Danijela Paska

Zarobljenice vlastite reprodukcije: iskustvo javnozdravstvene usluge prekida trudnoće u Hrvatskoj

- **Pobačaj sam po sebi nije trauma, ali odnos sustava prema ženi često jest.**
- **Pobačaj je zakonit, no pristup skrbi i dalje je otežan brojnim preprekama.**
- **Moraliziranje i nasilje nerijetko obilježavaju iskustvo pobačaja.**
- **Kvaliteta skrbi ovisi o okolnostima, a ne o jedinstvenim standardima koji vrijede za sve.**

D. Paska
Sveučilište u Zadru
danijela.paska@gmail.com

© 2026. D. Paska. Licencirano pod CC BY-NC-ND 4.0.
https://doi.org/10.17234/9789533793436.10

Uvod

Ovo poglavlje analizira iskustva žena koje su između 2003. i 2023. godine prekinule trudnoću u hrvatskim javnim bolnicama te kroz njihove narative istražuje kako hrvatsko društvo, institucije i javnozdravstveni sustav oblikuju iskustvo pobačaja. Polazeći od razumijevanja reproduktivnog zdravlja kao društveno i kulturno konstruiranog područja (Foucault, 1978; Foucault, 1980; Kleinman, 1980; Berlant, 1997), poglavlje problematizira što je u hrvatskom društvu normalizirano kad je riječ o pobačaju i reproduktivnoj ulozi žena te kako se ta značenja materijaliziraju u iskustvima žena koje žele ostvariti pravo na prekid trudnoće. Analizom njihova puta kroz javnozdravstveni sustav u Hrvatskoj pokazuje se na koji način društvene norme, internalizirana znanja, prakse i organizacija medicinske skrbi oblikuju ostvarivanje toga prava.

Analiza se temelji na kvalitativnom istraživanju provedenom kroz polustrukturirane intervjue s elementima narativne metode na uzorku žena koje su iskusile prekid trudnoće u javnozdravstvenom sustavu u Hrvatskoj. Teorijski okvir poglavlja oslanja se na teoriju diskursa Michela Foucaulta (1972; 1978; 1980) te njegovo razumijevanje moći i biopolitičke regulacije (usp. Mills, 2011) reprodukcije. Poglavlje također polazi od razumijevanja medicine kao kulturnog sustava *per se*, naglašavajući da zdravstvene institucije nisu vrijednosno neutralni prostori, vođeni isključivo znanstvenim znanjem, nego mjesta u kojima se reproduciraju društvena uvjerenja, norme i odnosi moći (Kleinman, 1980). Naposljetku, analitička razina poglavlja adresira prisutnost kultura šutnje u sferi pobačaja u hrvatskom društvu koja se može razumjeti kao mehanizam „upravljalaštva" koji vodi žene kroz njihov život (Foucault, 1997: 68 prema Rose O'Malley i Valverde, 2006: 83) oblikujući identitet, znanja, iskustvo i vrijednosti žena u području njihova reproduktivnog zdravlja.

Pobačaj kao društveno i političko pitanje

Pitanje zdravstvene skrbi i zdravlja žena nije neutralna kategorija, nego je oblikovano povijesnim i kulturnim definicijama roda i seksualnosti, koje ga često svode na reprodukciju (usp. Lief Palley i Palley, 2014). To znači da je svako društvo u danom povijesnom trenutku izgrađeno na temelju diskursa koji određuje kako će se govoriti, misliti, djelovati o određenoj temi (Foucault, 1972; 1978; 1980). Taj se diskurs postavlja kao zdravorazumski, usvajamo ga kroz socijalizaciju od rođenja – ono određuje društvena „pravila igre" – određuje koje riječi koristimo, kako razmišljamo, što znamo i što smatramo zdravorazumskim, u ovom slučaju, o rađanju, reproduktivnom zdravlju žena, pobačaju, ženinoj ulozi, obitelji, majčinstvu. Foucaultovskim rječnikom, to znači da se upravljanje građanima i građankama ne ostvaruje samo kroz zakone, nego i kroz naučena značenja, znanja i institucionalne prakse koje oblikuju ono što se smatra normalnim (Foucault, 1972; usp. Mills, 2011). Time se iskustvo namjernog prekida trudnoće u Hrvatskoj stavlja na sjecište medicine, društva, religije i politike (Lief i Palley, 2014). Stoga je reproduktivno zdravlje žena u Hrvatskoj potrebno promatrati kao snažno diskurzivno polje konstruirano kroz modalitet patrijarhalne strukture hrvatskog društva, religijskih i nacionalnih vrijednosti te socijalističkog naslijeđa dopunjenog neoliberalnom tržišnom logikom (usp. Berlant, 1997). Upravo se zbog toga ženino iskustvo pobačaja ne može razumjeti bez uvida u širi društveni kontekst, prezentiranog u ranijim poglavljima ove knjige (pogotovo u Milić i Petričušić te Dobrotić i Gergorić). Iako je riječ o zakonski i ustavno zajamčenoj medicinskoj usluzi, dostupnost usluge i iskustva žena otvaraju pitanja koja nadilaze okvire javnozdravstvene skrbi. Iskustva sugovornica omogućuju uvid u to kako se u stvarnom životu vidi i osjeti način na koji hrvatsko društvo gleda na namjerni prekid trudnoće – kroz to kako se sugovornice osjećaju, što znaju o pobačaju, kako dolaze do usluge, do toga kako su bile tretirane unutar javnozdravstvenog sustava.

Metodologija

Podaci za ovo poglavlje temelje se na istraživanju[1] koje je provedeno koristeći analizu diskursa, dopunjenom metodom polustrukturiranog intervjua na namjernom uzorku žena koje su prekinule trudnoću u hrvatskim javnim bolnicama između 2003. i 2023. godine, kao temeljnim kriterijem za uključivanje u istraživanje. Donja vremenska granica odabrana je zbog uvođenja priziva savjesti u Zakon o liječništvu 2003. godine, čime je medicinskom osoblju omogućeno odbijanje izvođenja pobačaja. Iako se u svrhu doktorske disertacije nudi puno šira diskurzivna analiza, poglavlje je usredotočeno na pitanja kako izgleda put žene koja želi prekinuti trudnoću unutar javnozdravstvenog sustava, fokusirajući se na narative petnaest sugovornica, od ukupno dvadeset i pet koliko ih je sudjelovalo u istraživanju.

Podaci su prikupljeni polustrukturiranim intervjuima s elementima narativnog intervjua, što je omogućilo usporedivost iskustava uz dovoljno fleksibilnosti za razvoj individualnih narativa. Protokol za intervju bio je podijeljen u tri tematske cjeline: društveni i diskurzivni kontekst socijalizacije, iskustva poroda te iskustva prekida trudnoće u javnozdravstvenom sustavu. Istraživanje je provedeno od listopada 2022. do ožujka 2023. godine. Intervjue je provodila autorica poglavlja uživo ili putem platforme *Zoom*, u formatu jedan na jedan, uz poštivanje etičkog kodeksa istraživanja. Prikupljanje podataka završeno je nakon postizanja saturacije, odnosno u trenutku kad dodatni intervjui više nisu donosili nove uvide relevantne za odgovaranje na istraživačka pitanja i ostvarivanje ciljeva istraživanja.

---

1 Istraživanje je provedeno u svrhu izrade doktorske disertacije naslovljene „Kultura šutnje i medikalizacija ženskog iskustva: kulturnoantropološka analiza diskursa reproduktivnog zdravlja žena", čiji je cilj bio analizirati značenja, prakse i znanja o reproduktivnom zdravlju ženâ u suvremenom hrvatskom kontekstu kroz analizu javnih politika te materijalizaciju istih kroz iskustva ženâ s porodom i prekidom trudnoće u javnozdravstvenom sustavu. Istraživanje je provedeno koristeći diskurzivnu analizu i kvalitativnu metodologiju na namjernom uzorku ženâ koje su prekinule trudnoću i/ili iskusile porod u hrvatskim javnim bolnicama između 2003. i 2023. godine, kao temeljnim kriterijem za uključivanje u istraživanje. U ovom se poglavlju fokus stavlja na narative i iskustva petnaest sugovornica, dok je preostalih deset intervjua, iako prikupljenih u okviru istog istraživanja, usmjereno na iskustva trudnoće i poroda te nisu obuhvaćeni analizom jer ne odgovaraju fokusu poglavlja.

