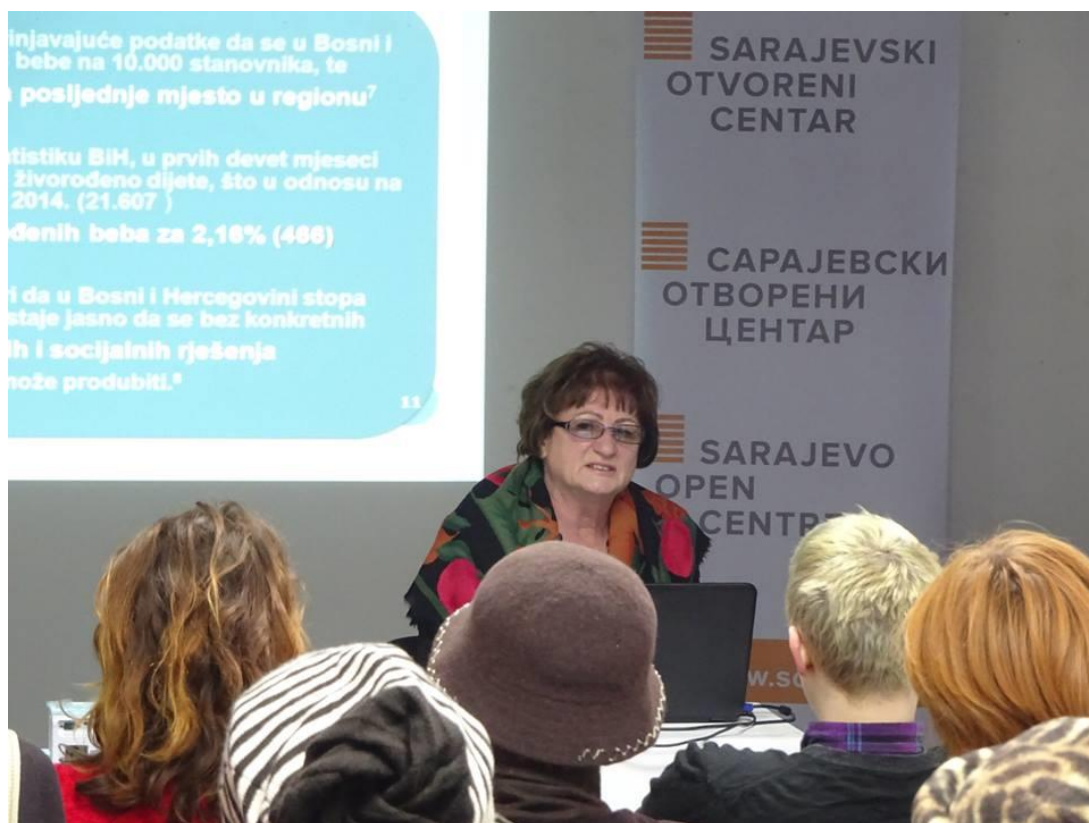


Svjedočimo sve većem jačanju društvene i moralno-religijske kontrole nad tijelom žene
December 7, 2016

Posljednje predavanje u okviru serije razgovora i predavanja *Neko je rekao feminizam*, održano je 30. novembra, a tema je bila seksualno i reproduktivno zdravlje



Na šestom i posljednjem događaju u okviru serije razgovora i predavanja *Neko je rekao feminizam*, o temi seksualnog i reproduktivnog zdravlja govorila je Meliha Lekić. Ona je redovna profesorica Medicinskog fakulteta Univerziteta u Sarajevu koja je kao voditeljica ili članica tima učestvovala u realizaciji 21 međunarodnog i domaćeg naučno-istraživačkog projekta. Meliha je na predavanju govorila o četiri bitna segmenta seksualnog i reproduktivnog zdravlja: o biomedicinski potpomognutoj oplodnji, seksualnom i reproduktivnom zdravlju osoba sa invaliditetom, pravu na abortus i seksualnom obrazovanju u školama.

