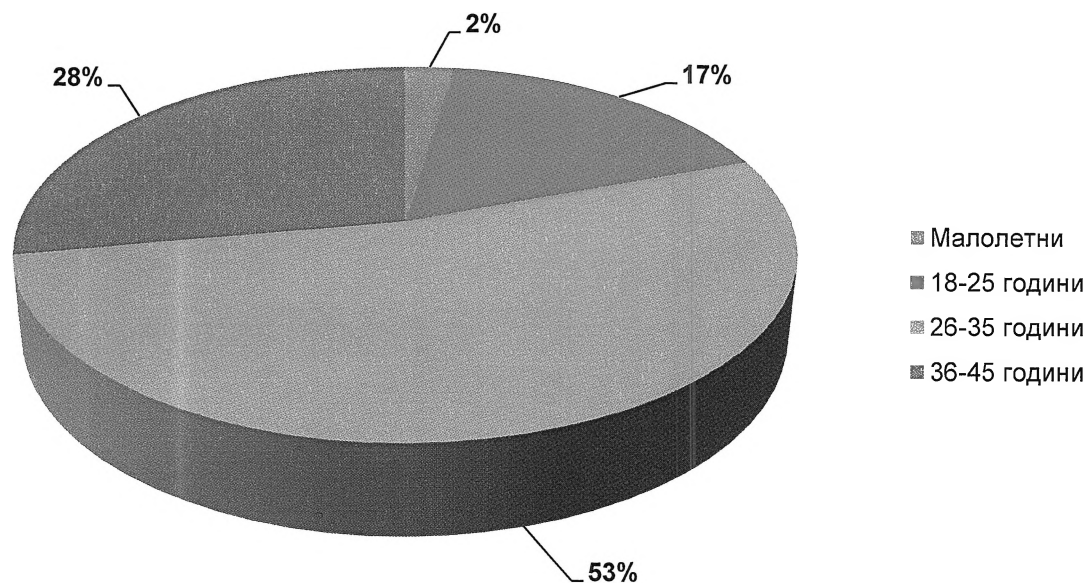


Пресметано од податоците за старосната структура и бројот на пациентки кои направиле прекин во рана бременост, просечната возраст изнесува 31,1 година.

Табела 6: Старосни групи при прекин во рана бременост

Малолетни	8
18-25 години	56
26-35 години	175
36-45 години	92

Графикон 4: Старостни групи при прекин во рана бременост



Од горенаведениот приказ може да се констатира дека ран прекин на бременост најмногу направиле пациентки на триесет годишна возраст. Исто така во однос на старосните групи, најмногу прекини на бременост има кај пациентките од 26 до 35 години. Имено пациентките беа поделени според возраста и периоди на репродукција, можности за репродукција. Малолетници до осумнаесет години се застапени со ниски 2% ран прекин на бременост. Понатака од 18-25 годишна возраст се очекува стапување во брак, засновање семејство односно раѓање на дете и се претпоставува дека бременоста е сакана и планирана па со оглед на тоа оваа група не би била голема во вкупниот број абортуси односно само 17% од вкупниот број прекинале рана бременост од оваа старосна група. Следна старосна група е од 26 до 35 години, каде што репродуктивните можности се најголеми каде се очекува раѓање на второ или повеќе деца, но исто така се очекува голем број на непланирани и несакани бремености што се потврди бидејќи оваа старосна група е застапена со високи 53% што е повеќе од половина. Последната старосна група е од 36 до 45 години, каде се очекува намалување на

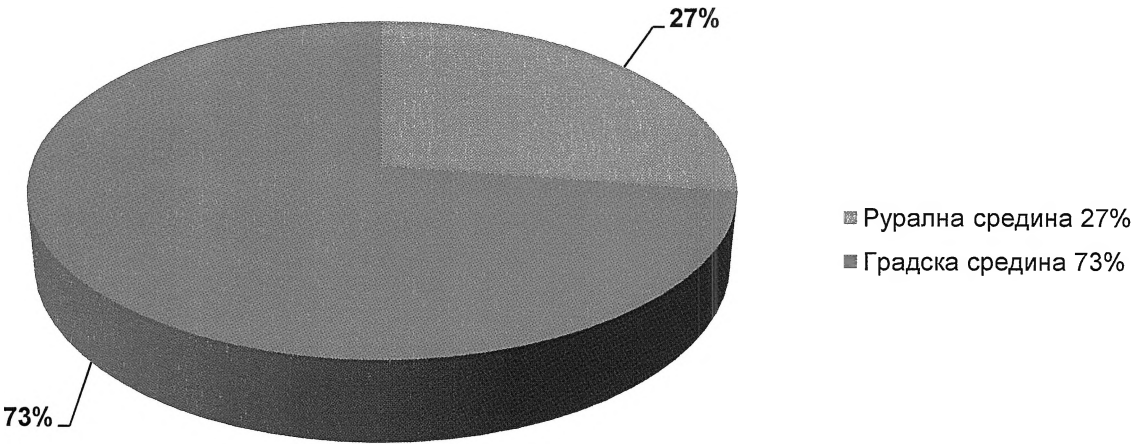
репродуктивните можности и помала веројатност за сакана и планирана бременост, па така 28% застапеност е во оваа старосна група.

Табела 7: Поделеност на пациентките кои прекинале рана бременост според место на живеење

	број на пациентки	процентуална застапеност
Скопје	241	72.8%
Велес	11	3.3%
Прилеп	1	0.3%
Битола	1	0.3%
Гевгелија	2	0.6%
Кочани	6	1.8%
Охрид	1	0.3%
Тетово	4	1.2%
Гостивар	3	0.9%
Делчево	4	1.2%
Штип	11	3.3%
Куманово	22	6.6%
Крива Паланка	4	1.2%
Радовиш	3	0.9%
Виница	2	0.6%
Кавадарци	2	0.6%
Свети Николе	5	1.5%
Неготино	1	0.3%
Кратово	1	0.3%
Берово	2	0.6%
Струмица	2	0.6%
Стран државјанин	2	0.6%

Најголем број од пациентките доаѓаат од Скопје, односно 241 и од вкупниот број се со застапеност од 72,8% што ги прави најбројни. Во останатиот дел перзистира застапеност скоро од сите градови, но по градот Скопје со најголема застапеност се: Куманово со 22 пациентки односно 6,6% , Велес и Штип со 11 пациентки односно 3,3%. Евидентно е присуство на страни државјани со 0,6% застапеност, односно 2 пациентки од вкупниот број кои направиле прекин на рана бременост.

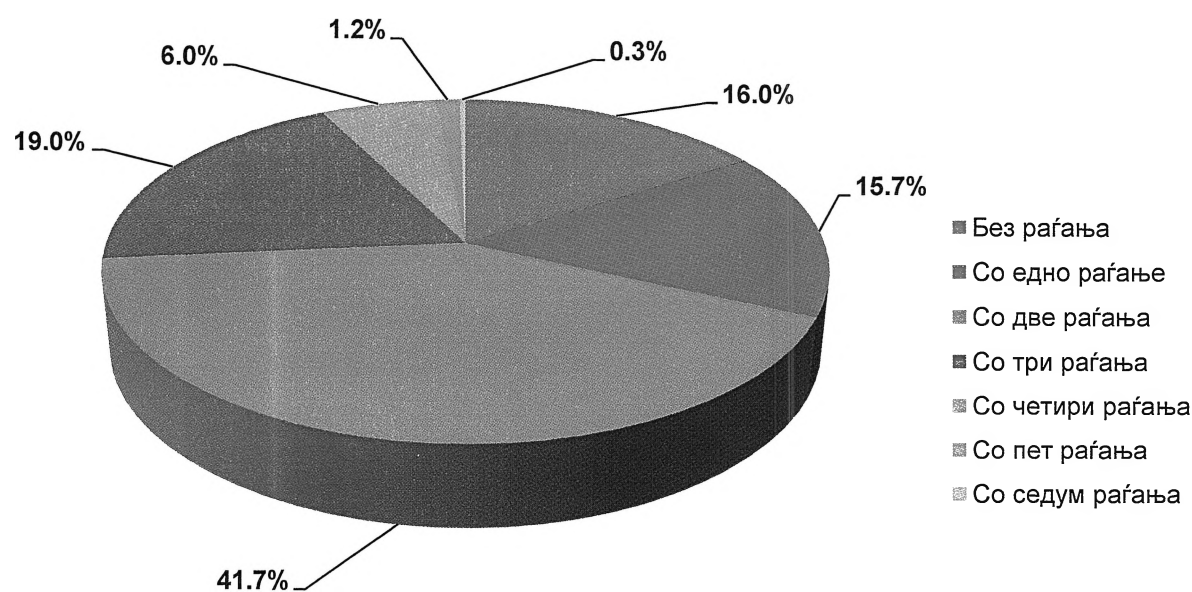
Графикон 5: Поделеност на пациентките кои прекинале рана бременост според место на живеење



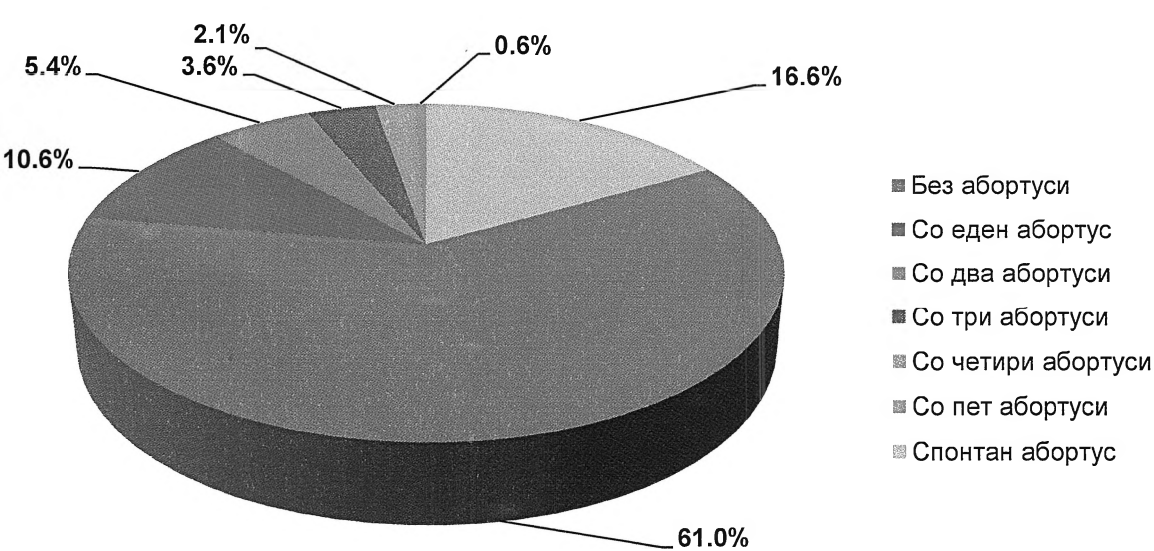
Во однос на местото од кое доаѓаат пациентките кои прекинуваат рана бременост 73% од нив се од градска средина или 240 пациентки , додека 27% се од рурална средина односно 91пациентки.