Uzorak je regrutiran javnim pozivom objavljenim putem internetskih platformi, društvenih mreža i organizacija civilnog društva. Od ukupno 112 žená koje su se prijavile za sudjelovanje, u istraživanje za doktorsku disertaciju uključeno je njih 25. Budući da je riječ o dobrovoljnom odazivu na javni poziv, uzorak vjerojatno odražava iskustva žená koje su bile spremne javno govoriti svom iskustvu, koje pitanje pristupa pobačaju prepoznaju kao društveno relevantno te imaju pristup digitalnim komunikacijskim kanalima, pri čemu nije isključeno da su neke od njih povezane s aktivističkim inicijativama ili su s njima upoznate.

Pri analizi, svim su sugovornicama radi zaštite identiteta dodijeljeni pseudonimi. Od ukupnog korpusa intervjua, u ovom su poglavlju uključeni isključivo narativi sugovornica koje su govorile o vlastitom iskustvu prekida trudnoće. Analitičku jedinicu u ovom poglavlju ne čine isključivo sugovornice, nego narativna iskustva prekida trudnoće. Budući da su dvije sugovornice tijekom života imale po dva iskustva prekida trudnoće, analiza obuhvaća ukupno sedamnaest slučajeva prekida trudnoće proizišlih iz narativa petnaest sugovornica. Potrebno je napomenuti kako je od tih petnaest sugovornica, deset njih uz iskustvo prekida trudnoće imalo i jedno ili više iskustava poroda, dok je pet sugovornica iskusilo isključivo prekid trudnoće. Takva struktura uzorka omogućuje uvid u različite reproduktivne biografije žená te analizu iskustava prekida trudnoće u širem kontekstu njihovih reproduktivnih putanja, što je vidljivo u nastavku poglavlja na temu nesigurnosti u vlastitu odluku te perpetuiranje binarne podjele majki i ne-majki unutar hrvatskog društva. Od analiziranih iskustava pobačaja, tri su se dogodila u razdoblju 2003. – 2010., a četrnaest u razdoblju 2010. – 2023. Sugovornice dolaze iz različitih dijelova Hrvatske, a gradovi koji obuhvaćaju iskustva unutar javnih bolničkih ustanova su Zagreb, Rijeka, Zadar, Split, Šibenik, Varaždin i Koprivnica. Zbog etičkih razloga i povjerljivosti, puni nazivi javnih bolnica nisu istaknuti unutar ovog poglavlja.

U skladu s interpretativnom epistemologijom kvalitativnog istraživanja, cilj analize nije statistička reprezentativnost niti generalizacija nalaza na populaciju žená koje su prekinule trudnoću u Hrvatskoj. Umjesto toga, analiza polazi od pretpostavke da narativi omogućuju razumijevanje širih diskurzivnih obrazaca, institucionalnih praksi i odnosa moći unutar hrvatskog društva koji strukturiraju iskustvo ostvarivanja prava na prekid trudnoće. Citati prikazani u nastavku poglavlja odabrani su prema načelu analitičke relevantnosti te u

ilustrativne svrhe. Riječ je o sadržajno bogatim i narativno razvijenim citatima koji ilustriraju obrasce prisutne u iskustvima većine sugovornica te omogućuju detaljnije razumijevanje dominantnih obrazaca organizacije medicinske skrbi i iskustava žênâ tijekom procesa prekida trudnoće.

Polazeći od pitanja kako izgleda put žene koja želi prekinuti trudnoću u Hrvatskoj, poglavlje prati nekoliko analitičkih cjelina koje reflektiraju konstruirani diskurs: internalizirano znanje o temi pobačaja, početni proces donošenja odluke, pripremu i pristup javnozdravstvenoj usluzi (uključujući dostupnost informacija, načine informiranja i prepreke u pristupu), samo iskustvo medicinskog postupka i odnose s medicinskim osobljem te naknadnu evaluaciju iskustva i promišljanje o tome što bi za žene predstavljalo adekvatnu i dostojanstvenu skrb. Kroz te analitičke cjeline poglavlje pokazuje kako se prekid trudnoće ne odvija samo kao individualna odluka, nego kao iskustvo oblikovano društvenim normama, institucionalnim praksama i društvenim značenjima o reproduktivnosti, ulozi žene i legitimnosti reproduktivnog izbora.

Put žene unutar fragmentiranog i netransparentnog sustava

Odgajane u kulturi šutnje i suočene s preprekama

Pobačaj u Hrvatskoj, kao zdravstvena usluga, može se izvršiti do isteka 12 tjedana gestacije na dva načina – kirurškim zahvatom ili uz pomoć lijekova, što se naziva medikamentozni pobačaj (vidi Zakon o zdravstvenim mjerama za ostvarivanje prava na slobodno odlučivanje o rađanju djece, 1978; usp. Vuletić, i sur., 2020). Ipak, iskustva sugovornica pokazuju kako u praksi taj pristup nije jednoznačan. Medikamentozni pobačaj relativno je nova metoda u hrvatskim javnim bolnicama i nije dostupan u svakoj (vidi Hrabre sestre, n.d.; usp. Vuletić, i sur., 2020). No, prema narativima sugovornica, ali i analizi javnih politika (vidi Dobrotić i Gergorić u ovoj knjizi), problem nije samo u dostupnosti te metode. U nekim javnim bolnicama žene ne mogu obaviti nijedan oblik pobačaja zbog nedostatka medicinskog osoblja koje je spremno izvršiti zahvat. Razlog leži u prizivu savjesti propisanom 2003. godine. Taj privilegij, a ne pravo (o čemu pišu

Milić i Petričušić u ovoj knjizi), definiran prema Zakonu o liječništvu (2003), medicinskom osoblju omogućava da odbiju sudjelovati u određenim medicinskim postupcima ako se oni kose s njihovim osobnim, moralnim ili vjerskim uvjerenjima. U tim su slučajevima zakonom dužni na vrijeme obavijestiti pacijenticu i uputiti je drugom liječniku. Međutim, u stvarnosti je to posve drukčije. Praksa priziva savjesti razlikuje se od bolnice do bolnice, a dodatni je problem što ne postoji takozvani javno dostupan nacionalni registar koji bi jasno pokazao gdje je pobačaj stvarno dostupan, a gdje nije. Drugim riječima, kad se nađu u situaciji da žele prekinuti trudnoću, žene već na prvom koraku nailaze na institucionalne prepreke, što je od sugovornica zahtijevalo temeljito informiranje o bolnicama u kojima mogu izvršiti pobačaj. Znajući da se medicinsko osoblje može prizvati na savjest i time odbiti izvršiti tu medicinsku uslugu, prvo pitanje na koje su sugovornice tražile odgovor jest: u kojoj bolnici mogu izvršiti pobačaj.

U nastavku poglavlja prikazuju se pravne i proceduralno-administrativne, financijske, organizacijske, informacijske i sociokulturne prepreke s kojima su se sugovornice susrele u kontekstu prekida trudnoće unutar javnozdravstvenog sustava u Hrvatskoj. Iskustva sugovornica ukazuju na postojanje prepreka i administrativnog opterećenja, o kojem pišu Dobrotić i Gergorić (2026), a koji zahvaća napor potreban za pronalaženje informacija, financijske izdatke te psihološki teret u smislu stresa, osjećaja straha, neizvjesnosti te stigme s kojima su se sugovornice susrele na tom putu izvršavanja pobačaja u hrvatskim javnim bolnicama. Sljedeći dijelovi izdvajaju utvrđene prepreke kroz ilustrirane narative sugovornica.

> Nisam znala kome da se obratim i onda sam zvala prijateljicu koja je radila kao medicinska sestra i ona mi je rekla da idem u [ime bolnice] [...] Jer zapravo mi je to bilo najgore i najteže doći do informacija i rješenja gdje ću to obaviti... Znači, izgubljenost i strah. (Ivana, pobačaj iskusila ranih 2000-ih)

Prema iskustvima sugovornica, put žene koja u Hrvatskoj želi prekinuti trudnoću unutar javnozdravstvenog sustava najčešće započinje potragom za informacijama. Upravo taj početni korak otvara prostor za razumijevanje jednog od ključnih nalaza istraživanja: duboko ukorijenjene kulture šutnje koja okružuje pobačaj i reproduktivno zdravlje ženâ. Narativi sugovornica otvaraju prostor za razumijevanje iskustva pobačaja u širem društvenom kontekstu u kojem su

odrastale, socijalizirale se i oblikovale vlastita znanja o reprodukciji, majčinstvu i ženskom tijelu (usp. Galić, 2006). Analiza intervjua ukazuje da je većina sugovornica odrasla u društvenom okruženju obilježenom tradicionalnim, patrijarhalnim i religijskim vrijednostima, unutar kojeg su se majčinstvo, obitelj, brak i rađanje djece često predstavljali kao neupitni društveni autoriteti (Brown, 2019) – kao svojevrsni imperativ kojem bi žena trebala težiti. To je ilustrirano u sljedećem citatu sugovornice koja je nakon iskustva pobačaja naposljetku postala majka.