Biomedicinski potpomognuta oplodnja tema je o kojoj se sve češće govori u BiH, obzirom da je naša zemlja posljednja u regionu kada je u pitanju natalitet. Prema procjenama, više od 15% parova u reprodukcijskoj dobi susreće se sa problemima pri dobijanju potomstva. Upozoravajući na važnost ovog problema, Evropski parlament je zajedno sa Evropskim udruženjem za humanu reprodukciju i embriologiju 2008. godine dao glavne smjernice za smanjenje ovog problema uz pomoć stvaranja povoljnih uvjeta za veću raspoloživost, dostupnost i kvalitet svih oblika dijagnostike i liječenja neplodnosti, uključujući i primjeru biomedicinskih metoda vantjelesne oplodnje. Preporuka je bila da se metode biomedicinski potpomognute oplodnje inkorporiraju u javne politike svih država u Evropi. Meliha Lekić je navela neke podatke koji se tiču BiH: "Stanje u BiH je zaista zabrinjavajuće. Više od 17% parova susreće se sa problemom neplodnosti. Statistički podaci pokazuju da se godišnje na 10.000 stanovnika rode 83 bebe. U prvih devet mjeseci 2015. godine rođeno je 2,16 % manje beba nego u istom razdoblju 2014. godine. Ako se nešto ne poduzme, stopa pada nataliteta će biti sve veća." Meliha napominje da bez konkretnih prvo političkih, a onda i medicinskih i socijalnih rješenja, ovaj problem može postati još veći.

Najveći problem je u nedostatku zakonske regulative na nivou države. Zakoni o medicinski potpomognutoj oplodnji ne postoje ni na nivou entiteta, i ovo se pitanje rješava od entiteta do entiteta, i to podzakonskim aktima. U Republici Srpskoj Fond zdravstvenog osiguranja refundira dva pokušaja vantjelesne oplodnje za bračne parove u kojima je žena starosne dobi do 40 godina. Ženama od 41. do 42. godine se finansira 50% troškova, dok ženama koje su starije od 42 godine, a koje su dobile djecu uz pomoć vantjelesne oplodnje, fond potpuno refundira sve troškove. U prvih osam mjeseci 2015. godine u Republici Srpskoj je odobreno 270 zahtjeva za sufinansiranje postupaka vantjelesne oplodnje. Meliha je istaknula i pozitivan primjer pristupanja ovom pitanju – Grad Banja Luka od 2009. godine finansira jedan pokušaj vantjelesne oplodnje, i u ovoj godini je odobreno 20 zahtjeva u iznosu od 2.500 KM po paru. Također, tokom ove godine je uz pomoć ovog finansiranja u Banja Luci rođeno šest beba. U Distriktu Brčko Fond zdravstvenog osiguranja je također predvidio sredstva za finansiranje vantjelesne oplodnje, i to za dva pokušaja za bračne i vanbračne parove, u kojima su žene starosne dobi do 42 godine – za prvi pokušaj 4.400 KM, a za drugi 3.000 KM.

Žene bez partnera nemaju pravo na medicinski potpomognutu oplodnju

Najveća zakonska "šarolikost" pak postoji u FBiH, jer ne postoji zakon na federalnom nivou, nego je pitanje vantjelesne oplodnje svedeno na kantonalni nivo, a procedure se ne provode ravnomjerno u svim kantonima, što ovisi i od finansijske mogućnosti kantona. Recimo, u Tuzlanskom kantonu su predviđena sredstva za dva pokušaja za parove u (van)bračnoj zajednici; u Zeničko-dobojskom kantonu finansira se jedan pokušaj u iznosu od 2.000 KM po bračnom paru; u Unsko-sanskom kantonu je u 2015. finansirano 20 bračnih parova sa po 3.000 KM, a uvjet je da su partneri proveli najmanje 2 godine u braku, te da je starosna dob žene do 42 godine. Najlošija situacija je do 26. septembra ove godine bila u Kantonu Sarajevo. Zavod za zdravstveno osiguranje do ovog perioda nije finansirao nijedan pokušaj vantjelesne oplodnje, a finansirani su samo neki lijekovi i to u iznosu od 50%. Nakon Odluke o refundiranju troškova za medicinski potpomognutu oplodnju od 26. septembra, odobrena su sredstva za dva pokušaja za bračni par, pod uvjetom da žena nije rađala i da nema više od 37 godina. Za prvi pokušaj predviđeno je 4.000 KM, a za drugi 2.000 KM. Profesorica je također napomenula da se u FBiH u okviru programa *Humana reprodukcija osoba sa invaliditetom* finansira jedan pokušaj vantjelesne oplodnje za osobe sa invaliditetom, a sredstva su obezbijeđena iz Fonda solidarnosti FBiH.