Следува приказ на претходни раѓања и претходни абортуси на пациентките. Во однос на акушерското минато на пациентките кај кои е направен баран ран прекин на бременост евидентно е дека најповеќе од нив имаат претходни раѓања, односно имаат две раѓања 138 пациентки или 41,7% застапеност. Потоа следат пациентките кои се со три претходни раѓања а тоа се 19% или 63 пациентки. По нив следуваат пациентките кои немаат претходни раѓања кои се застапени со 16% или 53 пациентки, многу блиску до нив со мала разлика се пациентките кои имаат едно претходно раѓање 52 пациентки или 15,7% застапеност. Пациентките кои имаат четири претходни раѓања се застапени со 6% односно 20 пациентки, со пет претходни раѓања се 4 жени или 1,2% и само една пациентка е со седум претходни раѓања и е 0,3% застапеност.

Графикон 6: Предходни раѓања кај пациентки кои прекинале рана бременост



Графикон 7: Предходни абортуси кај пациентки при ран прекин на бременост



Во однос на претходни абортуси најголема застапеност има на пациентки кои немаат претходни абортуси, нивниот број е 202 пациентки или 61% што е

повеќе од половина, потоа следуваат пациентки кои имале спонтан абортус, претходно кои се 16,6% или 55 пациентки, по нив со претходен еден абортус 35 пациентки или 10,6% застапеност и мал број на останати пациентки со повеќе претходни абортуси.

Табела 8: Брачна состојба на пациентките при прекин на рана бременост

Во брак	231	70%
Не е во брак	67	20%
Разведена	33	10%

Прикажаните резултати од табела 8 покажуваат дека е многу големо присуството на пациентки кои реализирале баран прекин на рана бременост а се во брак. Имено најголем дел или 231 пациентки се во брак што е високи 70% односно дека се работи за брачна бременост, 67 пациентки пак не се во брак и не биле во брак претходно што изразено во процентуална застапеност е 20% и 33 пациентки се разведени односно се со 10% застапеност.

Табела 9: Образовна структура на пациентките при ран прекин на бременост

Без образование	9	3%
Неоформено образование	14	4%
Основно образование	70	21%
Средно образование	179	54%
Високо образование	59	18%

Приказот на резултатите за образовната структура упатува на најголема присутност на жени кои имаат завршено средно образование, дури 179 пациентки што е повеќе од половина поточно 54% потоа следуваат жените со завршено основно образование 70 пациентки или 21%, потоа се жените со завршено високо образование 59 пациентки или 18% застапеност и мал дел на жени кои имаат неоформено образование 4% или 14 пациентки и оние кои се без никакво образование 3% или 9 пациентки.

Табела 10: Работен статус на пациентките при прекин на рана бременост

Вработена	151	46%
Невработена	180	54%

Во однос на работниот статус на пациентките кои прекинуваат рана бременост резултатите покажуваат дека повеќе од половина пациентки 54% или 180 се невработени, а 151 пациентки пак се вработени што претставува 46% застапеност.

Табела 11: Етничка припадност на пациентките при ран прекин на бременост

Македонка	231	69.8%
Албанка	43	13.0%
Ромка	42	12.7%
Турчинка	3	0.9%
Бошњак	4	1.2%
Влаинка	2	0.6%
Србинка	4	1.2%
Стран државјанин	2	0.6%

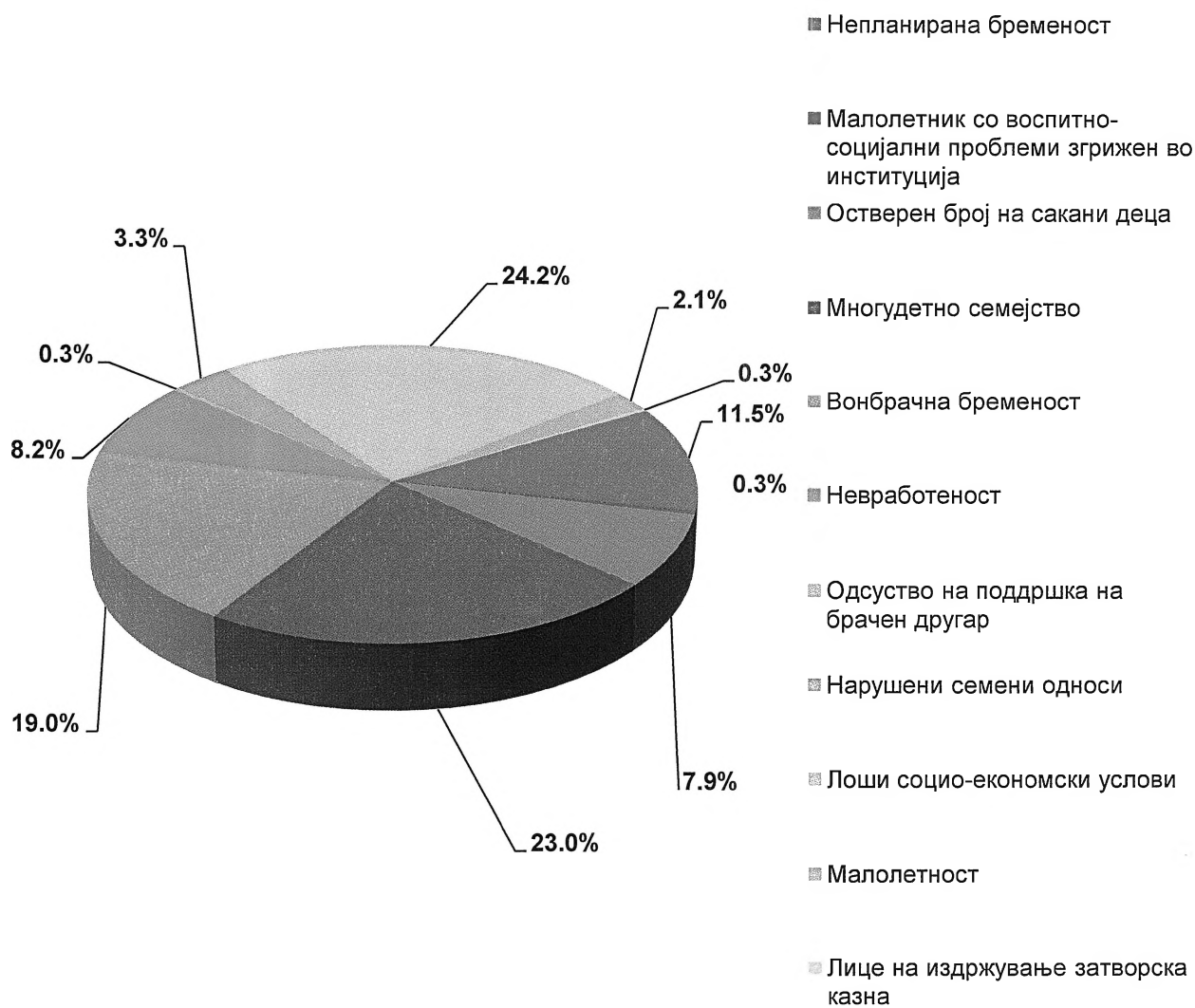
Во табелата е прикажана етничката припадност на пациентките кои реализирале ран прекин на бременост на барање. Резултатите од истражувањето кои се однесуваат на националноста на жените кои прекинуваат рана бременост на барање покажуваат дека најголем дел од жените, високи 69,8% односно 231 пациентки се Македонки, по нив следуваат жените од Албанска етничка припадност со 13% застапеност или 43 пациентки, многу блиску до нив се жените од Ромска етничка припадност 42 пациентки или 12,7% застапеност. Со мала бројност односно мала процетуална застапеност се жените од Влашка 0,6% или 2 пациентки, Бошњачка 1,2% или 4 пациентки, Српска 1,2% односно 4 пациентки и 3 пациентки односно 0,9% Турска етничка припадност. Многу мал дел се присутни и страните државјани, односно само две пациентки или 0,6% застапеност.

Табела 12: Причини за прекин на рана бременост

Непланирана бременост	38
Малолетник со воспитно-социјални проблеми згрижен во институција	1
Остверен број на сакани деца	26
Многудетно семејство	76
Вонбрачна бременост	63
Невработеност	27
Отсуство на поддршка на брачен другар	1
Нарушени семени односи	11
Лоши социо-економски услови	80
Малолетност	7
Лице на издржување затворска казна	1

Прикажани се причините кои ги посочиле пациентките кои реализирале баран прекин на рана бременост. Презентираните причини кои довеле до баран прекин на бременост упатуваат на тоа дека најчеста причина која пациентките ја посочиле за ран прекин на бременост се лошите социо-економски услови, која е застапена кај 80 пациентки. Потоа следува многудетно семејство како причина за прекин на рана бременост кај 76 жени, по неа вонбрачна бременост кај 63 пациентки, потоа следува непланирана бременост како причина кај 38 пациентки, 27 пациентки се изјасниле за невработеност како причина, 26 пациентки како причина за абортусот навеле остварен број на сакани деца, сложени или нарушени семејни односи навеле 11 жени, додека пак малолетност како причина за прекин на рана бременост е присутна кај 8 пациентки од кои еден малолетник е со воспитно социјални проблеми згрижен во институција и само една пациентка како причина навела отсуство на поддршка од брачен другар.

Графикон 8: Причини за прекин на рана бременост



Процентуалната застапеност на причинителите пак, за баран прекин на рана бременост е следна: лоши социо-економски услови 24,2%, многудетно семејство 23%, вонбрачна бременост 19%, непланирана бременост 11,5%, невработеност 8,2%, остварен број на сакани деца 7,9%, нарушени семејни односи 3,3%, малолетност повеќе од 2% отсуство на поддршка од брачен другар 0,3%.

8.2 Приказ на резултати од првостепена комисија за прекин на бременост при Јавна Здравствена Установа Универзитетска Клиника за Гинекологија и Акушерство-Скопје

Во овој дел се претставени и интерпретирани податоци од првостепена комисија за прекин на бременост при Јавна здравствена установа-Универзитетската Клиника за Гинекологија и Акушерство-Скопје за 2015 година. Прикажани се сите пациентки кои се обратиле на комисијата, а ќе бидат анализирани само оние кои прекинале бременост поради немедицинска причина, односно прекините на бременост поради социјална индикација.