> Da, pa kad sam navršila nekih 28, tada se intenzivno u mojoj užoj obitelji, ali i na poslu, konstantno postavljalo pitanje kad ću rodit', kad ćemo dijete. Dosta frustrirajuće. A kad bi se povukla tema toga da možda ja ne želim biti majka ili ne želimo oboje imati djecu, to je onda kretalo u velike rasprave. Uglavnom se to majčinstvo nameće kao nešto što se mora. (Klara, pobačaj iskusila sredinom 2010-ih)

Prekid trudnoće se u tim istim okvirima nerijetko doživljava kao odstupanje od tog ideala, noseći stigmu, pa i konotaciju prijetnje temeljnim društvenim vrijednostima usmjerenima na obitelj. Kroz procese primarne i sekundarne socijalizacije sugovornice su usvajale obrasce znanja o reprodukciji, pri čemu su njihovi narativi pokazali da je pobačaj najčešće bio izostavljen iz obiteljskoga, obrazovnoga i šireg društvenog diskursa. Takva diskurzivna šutnja proizvodi neznanje, zbog čega sugovornice informacije o pobačaju najčešće počinju tražiti tek nakon suočavanja s neželjenom trudnoćom i donošenja odluke o njezinu prekidu.

> Pobačaj je uvijek bio nešto o čemu se uvijek priča na rubu nekakvih ženskih tema [...] Ono što je bilo najgore u cijeloj toj priči je, kao što sam rekla, to je na rubu nekakve ženske svijesti. (Mare, pobačaj iskusila ranih 2010-ih)

S takvom nedostatnom razinom znanja o pobačaju, prva prepreka na koju nerijetko nailaze u tom procesu jest nedostupnost kvalitetnih informacija što je praćeno i psihološkim teretom (usp. Dobrotić i Gergorić, u ovoj knjizi).

Netransparentnost sustava i manjak informacija stvaraju višestruke prepreke na ženinom putu ostvarivanja prava na uslugu prekida trudnoće – od procedu-

ralno-administrativnih, financijskih, organizacijskih, do informacijskih i psiholoških prepreka (vidi Dobrotić i Gergorić, u ovoj knjizi). Neovisno o razdoblju u kojem su iskusile prekid trudnoće, iskustva sugovornica upućuju na izniman nedostatak točnih, pravovremenih i dostupnih informacija koje su ključni preduvjet reproduktivne autonomije (usp. Baum i sur., 2016). Taj nedostatak uzrokuje stres te pojačava osjećaj straha i nesigurnosti. Usporedba iskustava sugovornica iz ranih 2000-ih i kasnijeg razdoblja pokazuje da je razvoj interneta povećao dostupnost informacija te omogućio anonimno informiranje putem internetskih platformi, smanjujući ovisnost o izravnoj komunikaciji u kontekstu stigmatizirane teme.

> Pa bila sam jako uplašena, zbunjena i nisam znala kome da se obratim i onda sam zvala prijateljicu koja je radila kao medicinska sestra. Tad nije bilo interneta, bar ga ja nisam koristila, i nisam znala kamo. (Ivana, pobačaj iskusila ranih 2000-ih)

Iako se u narativima žênâ koje su prekid trudnoće iskusile nakon sredine 2010-ih može uočiti veća dostupnost informacija, ta promjena ne proizlazi nužno iz sustavnijeg institucionalnog informiranja ni unapređenja zdravstvene skrbi. Umjesto toga, povezana je s razvojem digitalnih komunikacijskih kanala, većom javnom vidljivošću teme, djelovanjem organizacija civilnog društva te neformalnim dijeljenjem iskustava među ženama. U tom se kontekstu internetske platforme i ženske mreže podrške pokazuju kao važni izvaninstitucionalni izvori informacija koji ublažavaju postojanje informacijskih prepreka unutar javnozdravstvenog sustava. Time se otkriva jedan od ključnih nalaza istraživanja: dok se u većini područja zdravstvene skrbi podrazumijeva da su informacije dostupne kroz institucije, u području prekida trudnoće one se i dalje u velikoj mjeri prenose neformalnim kanalima solidarnosti među ženama. Drugim riječima, povećana vidljivost pobačaja i lakši pristup informacijama posljedica su razvoja digitalnog prostora i civilnog aktivizma, a ne sustavne institucionalne transparentnosti, zbog čega odgovornost za informiranje žênâ i dalje ostaje izvan javnozdravstvenog sustava, što ilustriraju sljedeći citati. Time izostanak institucionalnih informacija proizvodi specifičan oblik kompenzacijskog znanja: žene međusobno razmjenjuju iskustva o bolnicama i kvaliteti skrbi, stvarajući neformalne arhive znanja koji cirkuliraju izvan sustava. Od 2018. godine taj je proces intenzivirala inicijativa „Prekinimo šutnju”, koja je otvorila javni prostor za svjedočanstva žênâ i djelomično razbila kulturu šutnje.

> To je strašno. Vi ste uplašeni, vi ste van sebe. Vi nemate nikakvu sustavnu pomoć. Oslanjate se na tuđa iskustva. (Mare, pobačaj iskusila ranih 2010-ih)

> I zato kad sam na samom početku, prije početka snimanja rekla da ne vjerujem da se situacija promijenila od onda (2011. kada je iskusila uslugu prekida trudnoće), to je tema koju ja s vremena na vrijeme još uvijek aktivno popratim danas (2023. godine kada se provodio intervju) da vidim jesu li se tu pojavile nekakve informacije. Naravno, u međuvremenu se i pojavila inicijativa Hrabre sestre i počelo se puno otvorenije o tome govoriti, ali 2011. godine niti je internet bio ono što je sada, niti ste baš tako lako mogli doći do informacija. (Mare, pobačaj iskusila ranih 2010-ih)

Stoga se iskustva sugovornica mogu interpretirati kao strukturni nedostaci sustava, što je u podudarnosti s analizom Dobrotić i Gregorić (2026). Informacijske prepreke dodatno otežavaju ostvarivanje prava propisanim Zakonom o zaštiti prava pacijenata (2004) unutar čega vrijeme biva presudno. Kao što Nela naglašava u sljedećem citatu, vrijeme se pokazuje ključnim čimbenikom u ostvarivanju prava na prekid trudnoće.

> Onda sam *googlala* zakonske rokove, koliko se može u toj panici, kakve su sve opcije, gdje mogu ići pobaciti u Zagrebu, 'ko sve ima priziv savjesti, gdje se ne može, koliko se dugo čeka, pa sam zvala [ime bolnice], oni su rekli da rade, ali se čekalo. Tad' mi je žena rekla da nekih 3-4 tjedna, što je prilično dugo u tim situacijama. Jer doslovno dođete, ako ste trudni šest tjedna, četiri tjedna čekati za pobačaj već je granični rok. (Nela, pobačaj iskusila sredinom 2010-ih)

> Znači ja sam mislila doslovno, to će ići od danas do sutra, to će biti super, sad ću ja to brzo. Međutim, kad su mi rekli za tjedan dana onda mi je bilo, Isuse Bože, zašto to ne može ni na koji način ići brže. (Mare, pobačaj iskusila sredinom 2010-ih)

Nedostatak javno dostupnih i transparentnih informacija, prisutnost stigme unutar koje su žene najčešće odgajane, usporava pristup skrbi te odgovornost za informiranje prebacuje na same žene. Prema riječima sugovornica, kad bi postojale javno dostupne informacije o tome koji su koraci potrebni prije samog

dolaska u bolnicu na prekid trudnoće, kao i jasne smjernice gdje se što može obaviti, u kojoj bolnici se pozivaju na priziv savjesti, taj bi proces bio znatno brži i jednostavniji. Osim toga, jedan od temeljnih nalaza istraživanja jest narativ sugovornica da su „jedine" ili među rijetkima koje prolaze kroz iskustvo prekida trudnoće. Uz internalizirano (ne)znanje, to jasno ukazuje na postojanje kulture šutnje unutar dominantnog diskursa u Hrvatskoj.

