

Демографски преглед

Београд

Година III

Број 12/2002

ВОЉНА СТЕРИЛИЗАЦИЈА

О методу

Вољна стерилизација представља трајни метод спречавања зачећа који се заснива на подвезивању јајовода код жена, односно семевода код мушкараца, чиме се ствара механичка препрека за спајање сперматозоида и зреле јајне ћелије. При томе је функција полних жлезда, јајника или семеника, очувана, па су самим тим полна обележја и либидо непромењених карактеристика. Реч је о једноставном хируршком поступку, који је безбедан за здравље и праћен ниском учесталошћу компликација.

Вољна стерилизација жене може да се изврши кроз мали рез на трбушном зиду или лапароскопским путем. Затварање јајовода се обавља пресецањем, спаљивањем, постављањем копчи или прстенова. У новије време врше се покушаји да се одређеним супстанцама, попут квинакрини, убризганим у материцу, изазове оштећење унутрашњег зида јајовода, с последичним затварањем лумена. Предности нехируршких у односу на хируршке поступке оклузије јајовода су једноставнија техника, краће трајање и прагматичнији приступ, који се огледа у чињеници да нису потребни посебни кадровски, технички и просторни услови за извођење оклузије јајовода нехируршким путем, док је стопа тежих компликација нижа, у односу на стандардне хируршке поступке.

Вољна стерилизација мушкарца путем вазектомије представља један од малобројних метода контрацепције који су доступни мушкарцима и чијом применом они могу да преузму обавезу и одговорност у контроли рађања. То је једноставан и безбедан поступак током кога се кроз један или два мала реза, односно убода на кожи мошница приступа семеводима и обострано се врши њихова оклузија или пресецање. После вазектомије, сперматозоиди се задржавају у проксималним деловима гениталног система, не доспевајући у семену течност.

Стерилизација је један од најефикаснијих метода контрацепције. У популацији жена код којих је извршена вољна стерилизација, највећа учесталост трудноћа постоји у првој години после оклузије јајовода и износи 0,5%, односно трудноћа настане код једне од 200 корисница овог метода регулисања плодности. Према налазима репрезентативних истраживања, кумулативна стопа трудноћа током првих 10 година износи 1,8 на 100 жена.

Вољна стерилизација је још ефикаснија у спречавању зачећа, када је извршена у популацији мушких особа. Стопа трудноћа у првој години после овог захвата износи 0,15%. Сматра се да је поузданост вазектомије још и већа, те да у већини случајева трудноћа није последица неуспешне оклузије семевода, већ непоштовања препорука о потреби примене другог метода контрацепције током првих 20 ејакулација, односно 3 месеца после вазектомије.

Предности вољне стерилизације

Када је корисник жена

- Веома ефикасан вид спречавања зачећа.
- Трајан метод контрацепције. Једноставним и по здравље безбедним поступком се дугорочно и успешно планира породица.
- Не захтева континуирано ангажовање, нити посете лекару.
- Независна је од полних односа, не утиче на интензитет полног нагона.
- Ослобађањем страха од трудноће, утиче на побољшање квалитета сексуалног живота.
- Не изазива системске промене у организму.
- Примењена у периоду лактације, не утиче на квалитет и количину мајчиног млека.
- Није утврђено да има дугорочне нежељене ефекте и ризике за здравље кориснице.
- Има заштитни ефекат на развој запаљења унутрашњих полних органа. Познато је да то релативно често обољење код сексуално активних жена на индивидуалном нивоу резултује хро-

ничним поремећајем здравља, инвалидитетом и диспареунијом, а са макро аспекта друштво оптерећује смањењем радне способности и одсуствовањем с посла.

- Снижава ризик за развој карцинома оваријума. У бројним студијама које су биле посвећене овом проблему утврђено је да се ризик за развој ове, у старијим добним групама жена, релативно честе врсте малигне неоплазме значајно смањује. Протективни ефекат оклузије јајовода на развој карцинома оваријума постоји током наредних 25 година и нарочито је изражен код жена које су родиле мање од четворо деце.