Meliha Lekić ističe da je bilo pokušaja za donošenje zakona u ovoj oblasti, ali da ti pokušaji nisu ostvareni do kraja. U skladu sa Strategijom za unapređenje seksualnog i reproduktivnog zdravlja u FBiH za period 2010 – 2019, federalna vlada je na prijedlog Ministarstva zdravlja u 2012. godini utvrdila Nacrt Zakona o liječenju neplodnosti biomedicinski potpomognutom oplodnjom, a nakon provedene rasprave i Prijedlog zakona koji je u junu 2014. godine upućen u parlamentarnu proceduru. Nažalost, zakon je pao u Zastupničkom domu Parlamentarne skupštine FBiH, tako da nije ni došao do Doma naroda. Ove godine je ponovo pokrenuta inicijativa da se Prijedlog zakona ponovo stavi na dnevni red, što nije prihvaćeno jer je falio jedan glas "za". "Usvajanjem ovog zakona stvorili bi se povoljniji uvjeti za liječenje steriliteta i parovima bi se omogućilo da dođu do željenog potomstva. Prva stvar koju bi ovaj zakon trebao regulisati jeste da neplodnost proglasi bolešću, jer, po sadašnjim propisima, neplodnost i dalje nije bolest. Zatim je trebao da utvrdi uvjete, načine i postupke liječenja neplodnosti kod parova koji žive u bračnoj i vanbračnoj zajednici, tehnike biomedicinski potpomognute oplodnje i uslove pod kojima bi se provodile te tehnike u zdravstvenim institucijama." Zakon je trebao regulisati i donaciju spolnih ćelija – s tim da je prijedlog zakona preferirao homolognu oplodnju, u odnosu na heterolognu, kako bi se zadovoljili kriteriji vjerskih zajednica, a to zapravo znači da se za oplodnju jedino mogu uzeti spolne ćelije muškog partnera, a nikako nepoznatog darovatelja sperme. Prijedlog zakona je također predviđao isključivanje diskriminacije po bilo kojem osnovu, obavezno psihološko i psihoterapijsko savjetovanje, kao i pravno savjetovanje parova prije početka procesa vantjelesne plodnje, te donošenje jedinstvene cijene na nivou FBiH, uključujući i cijenu lijekova za stimulaciju jajnika. Veliki nedostatak zakona, kako ističe Meliha Lekić, bio je u tome što zakon nikako u obzir nije uzimao žene kojima je dijagnosticiran sterilitet, a koje su radno i ekonomski sposobne, no ne žive ni u bračnoj ni u vanbračnoj zajednici.

U BiH se postupci vantjelesne oplodnje ne provode ni u jednoj javnoj zdravstvenoj ustanovi. Postupci se provode u privatnim poliklinikama: jednoj u RS-u i šest u FBiH (tri u Sarajevu, dvije u Tuzli i jedna u Mostaru). Veliki broj parova koji žele dobiti potomstvo uz pomoć vantjelesne oplodnje suočen je sa velikim finansijskim problemima. Za jedan pokušaj treba izdvojiti od 4 do 8 hiljada KM. Praksa pokazuje da je u prvom pokušaju procent uspješnosti vrlo nizak, i obično do trudnoće dolazi u drugom, trećem, četvrtom pokušaju, ili čak i poslije. Ovo je pitanje u zemljama regiona u potpunosti zakonski regulisano. U Sloveniji parovi imaju pravo na šest besplatnih