Izjava sugovornice, koja je tek u čekaonici javne bolnice osvijestila da nije jedina koja će prekinuti trudnoću, jasno pokazuje jaz između reprezentirane istine i društvene stvarnosti:

> Tek kada uđeš tamo i čekaš na red, vidiš koliko žena ide na pobačaj. To mi je bio veliki šok... a do sada si mislila da to nitko ne radi. Tek kad ti se to dogodi, shvatiš. (Helena, pobačaj iskusila sredinom 2010-ih)

U narativima sugovornica uočava se internalizirana pretpostavka da je prekid trudnoće marginalna i iznimna pojava, unatoč činjenici o njegovoj učestalosti. Takva percepcija ne proizlazi iz samog iskustva žena, nego iz dominantnog društvenog diskursa koji u hrvatskom kontekstu reproducira vrijednosti o majčinstvu, obitelji i reprodukciju kao poželjnim društvenim vrijednostima, dok prekid trudnoće smješta u sferu privatnosti, šutnje i društvene stigme. Tek kad se sugovornice same nađu u situaciji prekida trudnoće, njihove dotadašnje internalizirane predodžbe bivaju razbijene. Drugim riječima, susret s drugim ženama u istoj situaciji demistificira prekid trudnoće kao rijetke ili moralno neprihvatljive prakse. Time se ukazuje na društveni paradoks, odnosno na raskorak između onoga što se u društvu javno prikazuje kao „istina" o pobačaju i onoga što se zapravo događa u svakodnevnom životu. Pobačaj nije rijedak čin, ali je diskurzivno potisnut, što se foucaultovskim rječnikom prepoznaje kao režim istine (Foucault, 1980). Diskurs regulira „istinu", odnosno način na koji se govori o pobačaju i kako je ta praksa vidljiva – ne samo kroz zakone, nego i kroz vrijednosti te konstruirana značenja.

> I onog trenutka kada vam se dogodi taj problem, shvatite da ima jako puno žena iz vaše okoline koje su prošle istu tu priču. (Mare, pobačaj iskusila ranih 2010-ih)

Medicinska skrb kao ambivalentno iskustvo

Nadalje, na tom putu informiranja o postupku prekida trudnoće u javnim bolnicama žene nerijetko posežu za društvenim vezama i neformalnom ekonomijom. Naime, istraživanje pokazuje da sugovornice katkad koriste osobne kontakte kako bi brže došle do termina ili osigurale bolji tretman u bolnici. Sve to zajedno pokazuje da pristup informacijama i samoj usluzi nije jednak za sve. Potreba za „vezom" kako bi mogla izvršiti prekid trudnoće, u iskustvima sugovornica najčešće se pojavila zbog nedostatka dostupnog osoblja zbog priziva savjesti ili ubrzanja čekanja na termin. Osim toga, posebno ilustrativan primjer administrativnih prepreka jest praksa tzv. obveznog savjetovanja prije zahvata – koje zakonski nije obavezno, ali se ženama u pojedinim ustanovama predstavlja kao uvjet pristupa usluzi. Takva praksa funkcionira kao prikrivena prepreka: ne zabranjuje pobačaj formalno, ali ga usporava, opterećuje dodatnim koracima i uvodi element moralne intervencije u medicinski postupak. Koranin narativ to potvrđuje:

> I onda me ona obavijestila da je u [ime bolnice] prije nego što odeš na sam pobačaj mora se obaviti to obvezno savjetovanje. Ja nisam imala u tom trenutku pojma da je to obavezan i zašto bi to bila obavezno [...] Ja sam otišla i to obavezno savjetovanje je bilo organizirano tamo gdje su ginekološke ambulante u bolnici. Ja sam tu došla, druge žene su bile na pregledu za trudnoću, neke na običnom ginekološkom pregledu, a nas par smo čekale to savjetovanje. Sve smo bile u istoj prostoriji, što je totalno blesavo i nije mi bilo ugodno. (Korana, pobačaj iskusila ranih 2010-ih)

Razgovori neformalnog savjetovanja nemaju jasno definiranu strukturu, nego se nerijetko usmjeravaju na osobne razloge žene i moguće posljedice odluke – što ih sugovornice najčešće doživljavaju kao pokušaj odvraćanja od prekida trudnoće. Neujednačenost te prakse, budući da neke sugovornice nisu bile na savjetovanju, dodatno ukazuje na arbitrarnost sustava u kojemu kvaliteta i karakter skrbi ovise o konkretnoj ustanovi i osoblju, a ne o standardiziranim procedurama. Međutim, ta praksa upućuje na problem ostvarivanja prava na legalan pobačaj, o čemu pišu Dobrotić i Gergorić (2026). Konkretnije, praksa savjetovanja, raširenost priziva savjesti te nedostupnost transparentnih

informacija koja mogu utjecati na odgode, jasni su pokazatelji opsega u kojem hrvatska država uistinu jamči pristup reproduktivnim pravima ženâ.

Time nalazi ovog istraživanja potvrđuju ono o čemu Dobrotić i Gergorić pišu kad objašnjavaju da države koriste alat za otežavanje pristupa pravima i usluzi bez njihova formalnog ukidanja, čime se uviđa ambivalentnost hrvatskog društva: element liberalizacije i restrikcije.

Tek nakon prikupljanja potrebnih informacija i pronalaska zdravstvene ustanove koja obavlja prekid trudnoće, sugovornice su mogle ostvariti zakonski zajamčeno reproduktivno pravo. Tijekom istraživanja razgovarala sam sa ženama koje su preferirale medikamentozni oblik pobačaja, zbog čega su putovale izvan mjesta svojega prebivališta, gdje je bio dostupan. To iskustvo ženâ u skladu je s nalazima koje su utvrdile Dobrotić i Gergorić (2026), navodeći što sve smanjuje dostupnost pobačaja, poput regionalne nedostupnosti medikamentoznog pobačaja. Također, postoje slučajevi u kojima žene putuju u drugi grad zato što su tijekom pripreme za pobačaj, kroz neformalne kanale ženâ čule da se u određenoj bolnici pruža određena zadovoljavajuća medicinska skrb kakvu očekuju.

> Jedna od sestara je imala prijateljicu iz [ime grada] koja je pobacila u [ime bolnice]. Onda su mi objasnile da moram ići u tu bolnicu i da se čeka tjedan dana i da se onda može napraviti pobačaj. U smislu, izgledalo je jako jednostavno. (Ana, pobačaj iskusila ranih 2010-ih)

Nadalje, sugovornice su medicinski aspekt prekida trudnoće opisivale izrazito šturo, što upućuje na to da sam tijek zahvata nije predstavljao središnji element njihova iskustva. U narativima su najčešće navodile praktične korake potrebne za ostvarivanje zahvata – prethodno obavljenu krvnu sliku, određivanje krvne grupe i Rh faktora te ginekološki pregled s ultrazvučnom potvrdom trudnoće. Na dan zahvata bilo je potrebno donijeti svu medicinsku dokumentaciju, osobnu i zdravstvenu iskaznicu te podmiriti troškove zahvata. Kirurški prekid trudnoće provodio se u lokalnoj ili kratkotrajnoj općoj anesteziji, dok se medikamentozni prekid trudnoće provodio primjenom lijekova. Sam je zahvat u pravilu trajao svega nekoliko minuta, nakon čega su sugovornice istoga dana puštene kući, a u slučaju medikamentoznog pobačaja, cijeli postupak obavljale su samostalno, budući da ova vrsta pobačaja zahtjeva najmanju medicinsku intervenciju. Većina sugovornica medicinski postupak opisuje kao rutinski zahvat koji, zahvalju-

jući primjeni anestezije, nije bio percipiran kao posebno bolan ili traumatičan. Međutim, iskustva žênâ ukazuju na određene organizacijske nedostatke sustava koji su dodatno opterećivali proces prekida trudnoće. Pojedine sugovornice ističu kako prije dolaska nisu dobile ni osnovne praktične informacije, primjerice da trebaju ponijeti higijenske uloške, dok su umjesto jasnih uputa neke bile izložene neprimjerenim komentarima i verbalnoj osudi medicinskog osoblja. Takvi se primjeri mogu interpretirati kao nedostatna komunikacija i pružanje informacija, što dodatno povećava osjećaj nesigurnosti i ranjivosti tijekom postupka.

Organizacijsku neujednačenost dodatno odražava i financijska dimenzija pristupa pobačaju. Cijena prekida trudnoće razlikuje se među bolnicama jer svaka zdravstvena ustanova samostalno određuje iznos koji pacijentice plaćaju. Prema danas dostupnim podacima, cijena zahvata danas kreće se između 220 i 600 eura (vidi: Hrabre sestre, n.d.), dok je u razdoblju kad su sugovornice prolazile iskustvo prekida trudnoće najčešće iznosio između 1 600 i 2 500 kuna, ovisno o vrsti anestezije i samog cjenika bolnice.

