

Pobačaj — činjenice i posljedice

Robert PERINČIĆ

»Dijete počinje život kao zigota nastala spajanjem dviju gameta, spermija od oca i jajne stanice od majke. Jezgra zigote, formirana sjedinjenjem jezgara spermija i jajne stanice, sadrži genski program koji će u interakciji s okolinom upravljati budućim razvitkom djeteta, koje se u različitim fazama života različito naziva — embrij, fetus, dijete, adolescent, zreli čovjek, starac.«

John A. Davis i John Dobbing,
Scientific foundations of pediatrics,
William Heinemann, Medical Books Ltd.,
London 1974.

Složenost problematike koju nosi pobačaj prevelika je a da bi bio moguć detaljniji prikaz svih važnijih činitelja.

U uvodu će biti prikazani neki noviji demografski pokazatelji, važnije pravne uredbe te medicinski i etički vidici umjetnog pobačaja. Isto su tako nužni i neki bitni podaci iz embrionalnog i fetalnog razvoja.

U cijelom radu govorit će se o legalnom prekidu trudnoće u prvom tromjesečju.

Definicija: *Abortus legalis et lege artis* je prekidanje trudnoće zbog indikacije priznate zakonom, izvršeno suvremenim ginekolojskim metodama.

POPULACIJSKA DINAMIKA U SVIJETU I KOD NAS

Inducirani pobačaj; današnje stanje u svijetu

U posljednjih petnaest godina pobačaj se legalizira u većini zemalja, dok u najnovije vrijeme neke od njih ponovo uvode restriktivne zakone (Mađarska, Bugarska, Rumunjska) radi povećanja prirodnog priraštaja. Podaci o pobačajima u svijetu oskudni su, a često nisu dovoljno pouzdani.

Svake godine učini se više od 33 milijuna legalnih pobačaja. Računa se da je ukupni broj pobačaja (legalnih i ilegalnih) 40-60 milijuna godišnje.¹

Tablica 1. Broj legalnih pobačaja i stope legalnih pobačaja na 1 000 žena u fertilnoj dobi od 15 do 44 godine. Zemlje su poredane prema visini stope legalnih pobačaja.

Zemlja	Broj legalnih pobačaja	Broj legalnih pobačaja na 1 000 žena
SSSR (1982)	11 000 000	181,0
Rumunjska (1983)	421 400	90,9
Jugoslavija (1984)	358 300	70,5
Bugarska (1984)	113 500	61,9
Kina (1983)	14 371 800	61,5
Kuba (1984)	139 600	58,6

Izvor: Tablica je pripremljena prema podacima iz članka: Stanley K. Kenshaw, »Induced abortion: A world wide perspective«, *Fam. Plann. Perspect.* 1(1987), XIII, str. 14.

Društvena stajališta o planiranju obitelji u nas

Tek u novije vrijeme planiranje obitelji biva organiziranije. Cilj populacijske politike jest utjecanje na smjer i intenzitet reprodukcije stanovništva.

U dugogodišnjem procesu liberalizacije pobačaja u Jugoslaviji najznačajniji su ovi dokumenti:

– Opći zakon o prekidu trudnoće (1969)², kojim se priznaju i osobni motivi žene kao indikacija za pobačaj i istodobno se naglašava važnost prosvjećivanja i preventivnog djelovanja.

– Rezolucija o planiranju porodice (1969)³, koja govori o pravu roditelja da sami određuju broj djece i razmak između porođaja kao o jednom od osnovnih ljudskih prava i dužnosti. Pobačaj se opisuje kao »primitivan«, »štetan za zdravlje« i »opasan za život« i zato se naglašava važnost odgoja i izobrazbe, zdravstvenog prosvjećivanja i savjetovanja.

– Ustav SFRJ (1974)⁴, u kojem je za planiranje obitelji najvažniji član 191: »Pravo je čovjeka da slobodno odlučuje o rađanju djece. To se pravo može ograničiti samo radi zaštite zdravlja.«

Iste odredbe ugrađuju se u ustave svih republika i pokrajina. U Hrvatskoj to je učinjeno 1978. godine donošenjem Zakona o zdravstvenim mjerama za ostvarivanje prava na slobodno odlučivanje o rađanju djece.⁵

Kretanje inducirano pobačaja u SR Hrvatskoj

– neki demografski pokazatelji

Unatoč postojanju i promicanju raznih metoda kontracepcije, pobačaj ostaje vrlo čest način kontrole rađanja.^{6, 7, 8}

Zbog lakog ostvarivanja prava na pobačaj parovi se sve lakše odlučuju na legalni prekid trudnoće.

Neodgovorno ponašanje, uz slabu obaviještenost i liberalne zakone plodno su tlo za porast broja prvih i narednih pobačaja.