pokušaja, u Srbiji i u Hrvatskoj na tri, a u Crnoj Gori i Makedoniji na dva pokušaja. “Ono što ohrabruje je činjenica da je Komisija za ostvarivanje ravnopravnosti spolova Predstavničkog doma Parlamentarne skupštine BiH, u saradnji sa velikim brojem stručnjaka iz različitih oblasti, ustanovila Prijedlog zakona o liječenju neplodnosti biomedicinskom oplodnjom i uputila ga u parlamentarnu proceduru. Prva rasprava je bila u oktobru prošle godine, a vidjet ćemo šta će se dalje dešavati sa ovim prijedlogom zakona koji bi ovo pitanje riješio na državnom nivou”, kaže Meliha. Cilj ovog zakona bio bi da omogući ostvarivanje potomstva i planiranje porodice za bračne i vanbračne parove, ali i za samostalne žene kojima je dijagnosticiran sterilitet, kao kategoriju koja u federalnom prijedlogu zakona nije bila obuhvaćena. Zakon bi trebao da spriječi svaku zloupotrebu ćelija i embriona, kao i trgovinu njima. Zakon bi postojao na nivou države, ali bi finansiranje provodili entiteti i Brčko Distrikt.

Žene s invaliditetom su izložene pritiscima ako žele potomstvo

Drugi segment seksualnog i reproduktivnog zdravlja o kojem je govorila Meliha Lekić bilo je seksualno i reproduktivno zdravlje osoba sa invaliditetom. “Kada sam počela raditi u ovoj oblasti, bila sam užasnuta situacijom sa kojom su se susretale osobe sa invaliditetom, a pogotovo žene sa invaliditetom, koje su dvostruko diskriminirane. Seksualnost je sastavni dio života svake osobe, pa i osoba sa invaliditetom”, kaže Meliha. U Konvenciji UN-a o pravima osoba sa invaliditetom i Standardnim pravilima za izjednačavanje mogućnosti osoba sa invaliditetom govori se o porodičnom životu i ličnom identitetu svake osobe sa invaliditetom, te se ističe obaveza država da podstiču ostvarivanje učešća osoba sa invaliditetom u intimnom životu, bez diskriminacije u pogledu seksualnih odnosa. Savjet ministara BiH je 2003. godine usvojio ova pravila, i obavezao niže nivoe vlasti na njihovo poštivanje pri izradi propisa, mjera i programa za osobe sa invaliditetom. Ova dva dokumenta bila su temelj za donošenje politike u oblasti invalidnosti u BiH, gdje je po prvi put u jednom dokumentu aktuelizirano pitanje porodičnog, intimnog i seksualnog života osoba sa invaliditetom.

Iako u zakonodavstvu ne postoje nikakve diskriminatorne odredbe koje se tiču osoba sa invaliditetom, način na koji društvo percipira osobe s invaliditetom svjedoči o suprotnoj praksi. “Gotovo po pravilu se svaki pokušaj ostvarivanja intimne veze, seksualnih odnosa ili formiranja porodice osoba sa invaliditetom osuđuje. Ovakav odnos sredine prema osobama sa invaliditetom je posljedica stereotipa, te nerazumijevanja i nepoznavanja njihovih stvarnih potreba i mogućnosti. Nedostaci i poteškoće koje imaju osobe sa invaliditetom često se posmatraju kao glavna prepreka u prihvaćanju činjenice da osobe sa invaliditetom mogu voljeti svoje tijelo, uživati u njemu i seksualno se zadovoljavati”, kaže Meliha. No, ona također ističe da osobe sa invaliditetom najčešće imaju negativan stav prema ličnoj seksualnosti, tako da vraćanje osjećaja o seksualnom identitetu osobama sa invaliditetom ima jako pozitivan učinak. Edukacija i informiranost osoba sa invaliditetom su osnovni preduvjeti za izgradnju adekvatnog odnosa osoba sa invaliditetom prema vlastitoj seksualnosti. Provedena istraživanja pokazala su da osobe sa invaliditetom imaju niži nivo seksualnog znanja, negativniji stav prema seksu, ali i jače izražene seksualne potrebe. Iz tih razloga, osobe s invaliditetom pokazuju i veći interes za posebnu i specifičnu edukaciju iz ove oblasti namijenjenu isključivo njima.