Када је корисник мушкарац

- У поређењу с вољном стерилизацијом жене:
 - нешто веће ефикасности у заштити од трудноће;
 - једноставнија техника извођења;
 - нешто већа безбедност за здравље, нижа учесталост компликација;
 - могућа је провера успешности стерилизације (микроскопском анализом ејакулата) у било које време;
 - ниже цене коштања.
- Обезбеђује активно учешће мушкарца у сфери планирања породице, доприноси осећању блискости и хармоније унутар породице.

Недостаци вољне стерилизације

Када је корисник жена

- Ниска учесталост компликација хируршког захвата:
 - инфекција или крвавлења у пределу оперативног реза или убодне ране;
 - унутрашњих инфекција или крвавлења;
 - повреда органа трбушне дупље;
 - поремећаји у вези са анестезијом.
- Изузетно ретак смртни исход, најчешће због компликација опште анестезије.
- Мада је трудноћа после вољне стерилизације жене спорадична појава, ако се догоди она је чешће ектопична, што је условљено абнормалном реканализацијом јајовода.
- Захтева лекарски преглед и мањи хируршки захват.
- Вољна стерилизација је ирверзибилни метод контрацепције. Поновно успостављање плодности после оклузије јајовода је сложен и скуп поступак, који захтева високо технолошки развијену опремљеност здравствене установе и посебно обучен здравствени кадар.
- Не пружа заштиту од полно-преносивих инфекција, укључујући и трансмисију инфекције ХИВ-ом.

Када је корисник мушкарац

- Веома ниска учесталост компликација хируршког захвата:
 - неадекватност, бол и оток у пределу мошница у трајању од два до три дана;
 - крвавлење или инфекције оперативне ране;
 - крвни подлив у мошницама.
- Захтева мањи хируршки захват.
- Није ефикасна одмах после вазектомије – потребно је 20 ејакулација или три месеца да у сперми више не буде сперматозоида.
- Поновно успостављање плодности после оклузије семевода представља сложен и скуп поступак, који захтева високо технолошки развијену опремљеност здравствене установе и посебно обучен здравствени кадар.
- Не пружа заштиту од полно-преносивих инфекција, укључујући и трансмисију инфекције ХИВ-ом.
- Чешћа појава генитоуринарних инфекција током прве две године од вазектомије.

Пошребан је ойрез зайо шйо вољна сйерилизација доводи до йрајној йубийка йлодносйи

Свака особа, односно пар имају потпуну слободу и право да изабере метод контроле рађања који би желели да користе, укључујући и право на вољну стерилизацију.

Ипак, постоје категорије људи који су у повећаном ризику за настанак осећања кајања због трајног губитка плодности. Потребно је да се током саветовања тим особама обрати посебна пажња и предоче предности и недостаци вољне стерилизације, а посебно чињеница да је реч о трајном методу контрацепције.

Особе које су у повишеном ризику за развој осећања кајања имају неко од следећих обележја:

- млађе су од 30 година живота,
- без деце или с мањим бројем деце,
- са супругом нису разговарали о својој одлуци да се подвргну вољној стерилизацији,
- супруг/а се противи вољној стерилизацији,
- невенчане,
- с брачним проблемима.

Чешће се развија осећање кајања због вољне стерилизације и код жена које су се овом захвату подвргле после абортуса или порођаја, па је и у таквим ситуацијама потребна већа пажња током саветодавног рада.

Раширеност

Поред научних сазнања о вољној стерилизацији као методи контроле рађања, раширеност стерилизације у контрацептивне сврхе међу становништвом и развијених земаља и земаља у развоју потврђује прихватљивост овога вида контроле рађања. Вољна стерилизација жене је, наиме, контрацептивни метод број један у свету. Процењује се да се 138 милиона жена штити од нежељене трудноће путем блокирања јајовода. Процена се базира на резултатима истраживања и статистици сервиса за планирање породице. Другим речима 16% удатих жена, које су у репродуктивном периоду живота, прибегло је вољној стерилизацији. Вољна стерилизација жене је контрацептивни метод који се најчешће користи и у развијеном и мање развијеном свету и у најмање 20 држава.