> Mislim da su me primili u roku od par dana. Ja sam se odmah naručila za potpuno anesteziju i to je bilo u cijeni. Mislim da je zato isto bilo 2 000 kuna. (Helena, pobačaj iskusila sredinom 2010-ih)

Sugovornice takvu praksu nerijetko doživljavaju kao dodatni izvor nejednakosti u pristupu medicinskoj skrbi te smatraju da bi prekid trudnoće trebao biti financiran iz sustava obveznoga zdravstvenog osiguranja, kao i drugi medicinski zahvati. Taj se nalaz podudara s analizom Dobrotić i Gergorić u ovoj knjizi, koje ističu da financijska nepriuštivost predstavlja jednu od ključnih prepreka ostvarivanju prava na pobačaj i pristupu javnozdravstvenoj skrbi.

Ipak, unatoč organizacijskim i financijskim izazovima, narativi sugovornica jasno pokazuju da njihovu ukupnu procjenu iskustva nije presudno određivao medicinski zahvat, nego odnos medicinskog osoblja.

> Fizičku bol nisam osjetila, tako da procedura pobačaja nije uopće povezana s fizičkom boli, nego s lošim iskustvom osoblja. Kad bih išla opisivati medicinski postupak, bilo mi je sve okej, ali ovo drugo mi nije bilo okej. (Ivana, pobačaj iskusila ranih 2000-ih)

Ljudski faktor medicinske skrbi: od moralne osude i nasilja do empatije i profesionalne skrbi

Narativi sugovornica upućuju na širok raspon iskustava medicinske skrbi – od empatije, podrške i profesionalnog, neutralnog pristupa do verbalnog nasilja, moraliziranja, manipulacije, osude i drugih oblika institucionalnog nasilja. Upravo kroz taj raspon postaje vidljivo što žene prepoznaju kao poželjnu skrb, ali i što se unutar hrvatskoga javnozdravstvenog sustava normalizira kao uobičajen način postupanja prema pacijenticama koje traže prekid trudnoće. Sljedeća je analiza usmjerena na obrasce tih iskustava te na značenja koja sugovornice pripisuju odnosu medicinskog osoblja tijekom procesa prekida trudnoće.

Moralizacija i nasilje

Analiza iskustva medicinske skrbi sugovornica pokazuje da medicinski prostor nije doživljen kao vrijednosno neutralan, nego kao mjesto u kojem se isprepliću profesionalna skrb, društvene vrijednosti i moralna očekivanja vezana uz reproduktivnu ulogu žene. Sugovornice su nerijetko doživjele određeno diskriminatorno ponašanje medicinskog osoblja koje ukazuje na implicitnu (društveno konstruiranu) hijerarhiju između žênâ koje trudnoću nastavljaju i onih koje ju odlučuju prekinuti. Takva hijerarhija nije medicinski utemeljena, nego proizlazi iz društvenih vrijednosti hrvatskog društva koje se u pojedinim situacijama reproduciraju kroz prakse medicinskog osoblja.

> I ona je (medicinska sestra) pred punom čekaonicom vikala na mene i rekla kao: meni su važnije trudnice od vas. Vi kao tu čekajte... Ja ne znam što to znači. Ali nije ugodno jer kao, ok, ja sam tada bila trudna. Ok, ne želim to dijete pa nisam trudnica po tim nekakvim klasifikacijama. Ali to opet nije medicinski utemeljeno. (Ivana, pobačaj iskusila ranih 2000-ih)

> Došla sam, prijavila sam se i već onda me je žena na šalteru gledala onako kako da sam ne znam pala s Marsa, onako kao neko niže biće, ne znam kako da vam to kažem. (Petra, iskusila pobačaj sredinom 2010-ih)

Izjava medicinske sestre medicinsku kategoriju trudnoće transformira u moralnu i društvenu kategoriju, dijeleći žene prema tome što će s trudnoćom

učiniti. Te se vrijednosti i značenja usvajaju kroz socijalizaciju i internalizaciju bivanjem u društvu. Time zdravstvena ustanova postaje prostor društvene regulacije u kojem se legitimira vrijednosni sustav koji ženu određuje kroz njezinu (poželjnu) reproduktivnu ulogu. Iz perspektive Foucaulta (1972; 1978; 1980), riječ je o djelovanju moći koja se ostvaruje kroz svakodnevne interakcije i proizvodi konkretne posljedice za žene. Posebno je značajno da je izjava izrečena pred punom čekaonicom, čime se individualna osuda pretvara u javni čin discipliniranja i proizvodnje srama (usp. Foucault, 1980), a samim se time može uvrstiti u kategoriju opstetričkog nasilja zbog diskriminatornog karaktera i narušavanja privatnosti pacijentice (usp. Tamayo Muñoz i sur., 2015). Osim toga, unutar tako konstruiranog prostora medicinske skrbi, verbalno nasilje poprima različite oblike – od otvorene osude do indirektnih oblika emocionalne manipulacije kojima se nastoji utjecati na ženinu odluku. Anin narativ ilustrira jedan od oblika izravne moralne osude i proizvodnje osjećaja krivnje, koji se kao obrazac postupanja iščitava u većini iskustava sugovornica:

> Nezahvalnice jedna, možeš zatrudniti, a ti ćeš pobaciti. A mi koje nismo mogle godinama zatrudniti... I kao, ako sad to napravim, tko zna, hoću li ikad dalje moći ostati trudna. (Ana, iskusila pobačaj ranih 2000-ih)

S druge strane, Monikin narativ pokazuje još jedan oblik emocionalne manipulacije, u kojem medicinska intervencija ponovno postaje sredstvo pokušaja promjene ženine odluke.

> Doktor je bio dosta suzdržan i nije pokazivao svoje mišljenje ni kroz iskazivanje govorom tijela, ni ništa u tom smislu. Ali sestru je to dosta pogodilo. Nije bilo nešto jako neugodno, ali pokušali su napraviti manipulaciju indirektno. Kad me pregledala s ultrazvukom je samo rekla: „Šteta, vidi se srce, već sve kuca". Bilo je to traženje moje slabe točke gdje ću se možda raznježiti pa da će te ono pokušati odgovoriti. (Monika, iskusila pobačaj sredinom 2010-ih)

Iako različiti po intenzitetu, ti primjeri pokazuju da komunikacija medicinskog osoblja nije uvijek profesionalno neutralna, nego predstavlja mjesto na kojem se artikuliraju i reproduciraju dominantni društveni diskursi o majčinstvu i reproduktivnoj ulozi žene. Ta vrsta prakse unutar medicinske skrbi – moraliziranje, emocionalni pritisak i osuda – mogu se razumjeti kao učinci diskursa

unutar kojeg je majčinstvo konstruirano kao društveno poželjna norma, a prekid trudnoće kao odstupanje od nje. Time medicinsko osoblje ne djeluje samo kao pružatelj medicinske skrbi, nego i kao akter kroz čije se svakodnevne prakse reproduciraju dominantne društvene vrijednosti. Nadalje, psihološki pritisak dodatno se očituje u situacijama u kojima se sugovornice izlažu postupcima koji nadilaze medicinsku svrhu zahvata. Ana opisuje kako je protiv svoje volje bila prisiljena gledati ultrazvučni prikaz trudnoće, nakon čega joj je liječnik savjetovao da iskustvo pobačaja nikada nikome ne otkrije. Pa tako Anin narativ istodobno ilustrira dvije dimenzije nasilja koje se iščitavaju u narativima sugovornica – prisilu i patronizaciju:

> Znači, kad sam napravila pregled na monitoru, ja sam okrenula glavu, nisam htjela gledat monitor. I on mi je rekao: „Ne, ne, okrenite glavu, pogledajte, to je sasvim zdrav plod. Sve je u redu. To bi bila jako uredna trudnoća, vidite." Praktički me natjerao da pogledam. Srećom nije upalio zvuk, onda da sam još čula i otkucaje. Mislim, nije to srce, ali čuju se otkucaji. To mi nije napravio, srećom. I rekao mi je kao dobronamjeran savjet, da nikad to nikome ne kažem, niti jednom budućem dečku, ni u ludilu. Da to samo ja znam, da to nikome ne kažem. (Ana, iskusila pobačaj ranih 2010-ih)

Takve se intervencije mogu razumjeti kao oblik discipliniranja ženskih reproduktivnih odluka. Istodobno, savjet o šutnji produbljuje kulturu šutnje, sugerirajući da je riječ o nepoželjnom iskustvu koje treba ostati skriveno. Ginekološki pregled tako prestaje biti isključivo medicinski čin te postaje prostor moralne intervencije.