“Posebna oblast koja je značajna za seksualnost osoba sa invaliditetom je reproduktivno zdravlje. Loše reproduktivno zdravlje osoba sa invaliditetom je povezano sa neznanjem, iskorištavanjem, zlostavljanjem, i, ako su u pitanju žene, sa neželjenom trudnoćom. Osobe sa invaliditetom se, iako imaju ista seksualna i reproduktivna prava i slobode kao i sve druge osobe, ipak pri ostvarivanju tih prava suočavaju sa poteškoćama i diskriminacijom”, rekla je Meliha. Ona je kao primjer navela to da u BiH ne postoji nijedan slučaj u kojem je osoba sa invaliditetom usvojila dijete. Iako nigdje u zakonu nije propisano da osobe s invaliditetom ne mogu usvojiti

dijete, takav slučaj usvajanja se nije desio, čak i ako drugi bračni partner nije osoba sa invaliditetom, te ako su zadovoljeni drugi kriteriji (intelektualni, ekonomski, starosni). Iako invalidnost u najvećem broju slučajeva ne dovodi do promjena u fiziološkom i psihološkom funkcionisanju, osobe sa invaliditetom moraju imati ista prava i potrebe kao neinvalidne osobe. "Tu bih naročito istakla da žene sa invaliditetom imaju pravo na brak, na zasnivanje porodice, pravo na informaciju o sigurnom seksu, o zdravoj trudnoći, ali se u ostvarivanju tih prava one ipak susreću i sa fizičkim i sa psihičkim preprekama. Ako se odluče na potomstvo, žene sa invaliditetom su često izložene velikim pritiscima, ne samo od strane porodice i prijatelja, nego i od strane medicinskog osoblja, uz pretpostavku da bi se invaliditet mogao prenijeti na potomstvo. Žene sa invaliditetom nakon razvoda braka nikada ili rijetko dobivaju starateljstvo nad djetetom ili djecom, te se starateljstvo često dodjeljuje neinvalidnom ocu."

Najliberalniji zakon o abortusu ima Federacija BiH

Pristup osoba sa invaliditetom zdravstvenim ustanovama također je ograničen u smislu arhitektonske pristupačnosti. U Sarajevu i u većim urbanim centrima postoje rampe za ulaz u zdravstvene ustanove, ali u manjim mjestima te opcije ne postoje. Liftovi nisu odgovarajući, kao ni garderobe za presvlačenje i toaleti. Sav pisani materijal koji je namijenjen pacijentima/icama ne postoji ni u jednoj drugoj formi, npr. na Brajevom pismu, kao audio traka, ili u uvećanoj štampi. Jedna od glavnih fizičkih prepreka je nepostojanje odgovarajuće opreme koja mora biti na raspolaganju ženama sa invaliditetom – npr. nedostatak ginekoloških stolova i stolova za porođaj, ili tipovi mamografa koji se koriste za preglede dojke, a koji mahom zahtijevaju da pacijentica stoji. Također, ni medicinsko osoblje nije dovoljno senzibilizirano prema ženama sa invaliditetom. Zbog decentraliziranosti zdravstvenog sistema, zdravstvena zaštita nije podjednako dostupna svim osobama, ne samo onima s invaliditetom. Osobe koje žive u udaljenijim ruralnim područjima se susreću s dodatnim problemom dolaska u odgovarajuću ustanovu, za što moraju izdvojiti vrijeme i novac. Ono što zabrinjava u oblasti korištenja zdravstvene zaštite, ističe Lekić, je da se sve manje sredstava izdvaja za zdravstvenu zaštitu romske populacije, a naročito neadekvatnu zdravstvenu zaštitu imaju romske djevojčice, djevojke i žene.