Tablica 2. Broj živorođenih prema broju legalnih pobačaja i broj legalnih pobačaja na 100 živorođenih u SR Hrvatskoj

Godina	Broj živorođenih	Broj legalnih pobačaja	Broj legalnih pobačaja na 100 živorođenih
1975.	67 016	39 895	58,49
1976.	67 054	40 254	60,03
1977.	66 952	43 294	64,66
1978.*	68 704	41 633	60,56
1979.	69 229	44 567	64,37
1980.	68 220	47 827	70,11
1981.	67 455	51 975	77,05
1982.	66 737	51 534	77,22
1983.	65 598	47 996	73,16
1984.	64 909	48 775	75,14
1985.	63 665	51 549	80,97
1986.	60 694	50 058	82,48

Izvor: Podaci Republičkog zavoda za statistiku, Zagreb, o rođenjima (1975-1986); Republički zavod za zaštitu zdravlja, Zagreb, prijave fetalnih smrti (1975-1986)

Tablica 3. Stope prirodnog kretanja stanovništva na 1 000 stanovnika u SR Hrvatskoj

Godina	Živorodeni	Umrli	Prirodni prirast
1975.	14,9	10,1	4,8
1976.	14,9	10,0	4,9
1977.	15,0	10,0	5,0
1978.	15,1	10,7	4,4
1979.	15,2	10,6	4,6
1980.	14,9	10,9	4,0
1981.	14,7	11,2	3,5
1982.	14,5	11,0	3,5
1983.	14,2	11,9	2,3
1984.	14,0	11,7	2,3
1985.	13,5	11,2	2,3
1986.	13,0	11,1	1,9

Izvor: Podaci Republičkog zavoda za statistiku

* Godina stupanja na snagu novog zakona.

Omjer broja pobačaja i broja živorođenih te prirodni prirast podaci su koji najviše govore i najviše zabrinjavaju. Imajmo u vidu da na smjer i intenzitet prirodnog prirasta stanovništva posredno i neposredno djeluju i drugi činitelji: ekonomijski, socijalni, odgojno-obrazovni itd. Depopulacijska tendencija sve je jasnija. »U našim sadašnjim uvjetima stopa ukupnog fertiliteta trebalo bi da iznosi 2,15 do 2,18 da prosto obnavljanje stanovništva bude obezbijedeno.«⁹

POSLJEDICE INDUCIRANOG POBAČAJA NA ZDRAVLJE I ŽIVOT POJEDINCA

Posljedice pobačaja na zdravlje i život treba promatrati s dviju vidika: zdravlje žene i život nerođena djeteta.

Broj i težina posljedica ovise o tjednu trudnoće, dobi trudnice, načinu izvedbe pobačaja, iskustvu operatera, njegovu zamoru i dr.

Posljedice pobačaja na zdravlje žene

Zahvaljujući brojnim istraživanjima mnogo se zna o morbiditetu i smrtnosti nakon pobačaja, međutim, rezultati istraživanja često su znatno različiti, pa i suprotni.

Moguće komplikacije legalnog pobačaja¹⁰:

1. Rane komplikacije

- a) za vrijeme zahvata:
 - ozljede cerviksa
 - perforacija uterusa
 - jaka krvarenja
 - ostaci placente;
- b) neposredno nakon zahvata:
 - endometritis
 - salpingitis
 - pelvioperitonitis
 - peritonitis
 - parametritis
 - sepsa
 - tromboembolija.

2. Kasne komplikacije

- a) subjektivne smetnje ili smetnje nađene pri pregledu:
 - sterilitet
 - adneksalni procesi
 - parametritis
 - menoragije
 - metroragije
 - psihoseksualne smetnje;

- b) latentne smetnje (u ponovnoj trudnoći, pri porođaju):
- ožiljci, stenozе cerviksa
 - spontani pobačaj
 - raniji porod
 - placenta praevia
 - produljeni porođaj
 - smetnje trećeg porođajnog doba
 - atonija uterusa
 - izoimunizacija (fetomateralna transfuzija)
 - oštećenja djeteta (insuficijencija placente)
 - povišeni perinatalni mortalitet.