> U tom momentu je on iskoristio situaciju da mi je rekao nešto tipa: ako te tako boli to onda se ti ne bi smjela dovoditi u tu situaciju. Kao da sam ja u toj situaciji jer sam si sama kriva ako me ovo boli. (Monika, iskusila pobačaj sredinom 2010-ih)

Nadalje, u pojedinim narativima verbalna i psihološka osuda dobivaju i fizičku dimenziju. Sugovornice opisuju grube pokrete tijekom zahvata, nepotrebno snažan stisak, bacanje osobnih stvari te komentare koji prate medicinske postupke.

> Doslovno te zlostavljaju, ako ne toliko verbalno, koliko fizički. Bile su strašno grube, to je bilo k'o silovanje i onda njihovi komentari mislim to je nešto strašno, da kakva sam osoba, da sam ubojica [...] Kad su me poslale u sobu bacale mi stvari na krevet, moje stvari, te papire, ono doslovno kao zadnje smeće sam se osjećala jer su strašno...strašno su bili užasni, neljubazni. Mislim ne znam, preporučila bi' radije možda eventualno da neko ako mora ići na abortus ne ide nikad u (ime bolnice), ne znam kak' je u drugim bolnicama, ali tamo je užasno. Mislim, nazvala me jedna i droljom jer je vjerojatno mislila da sam ja van braka napravila dijete pa da zato moram ići brzo da ne bi muž primijetio [...] To je doslovno zlostavljanje žene koja to nije zaslužila. (Petra, iskusila pobačaj sredinom 2010-ih)

Narativi pokazuju da se moralna osuda nerijetko manifestirati i fizičkim činom – grubim postupcima, nanošenjem dodatne boli ili ponižavajućim gestama koje nemaju medicinsko opravdanje. Takvi obrasci nadilaze razinu individualnih slučajeva te upućuju na ponavljajuće načine postupanja koje su sugovornice prepoznavale u različitim zdravstvenim ustanovama. To nas dovodi do jednog od važnih nalaza istraživanja – opstetričkog nasilja. Iako se koncept opstetričkog nasilja najčešće primjenjuje na iskustva žênâ tijekom poroda, nalazi upućuju da ga je potrebno promatrati i u kontekstu prekida trudnoće (usp. Tamayo Muñoz i sur., 2015) jer skrb u sferi reproduktivnog zdravlja uključuje specifične odnose moći povezane s tijelom žene, reprodukcijom i društvenim normama (usp. Sadler i sur., 2016). Pobačaj stoga nije samo medicinski postupak, nego i intimno iskustvo u kojem se mogu manifestirati rodno uvjetovani oblici kontrole. Opstetričko nasilje tako se ne može svesti na opći medicinski kontekst, jer ono zahvaća rodnu dimenziju moći: ono je oblik rodno uvjetovanog nasilja usmjerenog prema ženama u jednom od najosjetljivijih trenutaka njihova života (Sadler i sur., 2016). Analiza prethodno prikazanih narativa pokazuje da se opstetričko nasilje u iskustvima sugovornica ne manifestira kroz jedan izolirani oblik postupanja, nego kroz skup međusobno povezanih praksi koje narušavaju autonomiju žênâ tijekom ostvarivanja prava na prekid trudnoće. Ti obrasci uključuju stigmatizirajuću komunikaciju, kršenje povjerljivosti, moraliziranje ženine odluke, uskraćivanje ili nedostatno pružanje informacija, otežavanje pristupa postupku, nanošenje boli te verbalne i psihološke oblike pritiska poput optuživanja, osuđivanja, zastrašivanja i pokušaja manipulacije (usp. Tamayo Muñoz i sur., 2015).

> Tada to nisam tako doživjela, ali mislim, sad kad razmislim da sam ja tamo bila na stolu dok mi se radi kiretaža i gdje ja plačem i sada netko mi govori: a nisi plakala kad si to radila. Da, to bi mogao reći da je zlostavljanje. I isto me sestra nešto grubo stiskala i ne znam [...] Najgore je taj dio kad se nađeš u toj situaciji i sad k'o da te se sudi ili ne znam. Ne znam kako bih to uopće opisala. Znači to je kao nekakav medicinski zahvat koji je potpuno u redu. A tebi se tretira k'o da radiš ne znam što. A mislim sebi radiš uostalom, a ne nekome drugome. Mislim i svaka žena koja je donesu tu odluku, koja je samo po sebi nije lagana. Zašto da prolazi još kroz takav dodatni teror? (Ivana, iskusila pobačaj ranih 2000-ih)

Ivanin citat pokazuje da sugovornice ponižavajuće i omalovažavajuće postupanje često nisu odmah prepoznale kao oblik nasilja.

Tek s vremenskim odmakom, ali i povećanom javnom vidljivošću teme, reinterpretiraju vlastita iskustva kao zlostavljanje, te ih žele istaknuti usprkos kulturi šutnje u vlastitoj okolini. Taj nalaz upućuje na duboku normalizaciju određenih obrazaca ponašanja unutar reproduktivne zdravstvene skrbi te otvara mogućnost razumijevanja što je to normalizirano u kontekstu medicinske skrbi pri pobačaju, odnosno što se smatra uobičajenom praksom (Mills, 2011). Osim toga, ne pristaju žene na takvo ponašanje jer ga smatraju prihvatljivom, nego zbog nepostojanja stvarne alternative za ostvarivanje zakonski zajamčenog prava.

Istodobno, iskustva sugovornica i njihovi doživljaji medicinske skrbi nisu jednoznačno negativni. Sugovornice opisuju i susrete obilježene empatijom, profesionalnošću, jasnom komunikacijom i podrškom.

> Rekla bih da je bilo neutralno. Oni su to (pobačaj) odradili vjerujem nerado, ali odradili su. Ali moram reći da te medicinske sestre koje su me vozile i držale za ruku i brisale mi suze. To nije bio njihov posao i ne trebaju to raditi, ali je bilo nekako ljudski i neosuđujuće, pa eto u toj osjetljivoj situaciji mi je pomoglo. (Korana, pobačaj iskusila ranih 2010-ih)

Međutim, upravo su takva iskustva sugovornice najčešće objašnjavale kao pitanje sreće – „imala sam sreće", „pogodila sam dobru smjenu" ili zahvaljujući poznanstvima. Empatičan i profesionalan odnos tako se ne doživljava kao

očekivani standard javnozdravstvene skrbi, nego kao iznimka. To predstavlja jedan od ključnih nalaza istraživanja. Razlika između pozitivnih i negativnih iskustava ne proizlazi iz postojanja dvaju različitih modela medicinske skrbi, nego iz njihove neujednačene primjene unutar istoga sustava. Posljedično, neutralna, informirana i dostojanstvena skrb ne pojavljuje se kao zajamčeno pravo pacijentica, nego kao kontingentna mogućnost koja ovisi o medicinskom osoblju, ustanovi ili okolnostima. Upravo ta nepredvidivost skrbi proizvodi društvenu atmosferu nesigurnosti u kojoj žene nerijetko unaprijed očekuju (čitaj: normalizirano im je) mogućnost osude, nepoštovanja prilikom ostvarivanja zakonskog prava na prekid trudnoće zbog čega već na samom početku osjećaju strah. Iako se Zakonom o zaštiti prava pacijenata (2004) jamči opće jednako pravo na kvalitetnu i kontinuiranu zdravstvenu zaštitu za svaku osobu, sukladno općeprihvaćenim stručnim standardima i etičkim načelima, uz uvažavanje osobnih stavova pacijenata, iskustva sugovornica nerijetko upućuju na suprotno. Stoga iskustva ženâ ukazuju kako standard medicinske skrbi u smislu neutralnog, uvažavajućeg, profesionalnog i informiranog odnosa nije nužno zajamčen, nego je kontekstualan, ovisi o okolnostima i ostaje nepredvidivo.

Reproduktivna autonomija i dostojanstvena skrb

Između prava i prakse: vizije dostojanstvene reproduktivne skrbi

Dosadašnji nalazi upućuju na niz prepreka koji ukazuju na prešutne restrikcije i oblike tereta, tj. prakse kojima se kroz administrativna i proceduralna „opterećenja" otežava pristup pravima na reproduktivnu slobodu i usluzi prekida trudnoće (usp. Dobrotić i Gergorić, u ovoj knjizi). Na pitanje o željenoj javnozdravstvenoj usluzi, sugovornice su artikulirale zahtjev za sustavom koji osigurava reproduktivnu autonomiju kroz transparentnu i dostupnu medicinsku skrb. Ističu potrebu za dostupnim informacijama bez prepreka, bilo na internetskim stranicama bolnica, bilo u ginekološkim ordinacijama kroz letke, brošure ili informativne plakate. Smatraju da bi to bio prvi korak prema sigurnijem i transparentnijem sustavu, u kojem žene ne moraju tražiti informacije u neizvjesnosti ili šutnji, te koji će ubrzati sam proces.