У развијеном делу света посматраном као целина 7,6% удатих жена у репродуктивном добу живота је вољно стерилисано. Највише у САД, готово свака четврта удата жена старости између 15 и 49 година, и Немачкој, свака десета жена у плодном периоду. У мање развијеном делу света одговарајући удео је виши и износи 17,8. Регионалне разлике су, пак, изражене. Тако је 28,5% жена у плодном периоду у Источној Азији, 21,0% у Латинској Америци, односно 16,0% у Јужној Азији стерилисано према 1,8% жена у Северној и 1,2% у Суб-сахарској Африци.

За разлику од оклузија јајовода, вазектомија није распрострањен вид заштите од нежељене трудноће. Према проценама Хопкинс универзитета 42 милиона парова у свету се ослања на овај метод. Чак штавише у свим земљама вољна стерилизација жене далеко је распрострањенији контрацептивни метод од вазектомије. Међутим, постоје популације и међу развијеним и међу мање развијеним земљама где употреба овога метода није занемарљива. Тако у Великој Британији 14%, у САД 13%, у Индији 11%, а у Кини 10% мужева са женом у плодном периоду се подвргло вољној стерилизацији.

Истраживања која су покушала да нађу одговор на питање зашто се мушкарци у већој мери не опредељују за овај метод истичу низ узрока. Многи мушкарци не учествују у доношењу одлуке везане за превенцију нежељене трудноће препуштајући је жени, затим доста мушкараца верује да вазектомија негативно утиче на мушкост, и такође, немали број има страх од подвргавања операцији било које врсте. Важан узрок је и одсуство промоције предности вазектомије као метода контроле рађања, као и неразвијена мрежа сервиса за вазектомију у многим земљама.

Изнети подаци односе се на почетак деведесетих година. Базирани су, међутим, на веома поузданој бази података Хопкинс универзитета. Нова процена из истог извора још увек није доступна. Но сигурно је да је порастао број парова у свету који се ослања на стерилизацију као вид контроле рађања. Процене везане за број нових стерилизација током деведесетих година се крећу у интервалу између 67 и 157 милиона.

Резервоар за смањење броја абортуса вишег реда

Оклузија јајовода и вазектомија су важан резервоар за смањење броја индукованих абортуса вишег реда. Србију, пак, карактерише распрострањеност конзервативне контроле рађања у којој доминира *coitus interruptus* и последично прибегавање намерном прекиду трудноће у случају када се трудноћа не жели или не може прихватити. Традиционална средства и методе су у великој мери инкорпорирани у систем вредности, природни су део сексуалног односа, и представљају рационалан избор. Отуда се на нисконаталитетним подручјима Србије намерно прекине око 200.000 трудноћа годишње или релативно посматрано свака десета жена у плодном периоду у централној Србији, односно свака тринаеста жена у Војводини прибегне абортусу у једној календарској години. Међу њима је велики број поновљених абортуса. Око 80% жена које се одлуче да прекину трудноћу већ има искуство са овим видом контроле рађања. Или, више од 150.000 прекида трудноће годишње су абортуси другог или вишег реда. Треба истаћи да се трудноћа прекида и после већег броја абортуса. Тако, у 1989. години, последњој години поузданих и комплетних података везаних за индуковани абортус у Србији, чак 24,2% жена у централној Србији односно 19,9% жена у Војводини је прибегло абортусу, а већ је имало четири и више прекида трудноће у репродуктивној историји. Такође, велики број компликација прати и саставни је део намерног прекидања трудноће у Србији. На то указују налази парцијалних истраживања једног броја гинеколога, као и неколико студија које су се комплексније бавиле овим проблемом. Истовремено, истраживања која су се односила на психичке последице индукованог абортуса су потврдила да је прекид трудноће за многе жене тешко искуство.

Епидемиолошке размере намерног прекида трудноће су условљене већим бројем фактора различите врсте. Међу њима посебно место имају историјски корени, морални принципи наше цивилизације, интензивно ограничавање рађања, објективна ограничења контрацепције и њихово субјективно доживљавање, особине жене и мушкарца, пре свега, психолошке и социјалне врсте, као и одсуство систематског друштвеног деловања у овој сфери.