Treći segment seksualnog i reproduktivnog zdravlja o kojem je govorila Meliha Lekić bilo je pitanje prava na abortus, odnosno potreba da svaka žena može slobodno odlučivati o vlastitoj reprodukciji, da pri tome bude oslobođena svake diskriminacije, prisile ili nasilja, da ima pravo da slobodno i odgovorno odlučuje o broju i vremenu rađanja djece, te da ima pravo pristupa informacijama i metodama koje će to omogućiti. "Promoviranje odgovornog korištenja ovih prava mora biti osnov društvene politike, te programa koji se odnose na reproduktivna prava", smatra Meliha. Preko 90% zemalja svijeta ima zakone koji regulišu pravo na medicinski odobren prekid trudnoće, ali uvjeti pod kojima se odobrava prekid trudnoće variraju od države do države. U Evropskoj uniji je iznimka Malta gdje postoji potpuna zabrana pobačaja, dok restriktivnije zakone imaju Poljska, Kipar, Lihtenštajn i Irska. Zakonodavstvo u Poljskoj je jako restriktivno, što je pokazao i nedavni potez vlade koja je pokrenula postupak za potpuno ukidanje mogućnosti namjernog prekida trudnoće, na što je reagiralo 100.000 Poljaka i Poljakinja koji/e su izašli na ulice da se bore protiv ove odluke. "Pod pritiskom javnosti, parlamentarci/ke u Poljskoj su povukli prijedlog, ali je užasavajuća izjava koju je uputio Jaroslaw Kaczynski, predsjednik vladajuće konzervativne stranke, da će svim snagama nastojati da se donese zakon o zabrani prekida trudnoće kako bi se svaka trudnoća iznijela do kraja, pa makar dijete koje se rodi ne imalo šansu da preživi, ali moći će ga se krstiti i sahraniti. Rekla bih da smo svjedoci i svjedokinje sve češćih zahtjeva za pooštavanjem kriterija za prekid trudnoće, sve većeg jačanja društvene i moralno-religijske kontrole nad tijelom žene, te ozbiljnog narušavanja njenog prava da donese odluku."

U Hrvatskoj, zemlji gdje se o pobačaju sve više diskutira u kontekstu *pro-life* zagovaračkih aktivnosti religijskih i konzervativnih grupa, zakon dozvoljava prekid trudnoće u zdravstvenoj ustanovi do 10. sedmice trudnoće, nakon čega odluku o abortusu može donijeti liječnička komisija. No, prema hrvatskim zakonima o liječništvu i sestrinstvu, osoblje ima pravo da se iz vjerskih, moralnih, etičkih uvjerenja pozove na prigovor savjesti i da odbije izvršiti takvu intervenciju. O tome osoblje usmeno mora obavijestiti i pacijenticu i pretpostavljenog/u, a zdravstvena institucija mora obezbijediti liječnika/cu koji/a će izvršiti proceduru. No, problem se sastoji u tome što procedura odobravanja i provedbe prekida trudnoće nije standardizirana, nego je data u nadležnost svakoj zdravstvenoj instituciji. U Federaciji BiH je zakon o prekidu trudnoće takoreći najliberalniji kada je u pitanju poštivanje prava žene da o tome slobodno odlučuje – a možda puno o tome govori i činjenica da je u pitanju zakon preuzet iz bivše Jugoslavije, iz 1977. godine. Prekid trudnoće se može izvršiti do 10. sedmice. Nakon 10. sedmice o prekidu trudnoće može odlučivati prvostepena ljekarska komisija, na čiju se odluku može uložiti žalba drugostepenoj komisiji, čija je odluka konačna. Zakonom je zabranjen prekid trudnoće od preko 20. sedmica. U RS-u je zakonska regulacija slična, s tim da jedan član zakona priznaje pravo liječniku/ci da odbije izvršiti postupak ako se to protivi njegovom/njenom uvjerenju, no ovo se pravo ograničava ako liječnik/ca mora ukazati odgovarajuću medicinsku pomoć ukoliko dođe do opasnosti po život ili teškog oštećenja zdravlja.