Naposljetku, naglašavaju potrebu za profesionalnim, vrijednosno neutralnim i humaniziranim pristupom, u kojem se pobačaj tretira kao standardna zdravstvena usluga, bez moralizacije i stigmatizacije.

> To bi bio postupak kao i svaki drugi medicinski postupak. Znači, doslovno kao da dođeš kod zubara i ja to imam karijes ili imam tu nekakav zub koji želim izvaditi i oni mi kažu: da, da, evo izvolite, mi smo tu stručni za to i izvadit ćemo vam zubi i to je to. Znači da se to tretira k'o svaki drugi medicinski postupak. To bi bilo idealno ili možda plus i da ovoga ako vide da je djevojci, ženi teško da ipak ne znam, ju prime za ruku, da budu tu uz nju, da ona osjeti da nije sama i da što god da je odlučila da je to OK i da nije osuđivana radi toga. Znači, da je u početku neutralna atmosfera, ali ako se pokaže da se osoba muči, da joj je teško, da joj se nekako pruži ona neka podrška, empatija, suosjećanje. (Ivana, pobačaj iskusila ranih 2000-ih)

Kad govore o zakonskom i medicinskom pravu na pobačaj, sugovornice ga ne doživljavaju samo kao apstraktno pravo, nego kao nešto što je ključno za njihov identitet, način na koji žele biti tretirane unutar društva i sustava. Kako to objašnjava Ivana: „To je normalni medicinski zahvat, a tebe se tretira k'o da radiš, ne znam što, a mislim sebi radiš, sama sebi jer se tiče tebe". U svojim objašnjenjima žene često prekid trudnoće opisuju kao uobičajeni medicinski postupak, stavljajući ga u istu kategoriju s drugim zahvatima, poput na primjer posjeta zubaru. Ta usporedba nije slučajna: njome pokušavaju vratiti normalnost iskustvu koje se u društvu često izdvaja i opterećuje moralnim značenjima i osudom. Kako navode sugovornice – dok je, primjerice, liječenje zuba shvaćeno kao neutralan, svakodnevan medicinski čin, pobačaj se u diskursu često tretira drukčije – kroz obrasce moraliziranja i stigmu. Upravo zato te usporedbe nisu pokušaj umanjivanja ozbiljnosti postupka, nego način da se pokaže kako isti medicinski sustav različite zahvate može tretirati na posve različite načine: jedan kao rutinski i neutralan, a drugi kao nešto što se preispituje, moralno vrednuje i nadzire. Zašto se ne moralizira i ne vrednuje nešto drugo? Nego upravo reproduktivno zdravlje žena̋. Time ponovno otvaram prostor za objašnjenje da javnozdravstveni sustav nije samo skup znanstvenih i tehničkih pravila, nego i prostor oblikovan društvenim vrijednostima i kulturnim obrascima. U takvom okviru, on se može razumjeti kao mehanizam gdje se ženska tijela i odluke dodatno nadziru i discipliniraju, osobito kad se reproduktivno

zdravlje ne promatra samo kao medicinsko pitanje. Pobačaj se tada pomiče iz sfere medicinske skrbi u sferu društvene kontrole, gdje se ne tretira isključivo kao medicinska usluga, nego i kao društveno pitanje. Na prepoznavanje toga kao problema ukazuje izjava jedne sugovornice koja ističe da je pobačaj „sastavni dio zdravlja ženâ" te da se žene, zbog određene medicinske skrbi obilježene prizivom savjesti, moralizacijom, naplatom i različitim oblicima nasilja, nerijetko osjećaju kao „zarobljenice vlastite reprodukcije" i vlastita zdravlja. Naplatu usluge prekida trudnoće u javnozdravstvenom sustavu žene nerijetko doživljavaju kao oblik kazne, što im dodatno otežava put do kvalitetne zdravstvene skrbi.

Izvan binarnih podjela: sigurnost odluke i složenost iskustva

Za kraj, treba istaknuti da sugovornice nisu požalile svoju odluku te su svjesno i bez unutarnje dileme odlučile prekinuti trudnoću. U prepričavanju svog iskustva, žene se vraćaju na trenutak odluke kao na nešto čvrsto, gotovo nepokolebljivo. Na pitanje istraživačice da opišu svoje iskustvo pobačaja u tri riječi, opisi sugovornica najčešće su obuhvaćali nesigurnost, neizvjesnost zbog institucionalnih prepreka i društvene stigme, no odlučnost u pogledu vlastite odluke.

> Pa rekla bih nesigurnost, bol i rekla bih odlučnost. Nije to nekako da ti je lako napraviti, ali si odlučna u tome da ćeš napraviti zato što znaš da to ne želiš i znaš da je taj osjećaj stvar vanjske okoline koji su imali utjecaj na tebe. (Monika, iskusila pobačaj sredinom 2010-ih)

Sugovornicama je bitno da žive u državi u kojoj imaju pravo na izbor. Pritom to pravo ne shvaćaju olako, naglašavajući kako njihova odluka ne znači da jednog dana neće biti majke.

> I jednostavno sam odlučila da ću pobacit, ne isključujući mogućnost da ću jednog dana imat dijete ili da to neću htjeti nikad više. Ali nisam imala tu u oko svoje blizini nekakav *support*. Roditeljsku, tipa tati nisam rekla, mami sam rekla, mama je bila užasno razočarana [...] jer u biti u tom trenutku zapravo nitko te ne može odgovoriti od te odluke. (Monika, iskusila pobačaj sredinom 2010-ih)

U njihovim se opisima posebno ističe faktor podrške okoline, te njihove reakcije, što analizom dodatno ukazuje na društvenu atmosferu. S jedne je strane teret stigme i etikete nepoželjnog čina, a s druge podržavajuću okolinu i razumijevanje. Iako sigurne u vlastitu odluku, žene pomno biraju s kime će podijeliti svoje iskustvo. Neovisno o podršci, kroz sve se narative provlači ista slika: odluka je jasna i stabilna, ali proces kroz koji se prolazi nosi emocionalnu i tjelesnu težinu. Na to se nadovezuje i širi društveni okvir, u kojem su mnoge žene odrasle, u kojem su pobačaj, majčinstvo i trudnoća često opterećeni različitim vrijednosnim značenjima. Ta se socijalizacija ne briše, nego ostaje kao pozadina iskustva, iako ne mijenja samu odluku. Njihova tijela i emocije reagiraju različito. Emocija i sigurnost tako postoje paralelno – jedno ne poništava drugo, što je prikazano u citatu sugovornice koja je odrasla u religioznoj obitelji, no u trenutku provođenja istraživanja nije imala majčinski poriv.

> I samo su mi suze počele teći. Dobro, ja sam i kao vjernica bila prije. Vjerojatno i taj nekakav aspekt mene, kao da ja ipak, ne kao da radim ubojstvu, ali jednostavno nije mi bilo lako. Jedino to što sam ja bila 100% sigurna u svoju odluku. Znači, ja nisam bila u dilemi. (Ivana, pobačaj iskusila ranih 2000-ih)

Na kraju, ključno za ovo poglavlje jest razbijanje binarne logike u kojoj se žene često prikazuju kao „za" ili „protiv" majčinstva, kao i binarne podjele na negativnu i pozitivnu medicinsku skrb. Odluka o pobačaju situacijska je i kontekstualna unutar subjektivnog horizonta žene, u kojem je istodobno oblikovana i medicinskim tretmanom koji se pokazuje kontingentan u kvalitetnoj i jednakoj zdravstvenoj zaštiti.

Zaključak

Analiza iskustava pobačaja ženâ pokazuje da se hrvatsko društvo po pitanju pobačaja ne može opisati jednoznačno kao liberalno ili konzervativno, nego je obilježeno ambivalentnošću koja se reproducira na razini institucija i svakodnevice. Društvenom klimom u Hrvatskoj cirkuliraju „za život" i „za izbor" vrijednosne struje polemizirajući temu pobačaja unutar društva. U hrvatskom društvu tako koegzistiraju diskursi reproduktivnih prava i moralne osude, dok

iskustva ženâ pokazuju da se upravo na razini javnozdravstvenog sustava ti vrijednosni obrasci prelamaju. Međutim, polarizirana javna rasprava zamagljuje pitanje kvalitete medicinske skrbi za žene zbog čega ova knjiga postavlja pitanje: „u čije ime".