Табела 13: Пациентки обратени на првостепена комисија за прекин на бременост

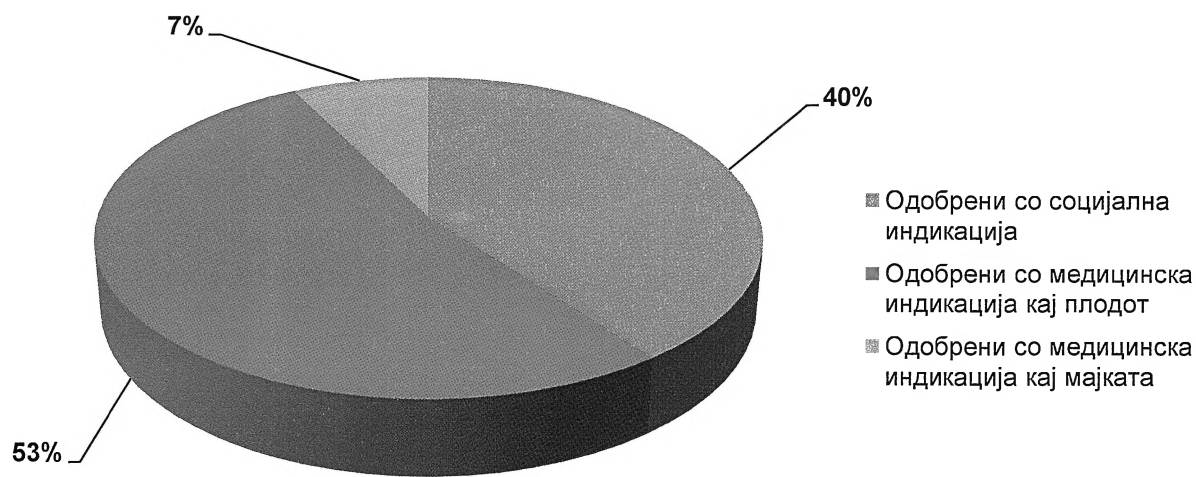
Вкупно обратени пациенти на првостепена комисија	176	
Одобрени	171	97%
Одбиени	5	3%

На првостепена комисија за прекин на бременост се обратиле вкупно 176 пациентки, од нив 171 пациентка добиле одобрување за прекин на бременост што изнесува високи 97%, а само 3% или 5 пациентки не добиле одобрување за прекин на бременоста.

Табела 14: Одобрени прекини на бременост од првостепената комисија за прекин на бременост

Вкупно одобрени	171
Одобрени со социјална индикација	68
Одобрени со медицинска индикација кај плодот	90
Одобрени со медицинска индикација кај мајката	13

Графикон 9: Одобрени прекини на бременост од првостепената комисија за прекин на бременост



Од вкупниот број одобрени прекини на бременост 171, одобрени прекини поради медицинска индикација се 103 при што 90 одобрени прекини на бременоста се поради медицинска индикација кај плодот што претставува 53% или повеќе од половина од вкупниот број, а 13 се поради медицинска индикација кај бремената жена што е застапеност од 7%. Одобрени прекини од првостепенa комисија за прекин на бременост поради социјална индикација се 68 пациентки или 40% застапеност. Токму овие 68 пациентки се предмет на нашето интересирање во овој дел, тие всушност се прекини на бременост поради социјална индикација кои се со одобрување на првостепената комисија за прекин на бременоста. Кај сите овие 68 пациентки станува збор за прекин на напредната бременост во вториот триместар од бременоста, односно големината на бременост била од 12-24 гестациска недела.

Табела 15: Одобрени прекини на бременост од првостепена комисија според големина на бременост

Прекини на бременост до 12 недела	6	3.5%
Прекини на бременост до 24 недела	134	78.4%
Прекини на бременост над 24 недела	31	18.1%

Во табелата се прикажани одобрените прекини на бременост од првостепената комисија за прекин на бременоста според големина на бременост. Состојбите според големина на бременост на пациентките кои прекинале бременост на првостепена комисија за прекин на бременост се следни: во рана бременост односно до 12 гестациска недела 6 пациентки од кои кај сите индикација за прекин на бременост била здравствената состојба на бремената жена тоа е 3,5% од вкупниот број; прекини на бременост до 24 недела е со најголема бројност односно застапеност при што таа е одобрена кај 134 пациентки што претставува 78,4% застапеност од кои кај 68 е социјалена индикација а кај останатите медицинска индикација кај бремената жена или кај плодот; прекин на бременост над 24 недела е одобрен кај 31 пациентка што претставува 18,1% од вкупниот број и се работи исклучиво за медицинска индикација најчесто кај плодот, но во мал дел и во однос на здравствената состојба на бремената жена. Во оваа големина на бременост односно во последниот триместар пред раѓање нема одобрени прекини на бременост поради социјална индикација.

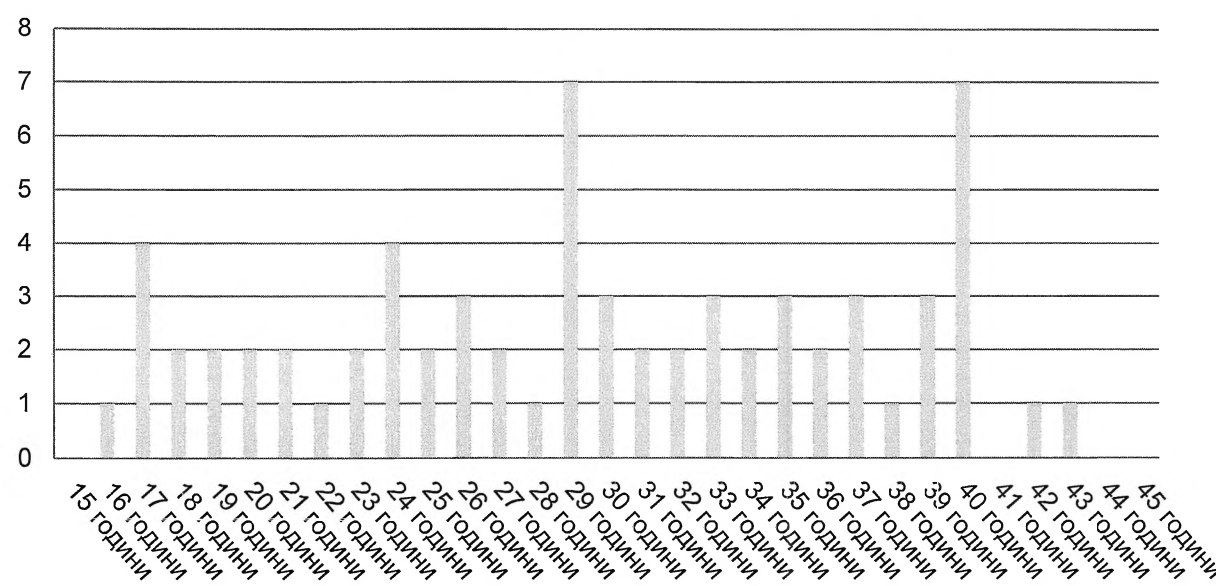
Табела 16: Пациентки одбиени од првостепената комисија за прекин на бременост

Вкупно одбиени од првостепена комисија	5
Одбиени со медицинска индикација	3
Одбиени со социјална индикација	2

Многу мал број на пациентки се одбиени од првостепената комисија за прекин на бременост. Од вкупно 176 пациентки обратени со барање за прекин на

бременост, само 5 пациентки не добиле одобрување за прекин на бременоста, односно се одбиени што би изнесувало 3%. Од тие 5 одбиени пациентки 3 се со медицинска индикација а две од одбиените пациентки се со социјална индикацијата.

Графикон 10: Старосна структура на пациентките при прекин на бременост поради социјална индикација одобрен од првостепена комисија



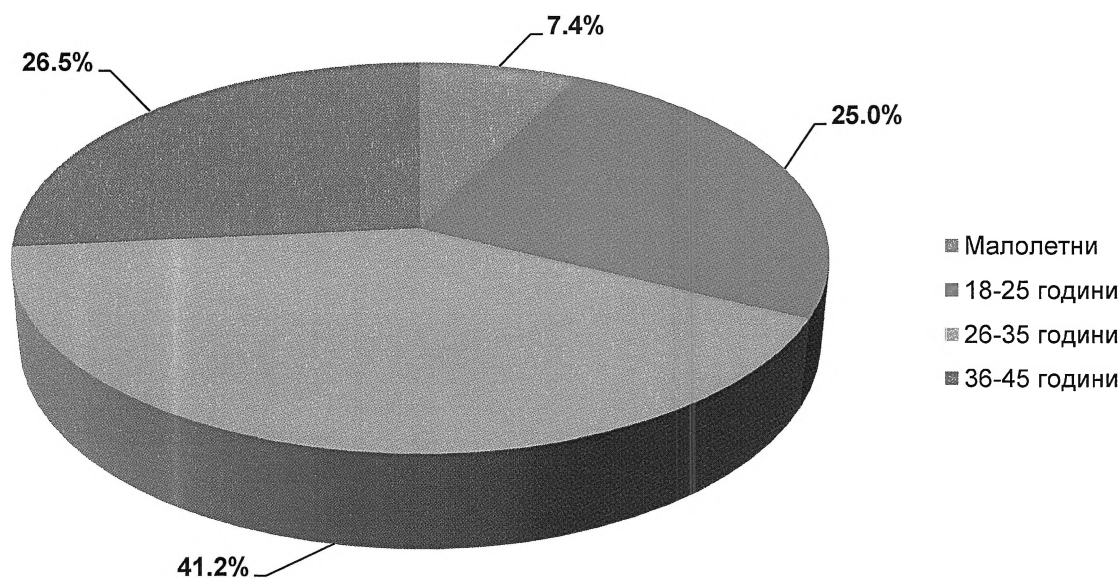
Според старосната структура најголем број на пациентки се на 29 и 40 годишна возраст по 7 пациентки. Следуваат 17 и 24 годишна возраст со по 4 пациентки, и по три пациентки на 26, 30, 33, 35, 37, и 39 години. Останатие се застапени со помала бројност.

Табела 17: Старосни групи при прекин на бременост поради социјална индикација одобрен од првостепена комисија

Малолетни	5
18-25 години	17
26-35 години	28
36-45 години	18

Во однос на старосните групи прикажани во табелата, најмногу пациентки припаѓаат на групата од 26-35 годишна возраст со 41,2% или 28 пациентки. Понатака следуваат жените на возраст од 36-45 години со 26,5% застапеност или 18 пациентки, потоа жените на возраст од 18-25 години 25% односно 17 пациентки и со најмала застапеност од 7,4% што претставува 5 пациентки е групата малолетни.

Графикон 11: Старосни групи при прекин на бременост поради социјална индикација одобрен од првостепена комисија



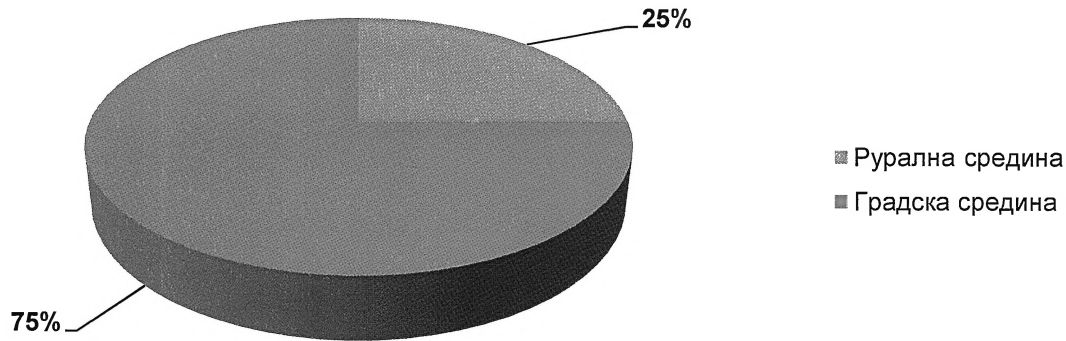
Пресметаната средна вредност на возраста на пациентките кои поради социјални индикации прекинале бременост на барање со одлука на првостепена комисија е 29,5 години.