Edukacija mladih je najbitniji faktor

“Problematika pobačaja je kompleksno pitanje koje se može posmatrati sa različitih aspekata. O ovom pitanju stav imaju svi, ali kada je u pitanju zakonska regulativa, ako zakon dozvoljava abortus, na odluci je pojedinke želi li ga obaviti ili ne. Nekada je nemoguće moralne stavove javnosti ugraditi u zakonsku regulativu. Pravo je žene da odluči, i moramo biti jako pažljivi kada je u pitanju zagovaranje pooštavanja zakona o pobačaju”, kaže Meliha i dodaje da svako treba imati mogućnost izbora, ali da abortus nikako ne smije biti kontracepcijsko sredstvo. Ono što je bitno napomenuti je također da u našem zakonodavstvu ne postoji system savjetovanja, a svaka žena koja se odluči na prekid trudnoće trebala bi pristupiti savjetovanju – ne u smislu odgovaranja od prekida trudnoće, nego u smislu razgovora i podrške.

Da bi mladi dobili potpune informacije o seksualnom i reproduktivnom zdravlju, Meliha Lekić smatra da je potrebno u škole uvesti zdravstveni odgoj, i to već u osnovnom obrazovanju. Godine 2013. je Asocijacija XY u saradnji sa Ministarstvom obrazovanja, nauke i kulture Kantona Sarajevo u 39 škola uvela izborni predmet *Zdravi stilovi života*. Predmet podrazumijeva šest tema, a jedna od njih govori i o reproduktivnom zdravlju ukupno šest sati godišnje, što je jako malo. Ankete provedene među učenicima su pokazale da je čak 70% djece izrazilo žaljenje što nije moglo odabrati taj izborni predmet, jer je moguće izabrati samo jedan, a drugi izborni predmet je obično vjeronauka, koju kao izborni predmet djeci obično biraju roditelji. “Jako je bitno uvesti seksualno obrazovanje u škole. Seksualnost je nezaobilani faktor života svake osobe, i najburniji razvoj seksualnosti se pojavljuje upravo u pubertetu. Ubrzanim psihološkim i fizičkim razvojem se javljaju želje za novim iskustvima, a nedostatak znanja i vještina za zdrave izbore dovodi do sve rizičnijeg spolnog ponašanja, a time i do većih problema u seksualnom i reproduktivnom zdravlju.” Meliha napominje da mlade osobe sve ranije stupaju u seksualne odnose, mijenjaju partnere/ice, te ne koriste zaštitu prilikom spolnih odnosa, što dovodi do neželjene trudnoće.

“Edukacija je najbitniji faktor u sprečavanju problema vezanih za seksualno i reproduktivno zdravlje, i najbolja alternativa u sprečavanju spolno prenosivih bolesti i maloljetničke trudnoće. Djeca imaju pravo da saznaju sve o seksualnom i reproduktivnom zdravlju. Zato je potrebno uvesti zdravstveni odgoj u osnovne škole i u okviru njega pružiti objektivne, tačne i potpune

informacije. Teme moraju biti prilagođene dobi, a u višim razredima, pogotovo u 1. i 2. razredu srednje škole, težište mora biti na odgovornom spolnom ponašanju, kontracepciji i spolno prenosivim bolestima. U proces je nužno uključiti i medicinsko osoblje koje je educirano da radi sa mladima." Meliha ističe da prilikom osmišljavanja tema u sklopu zdravstvenog odgoja u obzir treba uzeti sve što se danas smatra seksualnošću, te dijelom određenih kultura i društvenih skupina, bile one dominantne ili ne, te da zdravstveni odgoj treba obuhvatiti osnovne informacije o različitim aspektima ljudske seksualnosti, seksualnom identitetu, rodnim ulogama, spolnim i rodnim stereotipima i predrasudama. Programi moraju kod mladih podstaći svijest o razvoju vlastite osobnosti i odgovornog ponašanja. "Ankete i istraživanja su pokazala da mladi koji su educirani prije nego što su postali spolno aktivni bivaju mnogo odgovorniji prema vlastitom zdravlju i manje prakticiraju rizična seksualna ponašanja. U cijeli proces je, naravno, neophodno uključiti i roditelje.

Piše: Masha Durkalić