Rezultati nekih istraživanja o pojedinim posljedicama pobačaja na zdravlje žene

Perforacija uterusa	0,13% ¹¹
Infekcija neposredno nakon zahvata	0,24-7,20% ¹²
	5,5% (16-23 g.) ¹³
Sterilitet	10-15% ¹⁴
	»Rizik kod žena koje su imale abortus, u odnosu na žene bez abortusa, je 3-4 puta veći.« ¹⁵

Rizik od spontanog pobačaja u žena čija je prethodna trudnoća prekinuta umjetnim pobačajem u odnosu na žene čije su prethodne trudnoće završili porodom, prema radovima:

- a) radovi koji pokazuju znatnu povezanost:
 - rizik je 10 puta veći¹⁶
 - rizik je 2-3 puta veći¹⁷;
- b) povezanost je znatna, ali nakon bar dva pobačaja:
 - 2-3 puta veći rizik¹⁸;
- c) nema znatnije povezanosti^{19, 20};
- d) rizik ovisi o mjestu gdje je istraživanje rađeno²¹:
 - u dvije skupine gradova – znatna povezanost
 - u jednoj skupini gradova – nema povezanosti;
- e) rizik je smanjen nakon legalizacije pobačaja s 3,27% na 1,4%²².

Povezanost prijevremenog poroda i prethodne trudnoće prekinute artificijelnim pobačajem:

- značajna^{17, 21}
- nije značajna²⁰

Rizik od placente previje nakon induciranog pobačaja je 7-10 puta veći nego kod žene bez pobačaja.²³

Psihicke posljedice pobačaja

Ovisno o istraživanju (metodi, populaciji, tumačenju podataka), 7-43 posto žena očituje psihicke poremećaje rano nakon pobačaja, a 0-26 posto (prosječno 10%) žena ima dugoročne psihicke posljedice. Izvor tih podataka je rad koji je uspoređivao 20 drugih istraživanja o psihickim posljedicama.²⁴

1. Rane posljedice²⁵

- | | |
|--|-----|
| a) na razini ličnosti: | |
| – osjećaj krivnje | 55% |
| – osjećaj žaljenja | 8% |
| – poremećaj spavanja; | 44% |
| b) na razini odnosa s partnerom: | |
| – nepromijenjen odnos | 46% |
| – poboljšan odnos | 34% |
| – pogoršan odnos | 20% |
| – isti partner nakon pobačaja | 70% |
| – sada je bez partnera | 20% |
| – uspostavljena je nova »veza«; | 5% |
| c) na razini društvenog života, profesije: | |
| – bez promjene | 70% |
| – poboljšanje | 15% |
| – pogoršanje. | 15% |

Dio žena doživljava pobačaj kao rasterećenje, olakšanje, i to je vjerojatno razlog boljeg društvenog života, boljeg odnosa prema poslu. Poboljšanje odnosa s partnerom u nekih žena povezan je s intenzivnijim zajedništvom, komunikacijom za vrijeme donošenja odluke i nakon pobačaja.

2. Dugoročne posljedice²⁶

- shizofrene reakcije
- akutne psihotičke reakcije
- afektivna psihoza (depresija)
- neurotske reakcije
- vrlo rijetko i samoubojstvo.²⁷

Smatra se da su predisponirajući činitelji za razvoj psihickih posljedica²⁴:

- prijašnje psihicke bolesti
- ambivalentni stav prema pobačaju
- prisiljavanje na pobačaj (partner, obitelj, liječnik)
- suprotni stav i nepodržavanje od obitelji.

Posljedice pobačaja na nerođeno dijete

»Druga medicinska zabluda koju su suvremni opstetričari napustili jest ideja da se trudnica može tretirati kao jedan pacijent. Nijedan problem zdravlja ili bolesti više se ne može razmatrati izolirano. Bar dvoje ljudi je uključeno, majka i njezino dijete« (A.W. Liley).²⁸

Osnovna i uvijek očita posljedica pobačaja jest prekidanje života embrija ili fetusa, bez obzira da li je izvršeno u 6, 12, 20. ili 28. tjednu. Ta nezanemariva činjenica stalno se zanemaruje.

NEKI PODACI O EMBRIONALNOM I FETALNOM RAZVOJU

Zigota, embrij, fetus, novorođenče, dojenče, dijete, adolescent, zreli čovjek, starac — sve su to nazivi za različite faze u životu čovjeka.

Kroz svaku fazu uvijek se provlači isti JA.

Nitko ne može reći da je jednom bio spermij oca ili jajna stanica majke, ali svatko može reći da je jednom bio oplodena jajna stanica.

Život je počeo pradavno, život jedinke počeo je od začeca. Život je cjelina, čovjek je in-dividuum, nedjeljiv, zato je svaka podjela samo uvjetna, a podjela na više ili manje vrijedne faze života potpuno je neispravna i diskriminirajuća.

To je potrebno imati u vidu i kad se govori npr. o pokretu: on je programiran kod začeca, javlja se s oko 5-6 tjedana, a usavršava se još dugo (u toku života) nakon poroda. Ili npr. kad se govori o razvitku kore mozga: programiran je pri začecu, razvitak osnove korteksa počinje u 3. tjednu, a usavršava se još dugo nakon poroda. Tako je i s drugim sustavima.