Табела 18: Поделеност на пациентките при прекин на бременост поради социјална индикација одобрен од првостепена комисија според место на живеење

	број на пациентки	процентуална застапеност
Скопје	23	34%
Велес	2	3%
Гевгелија	3	4%
Кочани	3	4%
Тетово	4	6%
Гостивар	1	1%
Делчево	1	1%
Штип	4	6%
Куманово	6	9%
Крива Паланка	2	3%
Радовиш	4	6%
Виница	2	3%
Кавадарци	2	3%
Неготино	1	1%
Берово	1	1%
Струмица	2	3%
Пробиштип	4	6%
Богданци	1	1%
Македонска Каменица	2	3%

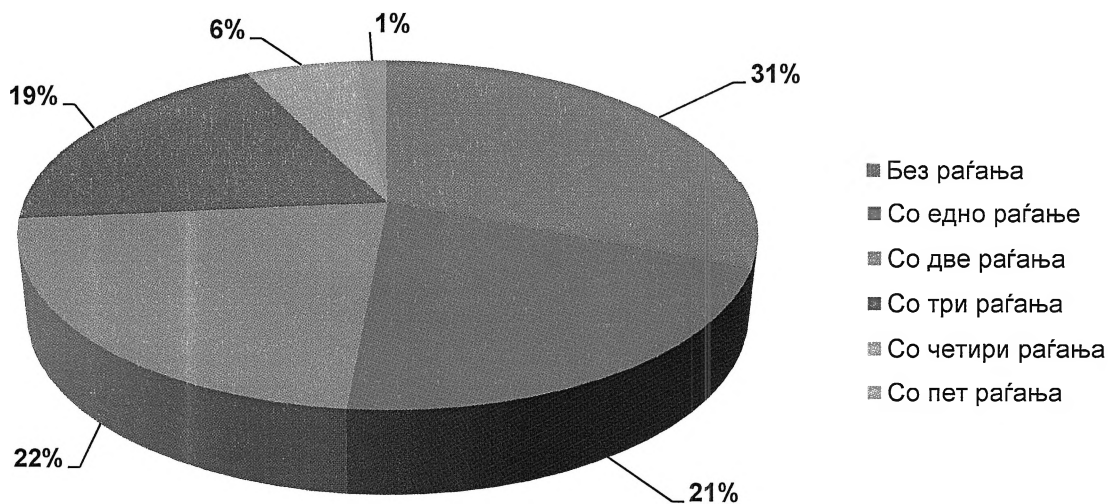
Според местото на живеење најголем број на жени се од Скопје со бројност 23 пациентки односно 34% застапеност што ги прави и најбројни. Потоа следува Куманово со 6 пациентки или 9% застапеност, со по 4 пациентки или 6% се застапени пациентките од градовите: Штип, Тетово, Радовиш и Пробиштип. Перзистира присутност на пациентки од скоро сите градови но се со помала бројност и процентуална застапеност.

Графикон 12: Поделеност на пациентките при прекин на бременост поради социјална индикација одобрен од првостепена комисија според место на живеење

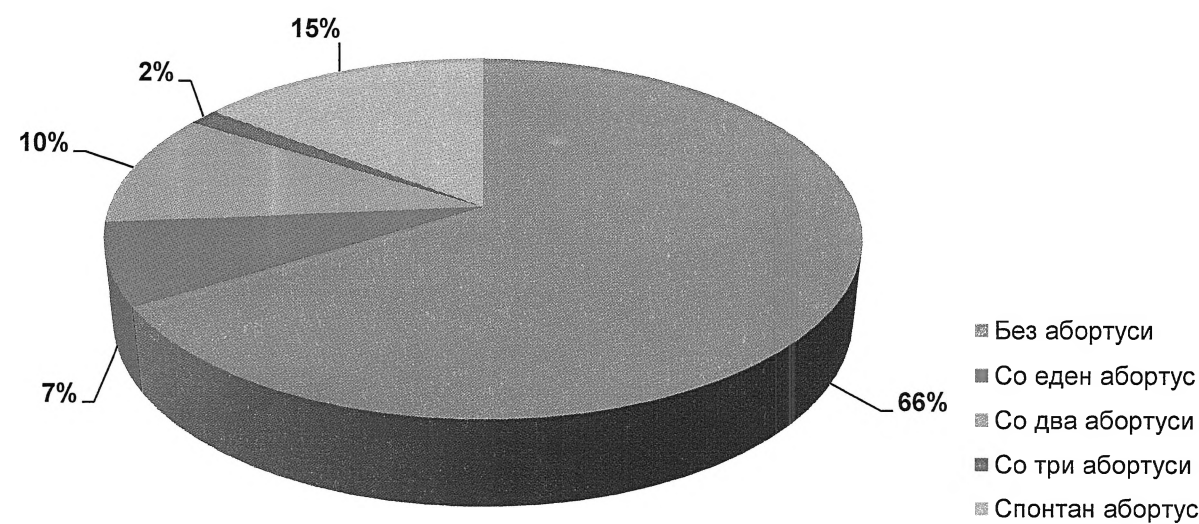


Во однос пак на местото од кое доаѓаат 51 пациентки што претставува високи 75% се од градска средина, додека 17 пациентки се од руралана средина што претставува 25% застапеност. Горниот графикон прикажува дека една четвртина од пациентките се од рурална средина додека останатите три четвртини се од градска средина.

Графикон 13: Предходни раѓања кај пациентките при прекин на бременост поради социјална индикација одобрен од првостепена комисија



Графикон 14: Претходни абортуси кај пациентките при прекин на бременост поради социјална индикација одобрен од првостепена комисија



Овие податоци се однесуваат на акушерското минато на пациентките. Најголем број на пациентки кои прекинале бременост со одобрување од првостепена комисија за прекин на бременост поради социјална индикација се без претходни раѓања односно 21 пациентка што претставува 31% по нив следуваат жените кои имаат две претходни раѓања и се 15 пациентки што претставува 22% потоа многу блиску до нив се жените со едно раѓање 14 пациентки или 21% застапеност, по нив следуваат жените со три раѓања 13 пациентки или 19%, жените со четири раѓања се 4 пациентки што претставува 6% застапеност и 1 пациентка со пет претходни раѓања и застапеност од 1%.

Во однос на претходни абортуси најзастапени се жените кои немале претходно абортуси и се 45 што изнесува 66% по нив следуваат жените со спонтан абортус и се 10 пациентки или 15%, потоа пациентките со два претходни абортуси 10% застапеност и се 7 пациентки, со еден претходен абортус се 5 жени што изнесува 7%, додека една пациентка имала претходно три абортуси што е претставено со 2% застапеност.

Табела 19: Брачна состојба на пациентките при прекин на бременост поради социјална индикација одобрен од првостепена комисија

Во брак	32	47%
Не е во брак	26	38%
Разведена	10	15%

Табелата ја прикажува брачната состојба на пациентките кои поради социјална индикација прекинале бременост со одобрување од првостепена комисија за прекин на бременост. Податоците се следни: во брак се 32 пациентки што претставува 47% или скоро половина, додека за вонбрачна бременост се работи кај 36 жени од кои 38% или 26 не се во брак а 10 пациентки или 15% се разведени.

Табела 20: Образовна структура на пациентките при прекин на бременост поради социјална индикација одобрен од првостепена комисија

Без образование	3	4%
Неоформено образование	1	1%
Основно образование	24	35%
Средно образование	37	54%
Високо образование	3	4%

Образовната структура на пациентките од оваа категорија на прекини на бременоста е прикажано на табелата и таа е следна: најголем дел од нив се со средно образование повеќе од половина 54% или 37 пациентки, потоа се жените со завршено основно образование 24 пациентки или 35%, жените со завршено високо образование се 3 пациентки или 4% застапеност, без образование се 3 пациентки што би било 4% и со неоформено образование е една пациентка и е претставена со 1% застапеност.

Табела 21: Структура на пациентките според работен статус при прекин на бременост поради социјална индикација одобрен од првостепена комисија

Вработена	11	16%
Невработена	57	84%

Во однос на вработеноста на пациентките кои поради социјална индикација прекинале бременост со одобрување од првостепена комисија за прекин на бременост евидентен е големиот број на невработени пациентки односно 57 жени што изнесува високи 84%, додека вработени се 11 жени или 16%.

Табела 22: Етничка припадност на пациентките при прекин на бременост поради социјална индикација одобрен од првостепена комисија

Македонка	52	76%
Албанка	7	10%
Ромка	6	9%
Бошњак	3	4%

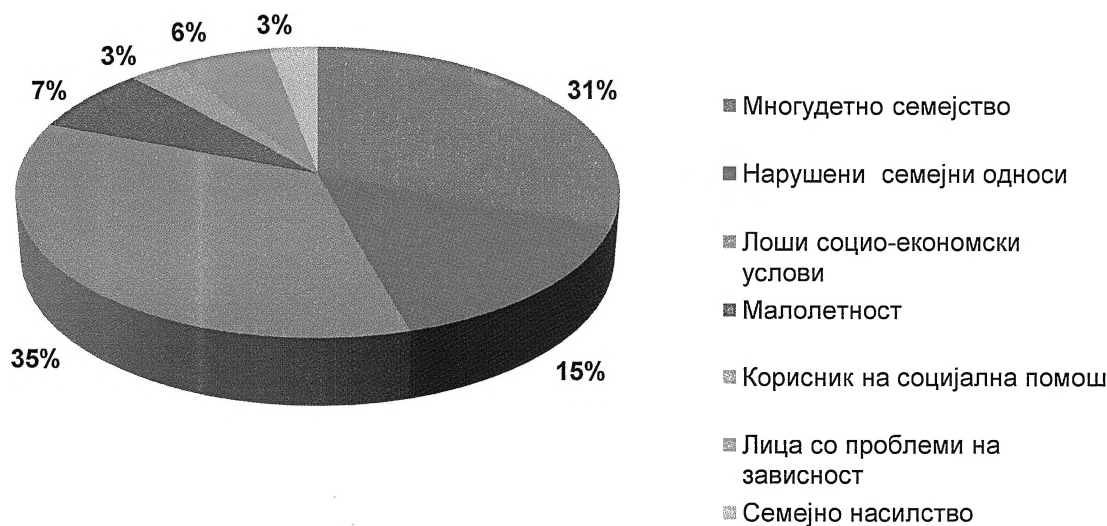
Во табелата е прикажана етничката припадност на пациентките. Перзистира следната застапеност: Македонки 52 пациентки што претставува високи 76% со тоа тие се и најбројни во однос на останатите националности. Останатите националности се застапени со помала бројност и тоа: Албанки 7 пациентки или 10% застапеност, жените ромки се 9% или 6 пациентки, жените од бошњачка етничка припадност се 3 пациентки и се со застапеност од 4%.

Табела 23: Причини за прекин на бременост поради социјална индикација одобрен од првостепена комисија

Многудетно семејство	21
Нарушени семејни односи	10
Лоши социо-економски услови	24
Малолетност	5
Корисник на социјална помош	2
Лица со проблеми на зависност	4
Семејно насилство	2

Во презентираните причини за прекин на бременост има приказ на причини поради кои е одобрен баран прекин на бременост поради немедицински причинители од првостепена комисија за прекин на бременоста. Најзастапена индикација се лошите социо-економски услови со 35% односно перзистираат кај 24 пациентки. Понатака многу блиску до нив е бројот на деца во семејството или многудетно семејство и тоа кај 21 пациентка или 31% застапеност, по што следуваат нарушени семејни односи како причина кај 10 пациентки што претставува 15%, потоа малолетност кај 5 пациентки или 7% застапеност. Како индикација за одобрен прекин на напредната бременост со 6% или кај 4 жени перзистира проблем на зависност, додека пак семејно насилство е причина кај 2 жени или 3% и исто така со застапеност од 3% или 2 пациентки се корисници на социјална парична помош. Сите овие причини зборуваат за присуство на социјален фактор како причина за прекин на бременост. Исто така при обраќање на првостепена комисија за прекин на бременоста сите жени приложиле документација за констатирање на причините и состојбите согласно законот за прекин на бременост. По разгледување на целокупната документација и состојба од страна на првостепената комисијата за прекин на бременост а согласно законот добиле одобрување за прекин на напредната бременост.