Спора транзиција контроле рађања у Србији и комплексна детерминистичка основа ослањања на намерни прекид трудноће указују да је проблем великог броја абортуса сложен и изискује решавање. То претпоставља ширење релевантних знања, развијање мреже сервиса за планирање породице, доступност модерне контрацепције, извлачење мушкараца из дефанзиве и промоција њихове одговорности у овој сфери, као и омогућавање вољне стерилизације као вида контроле рађања.

Етичке основе и правна регулатива

Мада већи број људских права подржава либералан став према вољној стерилизацији, право које је директна основа односи се на људско право које гласи: „Све особе треба да слободно и одговорно одлуче о броју и размаку између рађања деце и треба да су им доступне информације, образовање и средства за егзистирање овога права“. Ово право је први пут препознато као битно 1968. године на Техеранској конференцији о људским правима. У Букурешту, 1974. године, на Светској конференцији о становништву, која је окупуљала представнике влада 136 земаља, ово право је први пут узето као важна основа за формулисање Светског плана акције у области становништва. Велики број земаља је приступио спровођењу Светског плана акције. У неким од њих он је спровођен и путем форсирања вољне стерилизације као методе контроле рађања.

У објашњењу Међународне федерације за планирано родителство, које је усвојено од 140 земаља чланица 1992. године, прецизира се да људско право везано за планирање породице примењено на област сексуалног и репродуктивног здравља подразумева најмање три права. Прво, све особе имају право на информације, образовање и сервисе неопходне за заштиту репродуктивног здравља. Друго, све особе имају право на најширу могућу лепезу безбедних, ефикасних и прихватљивих метода контроле рађања. Треће, све особе имају право да слободно изабере метод заштите од непланиране трудноће.

Право на индивидуални избор у сфери планирања породице, репродуктивног и сексуалног здравља почива на неколико модерних биоетичких принципа. То су људска слобода, добро и правда. Појединац је центар одлучивања, укључујући и заштиту од нежељене трудноће. Индивидуална аутономност, пак, захтева да појединац има приступ информацијама о свим алтернативама и могућност да своју одлуку реализује. Поред промоције индивидуализма, важни аспекти ових биоетичких принципа су и заштита вулнерабилних особа, максимизација добробити уз минимализацију штете или ризика од штете и поштовање различитих потреба.

Отуда се од државе, као етичког мандатара, очекује не само да толерише индивидуални избор везан за вид контроле рађања, већ и да, кроз законску регулативу, омогући ширење релевантних информација о свим контрацептивним методама и средствима и пуну доступност различитих контрацептивних опција, укључујући и присуство на тржишту, и прихватљиву цену коштања и сервисе за репродуктивно здравље. Затим, да идентификује групе које су на највећем ризику за оштећење репродуктивног здравља и да предузима превентивне акције. Даље, да стимулише употребу различитих средстава и метода контроле рађања међу различитим групама имајући у виду научна знања везана за предности и недостатке појединих опција.

У том смислу једна по једна земља је почела да уклања правне баријере за примену стерилизације у контрацептивне сврхе. И у развијеним и у мање развијеним земљама нови закони, одлуке судова, владини декрети, министарски акти су у све већој мери укључили појединца у доношење одлуке везане за прибегавање стерилизацији. Ове законске промене су истовремено и прихватиле реалност, односно чињеницу да је стерилизација безбедна, ефикасна и прихватљив контрацептивни метод за многе парове, али су и допринели великој распрострањености вољне стерилизације самим потврђивањем да је стерилизација у контрацептивне сврхе легитимна медицинска интервенција. Резултат је да данас упадљива већина светске популације живи у државама где је дозвољена стерилизација у контрацептивне сврхе.