Jedan je od temeljnih doprinosa istraživanja uvid kako pitanje pobačaja u Hrvatskoj nije moguće svesti na njegovu zakonsku dopuštenost. Premda je pravo na prekid trudnoće formalno zajamčeno, iskustva sugovornica pokazuju da ostvarivanje toga prava ovisi o nizu okolnosti koje nadilaze pravni okvir: dostupnosti liječnika, prizivu savjesti, financijskoj priuštivosti, informacijama, ustanovi u kojoj se zahvat obavlja te, ponajviše, odnosu medicinskog osoblja prema pacijenticama. Time se otvara ključna razlika između formalnog postojanja prava i njegove stvarne ostvarivosti kojeg kao problem naznačuju i Milić i Petričušić u ovoj knjizi. Posljedica fragmentiranog i često netransparentnog sustava jest prebacivanje odgovornosti s institucija na žene, koje samostalno traže informacije, pronalaze ustanove u kojima je zahvat dostupan te razvijaju neformalne mreže kako bi ostvarile zakonsko pravo i uslugu pobačaja sebi učinile dostupnom. U toj se diskrepanciji između normativnog i iskustvenog otkriva jedan od paradoksa hrvatskog društva. Liberalizacija na razini zakona koegzistira s različitim oblicima restrikcije u praksi. Iz foucaultovske perspektive moći i upravljalaštva, priziv savjesti, neujednačeni standardi skrbi, netransparentnost sustava i moralizirajuće institucionalne prakse mogu se razumjeti kao mehanizmi koji reproduktivne odluke ženâ ne zabranjuju izravno, nego ih reguliraju posredno – otežavanjem pristupa, proizvodnjom nesigurnosti i normalizacijom moralne prosudbe.

Posebno važan nalaz istraživanja jest da sugovornice vlastito iskustvo prekida trudnoće gotovo ne definiraju kao medicinski zahvat. U njihovu sjećanju ne ostaju medicinske procedure, nego način na koji su bile tretirane. Time se pokazuje da kvaliteta medicinske skrbi nije određena isključivo stručnom izvedbom zahvata, nego komunikacijom, priznavanjem autonomije pacijentice i poštivanjem njezina dostojanstva. Istodobno, iskustva verbalnog, emocionalnog i fizičkog nasilja upućuju na to da javnozdravstveni sustav nije uvijek vrijednosno neutralan prostor. U interakcijama s medicinskim osobljem mogu se prepoznati obrasci kroz koje se reproduciraju dominantna društvena značenja o majčinstvu, reproduktivnoj ulozi žene i moralnoj legitimnosti prekida trudnoće. Stoga sugovornice ne opisuju zahvat pobačaja kao svoje središnje

traumatsko iskustvo, nego institucionalne prepreke, netransparentnost, moraliziranje, neujednačenu skrb i različite oblike nepoštovanja i nasilja kojima su bile izložene. Možda najupečatljiviji nalaz istraživanja proizlazi iz načina na koji sugovornice govore o pozitivnim iskustvima. Empatiju, profesionalnost i dostojanstven odnos ne opisuju kao standard skrbi na koji imaju pravo, nego kao pitanje sreće – „dobre smjene", pojedinog liječnika ili medicinske sestre. Takva kontingentnost medicinske skrbi svjedoči o nepredvidivosti koja pojačava osjećaj ranjivosti žena unutar sustava. Unatoč tome, narativi sugovornica ukazuju na sigurnost u donošenju odluke, ali i na svjesnost društvenog konteksta u kojem ta odluka postoji. Upravo ta koegzistencija dodatno upućuje na kompleksnost reproduktivnog iskustva. Medicinska skrb u tom kontekstu nije standard i nije za sve jednaka, zbog čega se žene nerijetko osjećaju kao zarobljenice vlastite reprodukcije unutar sustava koji ih formalno štiti, a stvarno prepušta nizu prepreka.

Zaključno, hrvatsko društvo po pitanju pobačaja karakterizira ambivalentna društvena atmosfera u kojoj istodobno koegzistiraju podrška i osuda, legalnost i otežana dostupnost, empatija i nasilje, vidljivost i šutnja. Ta ambivalentnost nije slučajna, već je rezultat dugotrajnog preklapanja različitih društvenih, kulturnih i političkih formacija. Ta ambivalentnost – u kojoj legalnost koegzistira s nedostupnošću, a skrb s nasiljem – može biti pokazatelj šireg strukturnog problema hrvatskog društva te karakteristika hrvatskog javnozdravstvenog sustava. Pobačaj se u tom kontekstu pojavljuje kao ključna točka na kojoj se prelamaju šire društvene napetosti, čineći ga ne samo medicinskim, nego i društvenim i političkim pitanjem koje naposljetku ima posljedica na živote žena. Polazeći od pitanja tko govori „u ime" žena, istraživanje otvara pitanje zašto se žene koje su prošle pobačaj tako rijetko pita što su doživjele, što im je bilo potrebno i kako bi javnozdravstveni sustav trebao izgledati kako bi ih tretirao kao ravnopravne pacijentice i građanke. Upravo zato ovo poglavlje ne prikazuje samo iskustva žena koje su prošle prekid trudnoće, nego pokazuje i to da se pitanje pobačaja ne odnosi isključivo na reproduktivna prava, nego i ravnopravnost žena kao građanki.

Literatura

Baum, S.E., White K., Hopkins K., Potter J.E. i Grossman, D. (2016). „Women's experience obtaining abortion care in Texas after implementation of restrictive abortion laws: A qualitative study. *PLoS ONE*, 11(10). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0165048

Berlant, L. (1997). *The queen of America goes to Washington City: Essays on sex and citizenship.* Duke University Press.

Brown, W. (2019). *In the ruins of neoliberalism: The rise of anti democratic politics in the West.* The Wellek Library Lectures

Dobrotić, I. i Gergorić, M. (2026). Razvoj reproduktivnih prava u Hrvatskoj: između formalne stabilnosti i rastućih nejednakosti u pristupu pobačaju i kontracepciji. U T. Vučković Juroš i M. Gergorić (ur.), *U čije ime? O pobačaju u hrvatskom društvu* (str. 88-121). FF Press.

Foucault, M. (1972). *The archaeology of knowledge and the discourse on language.* Pantheon Books.

Foucault, M. (1978). *The history of sexuality, volume 1: An introduction*. Pantheon Books.

Foucault, M. (1980). Body/power. U C. Gordon (ur.), *Power/knowledge: Selected interviews and other writings 1972–1977* (str. 55–63). Pantheon Books.

Galić, B. (2006). Stigma ili poštovanje? Reproduktivni status žena u Hrvatskoj i šire. *Revija za sociologiju*, *37*(3-4): 149-164.

Hrabre sestre. (n.d.). *Pobačaj u Hrvatskoj.* https://hrabra.com/popis-bolnica/

Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. University of California Press.

Lief Palley, M. i Palley A., H. (2014). *The politics of women's health care in the United States*. Palgrave Macmillan.

Milić, P. i Petričušić, A. (2026). Pravna analiza prekida trudnoće u Republici Hrvatskoj. U T. Vučković Juroš i M. Gergorić (ur.), *U čije ime? O pobačaju u hrvatskom društvu* (str. 60-86). FF Press.

Mills, C. (2011). *Futures of reproduction: Bioethics and biopolitics.* Springer Dordrecht Heidelberg.

Rose, N., O'Malley P. i Valverde, M. (2006). Governmentality. *Annual Review of Law and Social Science, 2*: 83-104. https://doi.org/10.1146/annurev.lawsocsci.2.081805.105900

Tamayo Muñoz, J., Restrepo Moreno, C. M., Gil, L. i González Vélez, A. C. (2015). *Obstetric violence and abortion: Contributions to the debate in Colombia.* Grupo Médico por el Derecho a Decidir – Colombia.

Sadler, M. i sur. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: Addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters, 24*(47): 47–55. https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002

Zakon o zdravstvenim mjerama za ostvarivanje prava na slobodno odlučivanje o rađanju djece (1978). *Narodne novine* 18/78, 88/09.

Zakon o liječništvu (2003). *Narodne novine* 121/03.

Zakon o zaštiti prava pacijenata (2004). *Narodne novine* 169/04.

Vuletić, N. Ivandić, J., Smajla, N., Klarić, M. i Halle, H. (2020). Medikamentozni prekid neželjene trudnoće. *Liječnički vjesnik*, *142*(7–8), 222–229. https://doi.org/10.26800/LV-142-7-8-37