Графикон 15: Причини за прекин на бременост поради социјална индикација одобрен од првостепена комисија



Во овој дел сакам да нагласам дека постои разлика во причините поради кои се прекинува бременоста од првостепена комисија за прекин на бременоста во однос на добиените резултати од прекини на рана бременост. Причините кои перзистираат кај ран прекин на бременост како што се: вонбрачна бременост, непланирана бременост, остварен број на сакани деца, невработеност, не перзистираат во причини за прекин на напредната бременост. Прекините на бременост и работата на првостепената комисија за прекин на бременост се засноваат на законот за прекин на бременоста.

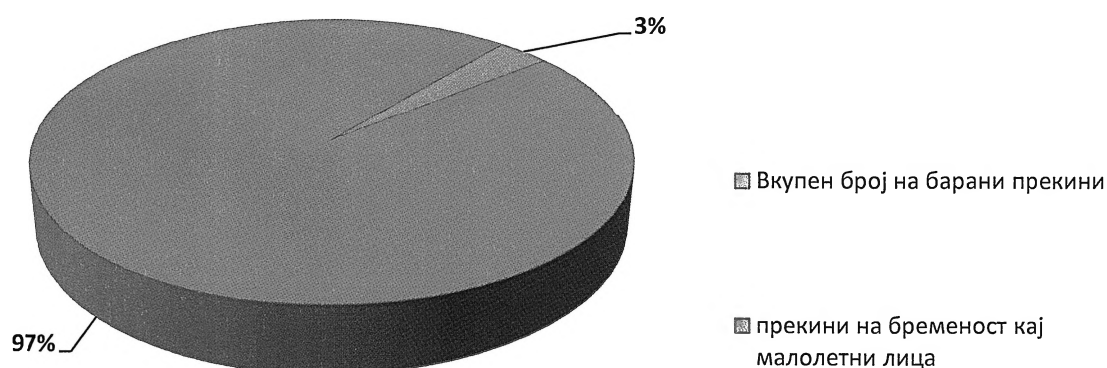
Исто така индикативно е дека лицата со проблеми на зависност се обраќаат за прекин на напредната бременост односно дека не се обраќаат за ран прекин на бременоста. Тоа е така бидејќи овие жени согласно нивната состојбата не ги препознаваат раните симптоми на бременост и не се обраќаат на гинеколог, исто така доколку употребуваат и медикаментозна терапија сметаат дека поради тоа имаат нередовни менструални циклуси па така подоцна ја откриваат својата бременост која најчесто е непланирана и несакана.

8.3 Приказ на резултати од малолетнички прекин на бременоста

Во овој дел се прикажани и интерпретирани сите прекини на бременост кај малолетници. И покрај тоа што малолетничкиот прекин на бременоста беше дел од претходните презентирања согласно големината на бременоста и начинот на кој се реализира прекилот на бременоста, малолетноста при прекин на бременост е категорија која бара поголемо внимание и претставува голем предизвик. Одделното претставување е со цел појасен и подобар увид на состојбите.

Во Јавната здравствена установа - Универзитетската Клиника за Гинекологија и Акушерство - Скопје во текот на 2015 година реализирани се 13 прекини на бременоста кај малолетници. Имено од вкупниот број на примерокот или 399 малолетниците се застапени со 3%. Може да се констатира дека не е голем бројот на малолетници кои прекинале бременост, но и покрај тоа перзистира со 3%. Сите прекини се соодветно законски и медицински третирани. За сите малолетнички абортуси има согласност на родител/старател, имено 12 се со согласност на родител, додека пак кај еден малолетник има согласност од старател.

Графикон 16: Вкупен број на барани прекини на бременост



Табела 24: Малолетнички прекини на бременост

Прекини на рана бременост	8	62%
Прекин на напредната бременост	5	38%

Од вкупниот број прекини на бременост кај малолетници што изнесува 13 пациентки, 8 се реализирани во рана бременост што прават 62% од вкупниот број малолетници, додека пак 5 се со одобрување од првостепена комисија за прекин на бременост што претставува 38% од вкупниот број на малолетни лица. Во прекините на рана бременост еден малолетник е со воспитно-социјални проблеми згрижен во институција.

Табела 25: Возрасна структура на малолетниците при прекин на бременост

16 години	5	38%
17 години	8	62%

Во табелата се наведени податоци за годините на малолетниците односно нивната возраст при прекилот на бременоста. Старосната структура покажува дека 8 од нив се на 17 годишна возраст што значи повеќе од половина или 62% застапеност, а 5 од нив се на 16 годишна возраст или 38% застапеност при малолетнички прекин на бременоста.

Просечната возраст е 16,6 години кај малолетнички прекин на бременоста.

Табела 26: Структура на пациентки при малолетнички прекин на бременоста според место на живеење

Скопје	9	69%
Останати градови	4	31%

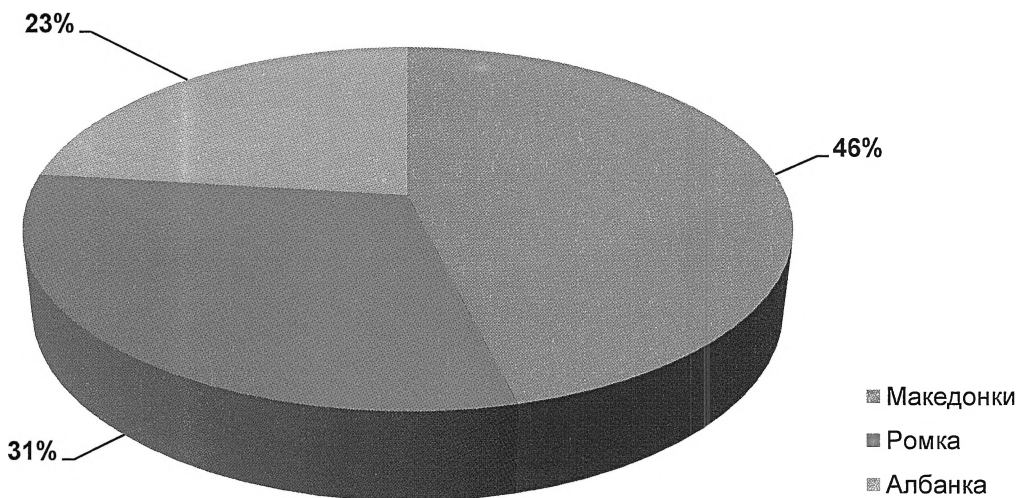
Најголем дел од пациентките се од Скопје 9 пациентки што претставува 69% а останатите 4 доаѓаат од други градови, односно од внатрешноста и се претставени со 31% застапеност.

Табела 27: Поделеност на пациентките при малолетнички прекин на бременоста според место на живеење

Градска	10	77%
Рурална	3	23%

Табелата ја прикажува поделеноста на пациентките според средината од која доаѓаат. Имено од рурална средина се 3 пациентки или 23%, додека од градска средина се 10 пациентки што претставуваат високи 77% застапеност на малолетни кои прекинале бременост.

Графикон 17: Поделеност на пациентките при малолетнички прекин на бременоста спред етничката припадност



Графиконот претставува поделеност на малолетниците кои прекинале бременост според етничката припадност. Македонки се 6 пациентки и сочинуваат најголем дел или 46% од вкупниот број. Ромки се 4 пациентки и се со 31% застапеност, додека Албанки се 3 пациентки што значи 23% од вкупниот број малолетнички прекини на бременоста.

Карактеристично за сите малолетници е дека не употребувале контрацепција, сите од нив се ученички, ниту една од нив нема претходни раѓања ниту пак претходни абортуси, изјавуваат дека забремениле при прв сексуален

однос, сите ја поддржувале одлуката на своите родители/старатели за прекин на бременост и биле согласни со тоа, имено тоа било и нивната желба и барање. Кај никој од малолетниците не е забележано или констатирано проблем на зависност, семејно насилство или било каков друг вид на насилство или злоставување што може но не мора да биде придружна појава на овие состојби на малолетничка бременост. За сите малолетници се води посебна грижа и внимание со нив е работено од страна на целиот стручен тим соодветно нивните состојби и потреби. Посебно се внимава на дискретноста на целиот процес имајќи предвид вулнерабилноста на состојбата, согласно законските медицинските и етичките норми. Исто така без исклучок нагласена е важноста за употреба на контрацепција (пред се употреба на бариерни контрацептивни средства) особено во однос на заштита од несакана бременост и во однос на заштита од сесуално преносливи заболувања. Потенцирана е важноста, значењето и грижата за репродуктивното здравје. Сите овие аспекти се опфатени и со нивните родители односно старатели.

Заклучоци

Од анализата на добиените резултати од истражувањето се покажува дека социјалниот фактор е причина за прекин на бременост. Вкупниот број на индуцирани прекини на бременост, го издвојува социјалниот фактор како доминантен за баран прекин на бременост.

Согласно тоа што прекините на бременост на барање се најмногу поради социјални индикации основната хипотеза се потврдува.

За да се одлучи жената на прекин на бременост, влијание имаат повеќе елементи: на која возраст е жената, дали сака да роди и да одгледува дете, дали во тој период е спремна на тоа, дали бројот на сакани деца е остварен, дали е професионално реализирана, вработеноста односно невработеноста, од каква средина доаѓа, нејзиното образовно ниво, социо-економските услови, релациите и односите со партнерот и семејството, секако нејзината здравствена состојба, брачната состојба, нејзината лична состојба и убедување, дали се работи за сакана или не сакана бременост итн. Само еден од овие елементи не носи одлука за прекин на бременост сам по себе. Секогаш е потребно да се има повеќе од горенаведените услови или состојби, а и многу други кои како збир делуваат на одлуката да се побара прекин на бременост. Често пати тие се надоврзуваат едни на други, и верижно делуваат на одлуката. На пример ако жената е во зрели години, има остварен број на сакани деца, бременоста е непланирана и несакана, таа има намера за професионално напредување бидејќи смета дека завршила со репродукција и сака да се посвети на личниот и професионалниот живот. Или доколку се работи за материјална необезбеденост, зборуваме за лоши социо-економски услови, често се работи за невработеност често на двајцата партнери/родители, (што може да укажува на пониско ниво на образование) често се лоши станбените услови на живеење, често се работи за многудетно семејство, итн. Или малолетничката бременост на пример, сама по себе е индикација за прекин на бременост, но со себе носи низа елементи кои се надоврзуваат, непланирана и несакана бременост, физичка, ментална и економска незрелост или подобро речено неспремност за родителство, неоформено/недовршено

образование, невработеност, често нарушени семејни односи и сл. Често се случува да постои социјална индикација која не може да се докаже, како на пример: зависност, семејно насилство кое жената го прикрива и не сака да го пријави и многу други сложени семејни и брачни односи и околности. Одлуката за барање прекин на бременост и прекинување на бременоста е склоп на повеќе околности. Но секогаш постои примарна, водечка индикација. Не ретко се случува планираната и саканата бременост да заврши со барање прекин на бременост поради влијание на одредени фактори, и обратно, непланираната или несаканата бременост да стане сакана бременост, да заврши со раѓање. Во презентација на резултатите од истражувањето наведени се и пациентките кои дошле на советување и се интересирале за прекин на бременост поради социјален фактор, но не се обратиле за прекин на бременоста. Станува збор за 50 пациентки. Кај нив со сигурност не може да се каже дека се предомислиле бидејќи некои од нив може имале спонтан абортус, некои прекинале бременост на друго место, но секако дел од нив се решиле за раѓање. Со оглед на тоа што тие немаат обврска да се изјаснуваат за понатамошниот тек на настаните, ниту да не информираат за понатамошните лични намери и состојби, немаме точен број колку од нив се одлучиле за прекин на бременост, а колку од нив се одлучиле за раѓање.