Жена и вољна стерилизација

Да ли се вољна стерилизација прихвата на индивидуалном нивоу у нашој средини? То је свакако питање које се намеће за истраживање пре свега због тога што би индивидуално препознавање предности ослањања на вољну стерилизацију, у атмосфери која није подстицајна, свакако представљао још један аргумент више да се омогући паровима да превенирају зачеће путем оклузије јајовода односно вазектомије. Такође, се чини важно имати и одговор о демографским, социјалним и психолошким карактеристикама особа које имају позитиван став према вољној стерилизацији. И то не само позитиван општи став већ би се и лично подвргле оклузији јајовода односно вазектомији. Ова врста одговора је важна за дефинисање правне регулативе и промотивних кампања.

У немогућности да се спроведе репрезентативно истраживање међу популацијом жена и мушкараца који су на ризику за зачеће, покушано је да се одговори на постављена питања добију међу женама које су се одлучиле да намерно прекину трудноћу. То је учињено из најмање два разлога. Први разлог је што су жене са индукованим абортусом у репродуктивној историји циљна група за вољну стерилизацију. Други разлог се базира на претпоставци да доношењу одлуке о намерном прекиду трудноће претходи преиспитивање раније усвојене стратегије везане за децу, рађање и превенцију зачећа и отуда је њена рационална компонента више откривена и тиме лакше мерљива.

Истраживање је спроведено у Гинеколошко-акушерској клиници „Народни фронт“ у Београду од 21. јануара до 1. марта 2002. године. Обухватило је 296 жена старих 30 и више година које имају најмање једно дете. Испитанице су саме попуњавале упитник посебно сачињен за потребе овога истраживања. Поређење социјалних и демографских обележја испитаница, као и важних догађаја у њиховој репродуктивној историји са структурним карактеристикама укупне популације жена исте старости и паритета које прекидају трудноћу је потврдило репрезентативност узорка и отуда је омогућило уопштавање резултата.

Став о стерилизацији је утврђиван сетом питања. Прво питање било је општег типа и садржало је поједностављено објашњење саме методе и њених основних карактеристика. Гласило је: „Многи парови у свету који су остварили жељени број деце користе вољну стерилизацију, то јест подвезивање јајовода односно семевода, као метод заштите од нежељене трудноће. Овај поступак је високо ефикасан, а истовремено не доводи до штетних промена у организму. Да ли мислите да вољну стерилизацију треба дозволити у Србији?”

Одговори на ово питање показују да више од половине анкетираних жена (58,1%) сматра да вољну стерилизацију треба дозволити у нашој средини. Готово трећина испитаница (31,4%), пак, има недефинисан став по овом питању. То је потпуно разумљиво имајући у виду да се о оклузији јајовода или вазектомији као методама превенције зачећа мало зна јер ниједном акцијом нису промовисане њихове предности нити је доступно искуство других са овом методом. Насупрот, само свака десета жена (10,5%) има негативан став.

Не само да велики број жена изабраних у узорак сматра да вољна стерилизација као метод контрацепције треба да буде доступна у Србији, већ такође велики број анкетираних жена, готово половина испитаница (45,3%), би се подвргло вољној стерилизацији пошто роди жељени број деце и када би био уверен да стерилизација не утиче на здравље, полну моћ, нити квалитет сексуалног живота. Мада је питање било тако формулисано да унапред отклони најчешће оградe за прихватање оклузије јајовода, као и да се одговарало у условима суочености са абортусним догађањем, чини се да постоји много жена међу онима које намерно прекидају трудноћу отворених за вољну стерилизацију. И при спуштању става на лични ниво, готово трећина анкетираних жена (29,1%) нема одређен став о вољној стерилизацији, али се, чак, свака четврта испитаница (25,6%) не би подвргла оклузији јајовода.

Следеће питање је било тако формулисано да се тражио разлог неодређеног става односно индивидуалног неприхватања вољне стерилизације као методе контрацепције. Ово питање отвореног типа је подстакло многе жене, не све којих се тицало, да образложе свој став о прихватању других резервбилних метода контрацепције и абортуса радије него оклузије јајовода.