Истражувањето покажа дека најголем број од жените кои ја прекинуваат бременоста немаат претходни абортуси, односно дека ова им е прв абортус. Исто така се покажа дека најголем број од жените имаат родено деца претходно и тоа најмногу од нив имаа по две деца. Тоа се однесува на вкупниот број на примерокот, но во презентираниите податоци жените кои прекинале бременост со одобрување на првостепена комисија за прекин на бременост а се поради социјална индикација во најголем број немаат претходни раѓања и немаат претходни абортуси. Оваа се добиените резултати во однос на акушерското минато на жените.

Интересен податок кој е добиен од прикажаните состојби е дека и покрај тоа што вонбрачната бременост е честа причина за прекин на бременоста, поголем дел од жените се во брак, односно баран прекин на бременост е реализиран во поголем дел кај брачни бремености.

Во однос на видови на абортуси и големина на бременост при прекин на бременоста, евидентно е дека прекин на рана бременост е најчесто поради социјален фактор. Воедно раните прекини на бременост се и најчести. Жената сама одлучува за прекин на бременост и најчести наведени причини од страна на жените се: лоши социо-економски услови на живеење, многудетно семејство, вонбрачна бременост. Често се случува жените како причина да наведат непланирана бременост, бидејќи во овој период на бременоста не е потребно и немаат обврска да наведат причина за барање прекин на бременост. Во овој вид на абортуси, ран прекин на бременоста има присутност на многу мал број прекини поради медицински фактор, каде што медицинската индикација е кај мајката односно по живот и здравјето на мајката. Тоа е така поради фактот дека во рана бременост, не можат да се откријат проблемите кај плодот или да се детектираат аномалиите и малформациите на плодот, со тоа барање за прекин на бременост поради индикација кај плодот се тешко можни. Исто така и генетските испитувања и иследувања на плодот не се можни во оваа големина на бременоста па не би можело да се докаже генетско нарушување на плодот, како индикација за прекин на бременоста, што пак во напредната бременост е честа причина за абортус.

Во напредната бременост, односно во вториот триместар од бременоста најчест фактор кој е причина за преин на бременоста е медицинскиот фактор. Овдека постои можност за откривање и детектирање на индикации за прекин на бременост поради проблеми со плодот, и најчеста индикација за прекин на бременост во овој период е медицинска индикација кај плодот. Перзистира медицинската индикација кај мајката за барање прекин на бременоста, при што го прави медицинскиот фактор најдоминантен за прекин на бременост. Значителен број на прекини во напредната бременост се поради социјален фактор, но не повеќе од медицинскиот. Како најчести причини за барање на ваков вид на прекин на бременоста поради социјална индикација се: лоши социо-економски услови како водечка причина, веднаш по неа е многудетно семејство како индикација за прекин на бременоста и нарушени семејни односи како трета по ред причина за прекин на бременост поради социјален фактор. Вакви се состојбите во однос на

прекин на напредната бременост, кога абортусот се реализира со комиско одобрување за прекин на бременоста.

Во третиот триместар на бременоста нема прекини кои се причинети од социјален фактор. И повеќе од јасно е дека фетцид поради социјален фактор е деликатно прашање. За да се оствари такво нешто потребна е исклучителна поткрепеност, пратена од законски норми пред се, а почитувајќи ги и моралните и етичките норми. Доколку се докаже тешка, нарушена или критична состојба кај жената, дури и таа да не е предизвикана од медицински фактор, според законот постои можност и нема временско ограничувања за прекин на бременост според големина на бременост, но е неопходна соодветна и јасна поткрепеност на индикациите во согласност со законот за прекин на бременост. Мал број на жени се обраќаат за прекин на ваква бременост поради социјален фактор. На овие пациентки секогаш без исклучок им се укажува на сите можности и опции водејќи се по намерите и потребите на жената и секако пред се легислативните норми и можности. Во овој период од бременоста, според резултатите од ова истражување се работи само за медицински фактор како причинител за прекин на бременоста. Најголем дел од нив се поради медицинска индикација кај плодот, но не се исклучени состојбите на загрозоено здравје и живот на мајката. Медицинскиот фактор е единствен кој придонесува до прекин на волку висока бременост. Практичните и теоретските познавања детерминираат исклучителна внимателност кога се работи за оваа големина на бременоста. Со оглед на тоа што во оваа големина на бременост се работи за фетцид, меѓудругото моралните и етичките димензии се прилично застапени кај сите инволвирани страни.

Исто така постои разлика и во тоа дали абортусот може да се спречи или не, односно дали има можност да се направи или превземе нешто за да тој се спречи, со што би се зачувала бременоста. Овдека мислам на спонтаните абортуси, missed abortion, и други состојби на абортус кои не може да се спречат. Овие абортуси не се на барање. Останатите абортуси се на барање дури и да се работи за медицински фактор како индикација, сите се со согласност на жената и по нејзино барање. Жената има право и треба да биде согласна да бара или не

бара прекин на бременоста ако се работи за медицинска индикација. Некои жени и покрај укажаните ризици и последици се одлучуваат да не ја прекинат бременоста, и да не бараат прекин, односно да не бидат согласни со тоа. Кај некои пак и покрај барањето и согласноста може да нема доволно индикации, поткрепеност или оправданоста за прекин на бременост и покрај тоа што се работи за баран прекин на бременоста поради медицински индикации. Истото важи и за социјалните фактори и индикации за прекин на бременоста.

Од вкупно пет одбиени пациенти на првостепена комисија за прекин на бременоста, три биле со медицинска индикација, две со социјална индикација. Двете пациентки кои се одбиени од првостепена комисија за прекин на бременост биле одбиени поради високо напредната бременост како водечка причина за неодобрен прекин на бременост, при што немало јасни, доволни и соодветни наоди за прекин на истата.

Разликите на поделеноста на абортусите, на барање или не, е многу јасна и стриктна. Со оглед на тоа што спонтаните и другите абортуси што не можат да се спречат не се на барање, туку се потребна и неопходна медицинска интервенција, или се започнати прекини што мора да се довршат, не се во категорија на нашето интересирање. Тука воопшто ниту жената ниту нешто друго менува или делува. Нема никаква значење и улога дали жената бара или не бара, сака или не сака. Тука абортусот се случува без оглед на се. Овие се голем број но не се баран прекин на бременост и не се предмет на нашето истражување.

Баран прекин на бременост (што значи намерен, индуциран, предизвикан) е кај сите останати, социјални, медицински и други индикации за абортус. Бидејќи како што веќе напоменав жената има право самата да одлучи за својата бременост.

Исто така сакам да нагласам дека Универзитетската Клиника за Гинекологија и Акушерство е битен фактор во репродуктивното здравје во Република Македонија. Оваа клиника е со најголем број на раѓања и прекини на бременоста и како таква е од круцијална важност за здравјето на жените. Стручниот и елоквентен кадар е соодветно екипиран па така располагаме со: советувашишта, ценар за хумана репродукција, првостепена комисија за прекин

на бременост и многу други можности и услови за пратење и подобрување на репродуктивното здравје на жената. Со оглед на тоа што се работи за универзитетска клиника, и клиника со најголема фреквенција на пациенти слободно можам да истакнам дека голем број на медицински и немедицински кадар се обучува и подготвува токму на оваа клиника. Искуството и можностите придонесуваат да се оспособува и едуцира кадар кој понатаму ќе работи соодветно и елоквентно на оваа проблематика и вон клиниката.

Во однос пак на контрацепцијата во прикажувањето на резултатите може да се констатира многу мал број на жени кои употребувале контрацепција претходно. Од вкупниот примерок помалку од десет проценти се жените кои претходно употребувале контрацепција. Ова се однесува на употреба на контрацепција во било кој период претходно, и било каков вид на контрацепција. На ова прашање се дадени прикажаните резултати, што говори за состојбата на употреба односно не употреба на контрацепција, и воедно ни покажува колкава е грижата за своето репродуктивно здравје. Значењето и важноста за примена на контрацепција е на ниско ниво. Многу од жените не се запознаени со контрацептивни средства, контрацептивни методи а некои од нив и воопшто со контрацепција. Сакам да истакнам дека на секоја жена без исклучок и е даден совет за контрацепција, соодветно нејзините потреби и состојби. Планирање на семејство, репродуктивно здравје и контрацепција се теми кои се презентирани на секоја пациентка. Укажано и е на важноста на избегнување несакана бременост. Во склад со возраста, обврските на жената (професионални, семејни и сл.), претходните раѓања и абортуси, секоја жена добива совет за контрацепција која за неа би била најсоодветна. Советувањата и разговорите за абортус се индивидуални, па така имаме можност, меѓу другото, да посветиме повеќе внимание во однос на контрацепција, репродуктивно здравје, планирање на семејство за секоја жена одделно.

Репродуктивното здравје е многу значајно па затоа многу е важно да се негува, сочува, подобрува. Ова треба да е приоритет на секое општество, бидејќи здравата популација е врвен приоритет. Во континуитет со ова се става акцент на контрацепција, планирање на семејство, безбедно раѓање, безбеден абортус.

Правото на абортус и безбеден абортус пак е одлика на високоразвиени демократски земји, кои ги почитуваат правата на жената и репродуктивните права. Тоа говори за високоразвиена свесност на општествата, за намерите и потребата за грижата и подобрувањето на здравјето на жената и нејзините права. Бидејќи прекините на бременост ги има во сите земји без оглед на се, сметам дека треба да бидат легални, безбедни и стручно изведени. Со превентивни делувања, добра информираност и едукативно делување на населението/популацијата може да се делува на намалување на бројот на абортуси, но никако репресивно, со забрани или санкционирање.

Проверка на поставените хипотези

Основна хипотеза:

Социјалните фактори се причина повеќе за барање прекин на бременост во однос на другите фактори.

За потврдување или отфрлање, на ова очекување направено, анализирано и елаборирано е истражувањето.

Добиените резултати од истражувањето, во целост ја потврдуваат основната хипотеза. Социјалниот фактор е доминантна причина за баран прекин на бременоста. Во низата социјални фактори кои се причина за прекин на бременоста истражувањето покажа дека најперзистентни се: убедливо најмногу се лошите социо-економски услови, по нив следува бројот на деца во семејството односно многудетно семејство, вонбрачна бременост и нарушени или сложени семејни односи.

Помошни хипотези:

Помошните хипотези беа поставени за објаснување и поткрепа на основната хипотеза.

1. Лошите социо-економски услови се најчест социјален фактор за прекин на бременоста

Социо-економските услови се социјален фактор кој е причина за исходот на бременоста. Лошите социо-економски услови се социјален фактор за најчеста индикација за баран прекин на бременоста. Сиромаштија, невработеност, материјална необезбеденост, лоши станбени услови на живеење, тешки и нарушени брачни и семејни односи и услови на живеење, многудетно семејство и друго, се чинители на лошите социо-економски услови. Согледувајќи ги причините за прекин на бременост, а посебно немедицинските прекини, материјална необезбеденост, вонбрачна бременост, многудетно семејство, невработеност се оние кои се најчести причини за прекин на бременоста. Често се случува како индикација за прекин на бременост да биде наведена лоши социо-економски услови, што би подразбирало перзистенција на неколку или повеќе од овие горенаведени состојби. Но неретко и само еден причинител од категоријата лоши социо-економски услови е индикација за абортус. На пример, многудетно семејство е индикација поради која се прекинува бременоста.

Во овој дел или во скоп на социо-економските околности би сакала да наведам дека најголем број на жени кои го сочинуваат примерокот се невработени. Невработеноста сама по себе не е индикација за прекин на бременост, но може да придонесува заедно со други околности за лоши социо-економски услови. Исто така невработените жени многу тешко се решаваат за самохрано родителство, односно потешко прифаќаат да бидат самохрани мајки доколку се работи за вонбрачна бременост. Решавањето на работниот статус односно вработувањето, што според многу од жените претставува егзистенцијално прашање може да придонесе бременоста да биде несакана.

Поконкретно кажано бременоста не е во време кога жената сака да роди поради тоа што таа очекува или бара вработување, без разлика дали е или не е во брак и дали има или нема деца. Немањето лични приходи е состојба која делува на одлуката за прекин на бременоста. За многу од нив невработеноста значи материјална необезбеденост или немање доволно финансиски можности што пак наведува на социо-економски околности како причинител за несакана бременост.

Со резултатите од истражувањето ова целосно се презентира, има добар приказ на причините поради кои се прекинува бременоста и се издвојува индикацијата лоши социо-економски услови како најчест социјален фактор за прекин на бременост. Оваа хипотеза во целост се потврди.

2.Постои разлика во однос на бројот на извршени абортуси во различен период од бременоста

Големината на бременоста, или периодот на бременост во која се прекинува бременоста може да биде различна, варира од зачнување па до крајот на бременоста. Според периодот во кој се прави абортусот се разликуваат видовите на абортус. Ран абортус е кога бременоста се прекинува до десета недела од зачнување, што значи дванаесетта гестациска недела, односно во првиот триместар од бременоста. Овој абортус е на барање на жената, без одобрување од комисија, туку по сопствен избор и одлука и секако со нејзина согласност. Во одредени случаи законски детерминирани, кои се многу ретки, може да биде и со одобрување на комисија за прекин на бременост. Во вториот триместар е прекин на бременост со индукција и е прекин обично до дваесет и четврта недела на бременост при што овој абортус е со комисијско одобрување за прекин на бременоста. Исклучиво со решение од комисија за прекин на бременост се извршува прекин на бременост над двесетичетвртата недела од бременоста. Законските рамки не предвидуваат гестациско или временско ограничување во однос на тоа до кога може да се прекине бременоста. Во првиот триместар или ран прекин на бременоста, медицинските и законските можности се поголеми. Но по овој период, односно во напредната бременост, потребна и неопходна е

законски детерминирана причина за прекин на бременоста и соодветно на тоа услови и процедури согласно медицинските норми и во согласност со легислативата за прекин на бременост.

Истражувањето покажа дека најмногу абортуси се извршуваат во рана бременост, по што следува абортусот со индукција во втор триместар и мал број на прекини на бременоста во последниот триместар од бременоста.

Оваа хипотеза се потврди, постои разлика во однос на бројот на извршени абортуси во различен период од бременоста. Рапидно се намалува бројот на абортуси во однос на големината на бременоста, имено како расте бременоста, бројот на абортуси значително се намалува.

3. Малолетничките абортуси се почести во напредната бременост

Согласно теоретските наоди дека малолетниците не ги препознаваат симптомите на бременост, дури и да ја препознаат многу често ја кријат својата бременост, се плашат да кажат на своите родители а не можат самите да превземат ништо во однос на тоа, стравуваат од осуда на околината а посебно од стигматизација од своите другари и врсници, често пати од страв и срам ниту партнерот не е запознаен со нивната состојба. Во овој магепсан круг, поминува доста време пробувајќи и не можејќи самите да најдат решение и да се справат со проблемот на несаканата бременост. И практичните искуства укажуваат на таква состојба, па токму затоа беше поставена оваа помошна хипотеза, за овој социјален фактор. Но анализата на резултатите од истражувањето, говори дека оваа хипотеза се отфрла. Повеќе малолетнички прекини на бременоста се присутни во првиот триместар од бременоста, во однос на напреднатата бременост. Тоа се должи веројатно на добрата информираност и достапност на информации кои им се на располагање на младите, па така тие можат да ги препознаат симптомите на раната бременост и се запознаени со тоа што е неопходно да се превземе во вакви ситуации.

Бројот на малолетничките абортуси не е голем, во однос на вкупниот број абортуси. Сите малолетници што се обратиле за прекин на бременоста, ја

прекинале бременоста. Исто така сите прекини се на барање, со индикација малолетност, со согласност од родител или старател. И малолетниците биле со намера и желба да ја прекинат бременоста исто така, не постоело несогласување или двоумење во однос на прекилот. Скоро сите изјавиле дека тоа им бил прв интимен однос, при кој не употребувале контрацепција. Сите добиле совет за задолжителна примена на бариерна контрацепција, за да се заштитат од несакана бременост и да избегнат сексуално преносливи болести, а со цел заштита на сексуалното и репродуктивното здравје. Секако во склад на ова добиле советување и едукација за планирање на семејство, и важноста на репродуктивното здравје. Нивните родители или старатели ги добиле сите потребни информации и напатствија соодветно случајот и состојбите.

4. Социјалните фактори се поредок причинител за прекин на напредната бременост

Напредната бременост е онаа над десета недела од зачнување, односно дванаесетта гестациска недела. Социјалниот фактор како причина за прекин на бременост е најприсаен во рана бременост. Во напредната бременост, е помалку присутен додека во третиот триместар нема прекини на бременост поради социјален фактор. Оваа помошна хипотеза се потврдува во целост, според прикажаните резултати од истражувањето. Социјалниот фактор не е доминантна причина за прекин на напредната бременост, се истакнува како доминантен при прекин на рана бременост. За прекин на напредната бременост, потребно е одобрение од првостепена комисија за прекин на бременост, па затоа е потребно според законот, јасно докажување на социјалните индикации со сета потребна и неопходна документација. Исто така и жените поретко се одлучуваат да прекинат напредната бременост поради социјален фактор. Овие се клучни причини кои ја детерминираат оваа состојба и доведуваат до ваков исход во однос на абортусите според големина на бременост.

5. Жените од македонска националност, повеќе прекинуваат бременост за разлика од другите националности

Во однос на анализирање и прикажување на етничките карактеристики се разгледуваше националноста на жените кои прекинуваат бременост. Жените од сите етнички структури се присутни во примерокот и во добиените резултати. Повеќе барања за прекин на бременост се од жените Македонки. Оваа хипотеза се потврди. Тоа е случај и во рана и во напредната бременост. Можеме да кажеме дека жените Македонки, поретко и потешко се решаваат за многудетно семејство, додека другите етникуми во согласност со нивните верски и традиционални особености, често се решаваат за раѓање на повеќе деца. Исто така постојат различни традиционални вредности кај различни етнички структури. Македонките исто така се најбројни во нашата земја што придонесува за нивна најголема застапеност при прекините на бременост.

6. Во однос на старосните граници жените помеѓу 26-35 години најчесто прекинуваат бременост

Возраста помеѓу 26-35 години е зенит на репродукција кај жената. Во овој период репродуктивните можности го достигнуваат својот максимум по што во понатамошниот период следува опаѓање и намалување на репродуктивната способност на жената. Во ова доба жените најчесто раѓаат второ или трето дете или пак се соочуваат со несакана и непланирана бременост. Во претходниот период пак помеѓу 18-25 години се очекува стапување во брак, раѓање на прво дете, формирање на семејство. Пратејќи дека најчести забременувања се случуваат во период помеѓу 26-35 години, воедно можностите да таа бременост биде непланирана и несакана се најголеми, се претпостави дека и прекините на бременост се најчести во оваа старосна граница. Тоа се потврди. Следната старосна група се жени на возраст од 36-45 години каде се очекува опаѓање или намалување на репродуктивните можности со што забременувањата се поретки а со тоа и абортите. Во оваа старосна група жените исто така имаат постигнато

остварен број на сакани деца и соодветно на тоа употребуваат контрацептивни средства или мерки за спречување на несакана бременост. Но може да се истакне дека и во оваа група прекините на бременост се доста чести. Жените и покрај тоа што се на мислење дека не постои можност за забременување, бременоста се случува како непланирана и несакана.

7. Прекините на бременоста се најчести кај пациентките од Скопје

Со нашето истражување ова се докажа. Перзистира присутност на жени од целата земја, од сите градови, но најповеќе се од градот Скопје. Тоа е така веројатно поради тоа што Скопје е местото каде е лоцирана клиниката во која беше спроведено истражувањето. Но, исто така Скопје е и најголем град, со најмногу жители и брза динамика на живеење.

Исто така, евидентно е дека многу поголем број на пациентки кои прекинуваат бременост се од градска средина, во споредба со оние кои доаѓаат од рурална средина. Тоа се должи веројатно на тоа што, во руралните средини поприфатливо и повеќе е присутно многудетното семејство и традиционалните вредности на живеење. Живеење во заедница или проширено семејство исто така е честа пракса кај овие семејства. Жените од овие средини, имаат поразличен начин на живеење и согласно тоа различни ставови, сваќања, потреби.

8. Жените со високо образование помалку прекинуваат бременост

Образовното ниво на жената е многу значајно во однос на информираноста, знаењето, навиките, важноста за употреба на контрацепција, избегнување на несакана бременост, планирање на семејство. Теоретските и истражувачки наоди говорат за важноста на образовното ниво на жената. Исто така носечките причини за абортусот, без разлика од каква природа се медицински, социјални или други се поврзуваат и детерминираат, меѓудругото, со образовното ниво на жената. Па така високото образование на жените би придонело за подобра упатеност, информираност, грижа, знаење за контрацепција, прекин на

бременост, репродуктивно здравје, планирање на семејство. И обратно, опозит на ова би носело пониското образовно ниво. Прикажаните резултати укажуваат значително мал број на жени со високо образование кои прекинуваат бременост. Оваа хипотеза се потврди. Жените кои имаат завршено средно образование најприсутни се во примерокот од истражувањето, односно најмногу прекинуваат бременост. Воедно во резултатите од истражувањето перзистира присутност на секое образовно ниво.