Анализа одговора указује да страх доминира у већини размишљања. И то страх од могуће смрти деце, страх од операције, страх од дефинитивног губљења женског идентитета, страх од губитка сексуалне привлачности као и страх од дефинитивне везаности за мужа. Важно је нагласити да нису регистровани пронаталитички разлози као објашњење неприхватања оклузије јајовода. Отуда се чини да се многи од регистрованих неодређених или негативних ставова могу променити ширењем релевантних знања.

Не мали број жена које или немају дефинисан став или не желе да се подвргну вољној стерилизацији је свестан да не поседује ни елементарна знања везана за овај вид контроле рађања и то наводи као основни разлог неприхватања оклузије јајовода. Тако су бележени и следећи разлози као одговор на ово питање: „нисам довољно информисана”, „не знам ништа ближе о вољној стерилизацији”, „нисам о вољној стерилизацији никада размишљала”, „недовољно сам обавештена”, или, „имам предрасуде јер немам знања”.

У истраживању је испитиван утицај више социјалних, психолошких и других варијабли које могу утицати на став жене о прихватању вољне стерилизације као методе контрацепције. Резултати су показали да су отвореније за оклузију јајовода млађе жене, испитанице са средњим образовањем, оне које су родиле жељени број деце, као и жене које имају добар однос са партнером, суочиле су се са великим бројем намерних прекида трудноће, односно које желе да користе контрацепцију у будућности.

Гинеколози и вољна стерилизација

У срединама у којима је вољна стерилизација дозвољена и доступна као метод контроле рађања, учесталост њене примене значајно зависи од здравствених радника који су запослени у саветовалиштима за планирање породице и њиховог мишљења

о овом начину спречавања зачећа. Здравствени радници, односно гинеколози који имају неповољно мишљење о вољној стерилизацији, преносиће га на своје пацијенте и неће саветовати примену ове врсте контрацепције. Насупрот томе, гинеколози чије је мишљење о вољној стерилизацији непристрасно и засновано на савременим сазнањима, објективно ће информисати парове заинтересоване за тај вид контроле рађања и пружиће им помоћ да избор контрацептивног метода буде у складу са њиховим жељама и околностима.

У Србији још увек не постоје претпоставке за примену вољне стерилизације. Ипак, познавање мишљења гинеколога о вољној стерилизацији се сматра значајним за дефинисање мера и активности који би били потребни да овај метод контроле рађања буде равноправан са осталим видовима контрацепције.

Ставови гинеколога у Србији према вољној стерилизацији процењени су на основу налаза анкетног истраживања којим је обухваћено 57 лекара, специјалиста гинекологије и акушерства из различитих крајева Србије. Већина испитаника су били истакнути представници гинеколога Србије, професори медицинских факултета и руководиоци здравствених установа.

Скоро сви анкетирани гинеколози (96,5%) сматрају да у Србији треба промовисати модерну контрацепцију. Униформан одговор на ово питање указује да испитаници сагледавају позитивне аспекте и добробит од примене савремене контрацепције, како на индивидуалном, тако и на друштвеном плану. Препознавањем потребе за промовисањем модерне контрацепције, гинеколози показују и да су свесни чињенице да је у Србији контрола рађања нерационална, односно да се ослања на традиционалне методе регулисања плодности и намерни прекид трудноће.

Гинеколози су мишљења и да вољна стерилизација треба да буде вид спречавања зачећа доступан у Србији (80,7% од укупног броја испитаника). Ипак, сваки пети гинеколог (19,3%) има супротно мишљење. У образложеном негативном ставу према обезбеђивању доступности вољне стерилизације, доминира мишљење да је наталитет у Србији низак, па стога ирреверзбилни методи контроле рађања нису пожељни. Примена вољне стерилизације је, према мишљењу већег броја гинеколога, прикладна у циљу заштите здравља жене или остварења интереса друштва (ментална хендикепираност, наследна обољења, психијатријске болести), под условом да не угрожава демографски развој (многоротке, особе у старијем животном добу) и као инструмент заштите репродуктивног здравља (жене с великим бројем намерних прекида трудноће, када је примена осталих метода контрацепције неприхватљива). Веома ретко (8,8%) одређење за стерилизацију гинеколози сматрају личним избором особе.