9. Жените кои родиле почесто прекинуваат бременост во споредба со оние што немаат родено деца

Жените кои имаат родено, а посебно оние што имаат родено две или повеќе деца почесто се решаваат за прекин на бременост, во однос на оние што немаат воопшто родено, односно немаат деца. Во истражувањето ова се потврди. И покрај тоа што не е мал бројот на жени кои немаат родено и прекинуваат бременост, значително предничат жените кои имаат деца односно имаат претходни раѓања. Најчесто прекинуваат бременост оние што имаат две раѓања, и се многу голем број. Водејќи се по начелата на планирање на семејство, тоа е категорија на жени со остварен број на сакани деца, овие жени не сакаат да имаат повеќе деца, што е апсолутно нивно репродуктивно право. Во однос на прекини на бременост од првостепена комисија или во напредната бременост, најприсутни се абортусите кај жените кои претходно немаат раѓања. Но во вкупниот број на примерокот, најчесто прекинуваат бременост жените кои претходно раѓале. Ова се резултатите од вкупниот број на барани прекини на бременоста и реализирани абортуси. Оваа хипотеза се потврди.

Бројот на деца во семејството е фактор кој придонесува за прекин на бременост, и според истражувања во врска со абортусот и според теоретски сознанија, и според легислативните можности за прекин на бременоста. Бројот на деца во семејството е индикација за прекин на бременост. Во презентација на резултатите може да се увиди фактот дека многудетното семејство е честа индикација за прекин на бременост, и во напредната и во рана бременост. По

лошите социо-економски услови, таа е втора индикација за прекинување бременост.

Интересен и воочлив податок од прикажаните резултати е дека од вкупниот примерок, најповеќе од жените немале претходни абортуси.

На крај можеме да кажеме дека: жените најчесто бараат прекин на бременост во првиот триместар, прекинуваат рана бременост, тие се на просечна возраст од 30 години, најмногу Македонки, од градска средина, најповеќе од Скопје, со завршено средно образование, повеќето невработени, претежно не употребувале контрацепција, повеќето од нив имаат родено деца, немаат претходни абортуси, повеќето од нив се во брак и најчеста причина за барање прекин на бременост е социјалниот фактор. Социјалните индикации се најчеста индикација за барање прекин на бременост, со тоа најперзистентен е социјалниот фактор како причина за баран прекин на бременост.

Препораки

Во Република Македонија абортусот е либерален, легален и безбеден. Професионалното искуство упатува на потребата на поголема и подобра информираност на јавноста за легислативата, како и за медицински, социјалните и психолошките аспекти на прекилот на бременоста. Ова е од причина што одлуката за прекин на бременост подразбира претходна информирана согласност. Секој има право на самостојна одлука но токму поради тоа неопходна е квалитетна, објективна и целосна информираност. Пошироката јавност исто така треба да биде добро упатена и објективно информирана во врска со оваа проблематика. Сметам дека ова прашање не треба да биде погрешно презентирано, интерпретирано и толкувано од причина што се работи за исклучително важна и значајна тема. Објективната информираност е неопходна и круцијална за овие состојби.

Во однос на законски надополнувања, сметам дека има потреба од:

- временско ограничување во однос на големина на бременост при прекин на бременоста соодветно индикациите, посебно во однос на напредната бременост, што би значело прецизирање на горна граница за одобрување и реализирање прекин на бременоста соодветно индикацијата.

- допрецизирање и појаснување на индикациите за прекин на бременост предодредени од социјален фактор

- документацијата потребна за докажување на индикација за прекин на бременоста предизвикана од социјален фактор да ја издадава соодветна установа/институција а не само центарот за социјална работа или здравствена установа.

Согласно спроведеното истражување и резултатите од истото, согласно состојбите, моите препораки би биле во насока на превенирање на состојбите на несакана бременост а со самото тоа и прекините на бременост. Сакам да кажам дека најдобро е да не дојде до состојба на несакана бременост. Жените треба да ја сакаат бременоста и би било добро таа да биде планирана. Затоа од

непроценливо значење за овие состојби е свесноста за важноста за употреба на контрацепција и важноста и значењето на планирање на семејството.

Превенцијата би придонела и до подобрување на репродуктивното здравје, би ја подобрила свесноста за репродуктивното здравје, најпрвин кај самите индивидуи, подобрувајќи го здравјето на жените, здравјето на младите и севкупното репродуктивно здравје на популацијата, што би било бенефит за целото општество.

Во склад со ова би било добро отварање на што повеќе центри за хумана репродукција опфаќајќи ги сите репродуктивни периоди и состојби и центри за планирање на семејство на територија на целата држава каде би биле достапни советувашишта, едукативни центри и слични активности од овие области при што би се издвоиле репродуктивното здравје, контрацепцијата и планирањето на семејство како врвен приоритет. Добрата информираност и упатеност би придонеле до избегнување на состојбите на непланирана и несакана бременост а со тоа би се намалил бројот на барани абортуси.

Предлагам исто така советодавна и едукативна работа со младите, во образовните институции со цел подобро запознавање, информираност и едуцираност во врска со оваа проблематика.

Исто така може да се постапи и во претпријатијата и фабриките каде поголем дел од вработените се жени. На тој начин воедно би се подобрила и грижата за нивното здравје.

Во контекст на горенаведеното би било добро отварање и достапност на младински, брачни и семејни центри и советувашишта, кои покрај другите услуги би посветиле големо внимание на прашања поврзани со репродуктивното здравје.

Понатака сметам дека во грижата и подобрување на репродуктивното здравје активно учество треба да земат и: сите здравствените и други установи кои работат со млада популација и репродуктивно активна популација, Центрите за социјални работи, невладиниот сектор и секако медиумите. Во сегашната поставеност на состојбите а во однос на грижата за репродуктивното здравје доминантна и ударна улога имаат матичните гинеколози, па така нивната работа е од непроценливо значење за овие состојби. Сметам дека тие се во првите редови

во однос на грижата за репродуктивното здравје и нивната превентивна и советодавна улога треба да биде акцентирана.

Покрај превентивната активност, потребни се и активности во склад на репродуктивните права и можности за кои што се јавува интерес и потреба. Овде може да се опфати бесплатна контрацепција, правна помош и совети, медицинска помош и услуги, советодавна помош, работа со одредени категории од популацијата. Тоа секако би било поддржано од државните институции, јавни организации и невладиниот сектор.

ЛИТЕРАТУРА

1. Берек С. Џ. (2011), „ Гинекологија на Берек и Новак„ Табернакул, Скопје
2. Борнарова С. (2014) “Семејна политика“, Алма графика, Скопје
3. Видановиќ И. (2009), „Појединац и породица, Методе, техники и вештине социјалног рада„ ,Белград
4. Гинеколошко – Акушерска Клиника - Скопје, Центар за Хумана Репродукција. (1998), “Дефиниции од Светска Здравствена Организација” , Скопје
5. ЗАКОН ЗА ПРЕКИНУВАЊЕ НА БРЕМЕНОСТА,Службен весник на РМ, бр. 87 од 17.6.2013 година
6. ЗАКОН ЗА СЕМЕЈСТВОТО (ПРЕЧИСТЕН ТЕКСТ),Службен весник на РМ, бр. 153 од 20.10.2014 година
7. ЗАКОН ЗА МАЛОЛЕТНИЧКА ПРАВДА,Службен весник на РМ, бр. 87 од 12.07.2007 година
8. ЗАКОН ЗА ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА,Службен весник на РМ, бр. 43 од 29.3.2012 година
9. Јанковиќ Ј.(2004), „Саветовање у психосоцијалном раду„ Етцетера, Загреб
10. Мурџева-Шкариќ О. (2004), „Развојна психологија„ Филозофски факултет, Скопје

11. Национална Стратегија за сексуално и репродуктивно здравје на Република Македонија, 2010-2020 година, Министерство за здравство, Институт за Јавно здравје (2009), Скопје
12. Прирачник за советување за сексуално и репродуктивно здравје
Министерство за здравство, Институт за Јавно здравје на Република Македонија (2010), Скопје
13. Ревидирана Европска социјална повелба, Совет на Европа, (1996), Стразбур
14. Стратегија за сексуално и репродуктивно здравје во Република Македонија до 2020, со Акциониот план до 2013 година, Министерство за здравство (2011), Скопје
15. Стаменкова Трајкова В., Белевска Д. (2002), „Клиничка социјална работа,, Ѓурѓа, Скопје
16. Стаменкова Трајкова В. (2000), „Ментална хигиена,, Студентски збор, Скопје,
17. Стаменкова Трајкова, В.(1995), “ Психологија”, Универзитетска печатница “Св. Кирил и Методиј “- Скопје
18. Страмшак - Ѓуровска Б. ЈУ Завод за социјални дејности – Скопје, (2012), „Социјална работа низ родова призма – ризици и услуги „ Скопје
19. Тозија Ф. (2008), „Стратешка проценка на политиката, квалитетот и пристапот до контрацепција и абортус во Република Македонија,,Скопје

ИНТЕРНЕТ ЛИТЕРАТУРА

<http://www.abortiongrief.asn.au/documents/men-and-abortion-trauma.pdf>

<http://www.yourdictionary.com/abortion>

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44507/1/9789241501002_eng.pdf

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434_eng.pdf?ua=1

http://www.who.int/topics/family_planning/en/

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/>

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181041/1/9789241549264_eng.pdf?ua=1

<http://www.federa.org.pl/reproductive-rights-and-health/abortion-law>

<http://www.life.org.nz/abortion/pagefeature2/54-sweden>

<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/AbortionPoliciesReproductiveHealth.pdf>

<https://www.guttmacher.org/pubs/journals/Abortion-Stigma.pdf>

http://onlineforlife.org/kba1/_pdf/abortion-the-ultimate-exploitation-of-women.pdf

<http://www.stat.gov.mk/Publikacii/Gender2012.pdf>

<https://www.guttmacher.org/pubs/journals/2411798.html>

<http://www.honors.ufl.edu/apps/Thesis.aspx/Details/1247>

<https://www.jrf.org.uk/report/influences-young-womens-decisions-about-abortion-or-motherhood>

<http://www.jus.uio.no/english/research/news-and-events/events/conferences/2014/wccl-cmdc/wccl/papers/ws7/w7-xiuzhe.pdf>

<http://www.abortiongrief.asn.au/documents/PAS-the-silent-suffering.pdf>

<http://www.goldendaleprc.org/PostAbortionStressSymptoms.pdf>

<http://socialwork.journals.ac.za/pub/article/view/184>

http://www.prs.hr/attachments/article/1555/05_ISTRAŽIVANJE%20-%20Praksa%20zdravstvenih%20ustanova%20u%20RH.pdf

<https://www.guttmacher.org/pubs/journals/3711005.pdf>

http://www.pearsonhighered.com/assets/hip/us/hip_us_pearsonhighered/samplechapter/0205968848.pdf

<http://www.jswvearchives.com/fall2012/fall125.pdf>

<http://www.healthrights.mk/pdf/Zdravstveni%20Rabotnici/Publikacii/Adolescenti/Превенција%20на%20рана%20бременост%20и%20превенција%20на%20морталитетот%20и%20морбидитетот%20поврзан%20со%20бременоста%20кај%20адолесцентите%20во%20државите%20во%20развој.pdf>