Мишљење анкетираних гинеколога је да вољна стерилизација може да се одобри само када особа има троје и више деце (45,6%). Постављен критеријум у односу на број рођене деце се може оценити као висок имајући у виду чињеницу да је удео трећег и вишег реда рођења у Србији релативно низак (у 1999. години у централној Србији и Војводини овај удео је износио 12,9 односно 13,5%).

Године живота, као један од услова за одобрење вољне стерилизације, навела је осмина анкетираних гинеколога (12,3%). У бројним студијама је показано да кајање после вољне стерилизације чешће настаје код особа које су овај захват извршиле пре навршених 30 година живота. Гинеколози, међутим, сматрају да стерилизацију не треба одобрити млађима од 35 година за жене, а 45 година живота за мушкарце. Овако дефинисана старосна граница није у складу са релевантним савременим сазнањима, а истовремено неоправдано сужава групу

потенцијалних корисника, елиминишући велики број оних који нису у повишеном ризику за појаву кајања због губитка фертилности.

Анализом ставова гинеколога о предностима примене вољне стерилизације утврђено је да гинеколози само делимично сагледавају добробит примене вољне стерилизације. Они, наиме, најчешће не наводе ниједну или помињу само једну предност (75,4%), а најважнијим сматрају високу поузданост овог метода у заштити од трудноће. Само шестина гинеколога (15,8%) је упозната с неким од позитивних аспеката примене стерилизације у заштити здравља, при чему није поменута њена улога у смањивању ризика за развој запаљења унутрашњих полних органа и неоплазми јајника када је корисник овог метода жена.

У размишљању гинеколога о основним недостацима вољне стерилизације уочава се да су они свесни озбиљности одлуке о примени овог вида спречавања зачећа у погледу трајног губитка плодности и могућности за каснију појаву кајања. Упућени су, такође, и у основне недостатке и ризике примене овог вида контрацепције.

Истовремено, има и мишљења гинеколога која нису утемељена на савременим сазнањима о вољној стерилизацији, попут изјава да је реч о недовољно ефикасном методу контрацепције који може да доведе до настанка поремећаја сексуалне функције и да је економска цена вољне стерилизације сувише висока (8,8%).

За највећи број анкетираних гинеколога је психолошка цена примене вољне стерилизације висока, па зато они осећају снажне отпоре да се у личном избору одреде за овај вид регулисања плодности. Наиме, највећи број гинеколога не би изабрали стерилизацију у сврху контрацепције (61,4%) или су неодлучни (10,5%), док се за примену вољне стерилизације изјаснило 28,1% испитаника.

У односу на пол корисника вољне стерилизације мишљења гинеколога су подељена. Толерантан однос према овом питању има четвртина гинеколога (22,8%) сматрајући да је то ствар личног избора, док друга четвртина (22,8%) мисли да ниједно решење нема предности. Преостали гинеколози су се за вољну стерилизацију мушкарца одредили у нешто већем броју (28,1%), него за стерилизацију жене (22,8%), што је у складу са учесталошћу предности и ризика ова два вида контрацепције.

Законским актима која се баве питањем вољне стерилизације регулишу се и права и одговорности лекара. Тако, лекар има право да, из различитих побуда, одбије да изврши овај захват, али истовремено има и одговорност да информира пацијента о установи или лекару који то може да обави.

Према извођењу вољне стерилизације особама које се одреде за овај вид регулисања плодности гинеколози имају професионални однос. Код већине испитаника (87,7%) дилеме не постоје и сагласни су да би извршили овај оперативни поступак.

На основу спроведеног истраживања и добијених резултата, чак и ако би се у Србији створиле законске претпоставке, у знању и ставовима гинеколога према вољној стерилизацији не постоје претпоставке потребне за ширу примену овог вида регулисања плодности. Да би се обезбедило да вољна стерилизација добије статус равноправне опције у регулисању зачећа, била би потребна додатна едукација гинеколога ради усвајања савремених методолошких и доктринарних ставова у области контроле рађања и подржавања концепта сексуалних и репродуктивних права.

др Мирјана Рашевић
и др Катарина Седлецки