Pokret

- | | |
|--------------|--|
| 5,5 tjedana | — prvo okretanje glave ²⁹ |
| 6 tjedana | — prvi pokreti tijela, prvi refleksi ³⁰ |
| 7 tjedana | — aktivno pokretanje ³¹ |
| 7-8 tjedana | — pokreti »plivanja« ³² |
| 8-9 tjedana | — pokreti »odskakivanja« ³² |
| 8 tjedana | — generalizirana reakcija na stimulaciju ²⁹ |
| 16-21 tjedan | — majka osjeća pokrete djeteta |

Razvitak korteksa mozga, s posebnim osvrtom na neokorteks, koji je moguće i elektrofiziološki ispitivati

Neki podaci o razvitku korteksa mozga³³:

- 3 tjedna — razvitak telencefalona istodobno je i početak diferencijacije korteksa;
- 6-7 tjedana — zadebljanje dijelova telencefalona kao posljedica različite histogenetske aktivnosti
 - prvi veliki relativno dobro diferencirani neuroni
 - prema Marin-Padilli (1970), palij već sadrži aferentna vlakna;
- 8 tjedan (51. dan) — migriranjem neurona stvara se posebni sloj tijesno zbijenih stanica — kortikalna ploča, prema kojoj se korteks bitno razlikuje od ostalih dijelova mozga, i po kojoj kortikalna osnova dobiva laminarni izgled;
- 9 tjedana — prve sinapse;
- 10-11 tjedana — primarna kondenzacija kortikalne ploče;
- 13-15 tjedana — period intenzivne sinaptogeneze;
- 16 tjedana — postoje sinapse u svim senzoričkim i motoričkim područjima moždane kore.

Neki podaci o elektrofiziološkim ispitivanjima:

- 6-7 tjedana — EEG-zapis zabilježen u više radova^{34,35,36},
- 7-17 tjedana — promjene EEG-a kao odgovor na stimulaciju lijekovima, nedostatak kisika³⁷,
- 16 tjedana — ultrazvučno uočeni spori pokreti očiju³⁸,
- 23 tjedna — ultrazvučno uočeni brzi pokreti očiju (REM)³⁸.

Razvitak kardiovaskularnog sustava:

- 20. dan — dobro diferencirani eritrociti³⁹,
- 24. dan — iregularne pulzacije primitivnog srca⁴⁰,
- 30. dan — ritmičke kontrakcije⁴⁰,
- 45. dan — EKG zapis⁴¹.

Još neki podaci:

- 8,5 tjedana — osjetljivost kože lica, dlanova na dodir²⁹,
- 9 tjedana — na lagani udarac po dlanu prsti se skupljaju u malu šaku⁴⁰,
- 11 tjedana — gutanje plodove vode, doticanje vlastitog tijela rukama i nogama, stavljanje prsta u usta i sisanje³¹.

Mislim da svi navedeni podaci potvrđuju spomenutu činjenicu da je osnovna i uvijek prisutna posljedica pobačaja prekidanje života embrija ili fetusa.

NEKI ETIČKI ASPEKTI INDUCIRANOG POBAČAJA

Temeljno pitanje na koje treba odgovoriti jest: da li je prekid života embrija ili fetusa homocid?

Svi oni koji prihvaćaju stajalište da život počinje od začeca i da ga od začeca treba i apsolutno poštivati, nemaju dvojbe u rješavanju tog pitanja.

Svi oni koji prihvaćaju da život koji treba apsolutno poštivati počinje u nekom drugom vremenu u toku razvitka, imaju mnogo daljnjih pitanja i dvojbi, na koje trebaju odgovoriti.

Prvo sljedeće pitanje jest: gdje je ta »crvena linija« do koje imamo pravo bez moralne odgovornosti prekidati život? Je li to prvi pokret, znakovi moždane aktivnosti (EEG), osjećaj boli i patnje, ljudski izgled, sposobnost preživljavanja izvan tijela majke (engl. viability), svijest o postojanju.

Kad se razmatra svako od tih pitanja, ponovno se nailazi na nove probleme. Sve osobine i sposobnosti embrija, fetusa, čovjeka određene su činom oplodnje, javljaju se u određeno vrijeme, a usavršavaju se u toku života. Naravno, pritome su važni i činitelji iz okoline. Valja nam uvažiti i ova pitanja:

- kada je pokret »pravi pokret«
- kada je EEG »pravi EEG«? (isto vrijedi i za EKG)
- kada je uz osjet boli vezana i patnja
- što je to »prava« svijest o postojanju?

Problem se toliko iskomplicirao da je sve češće mišljenje da se na to pitanje — pitanje o početku života — ne može, pa čak i ne treba odgovoriti.⁴² Međutim, u praksi pobačaja postupa se kao da je odgovor poznat i jasn. Štetne posljedice takvog ponašanja zaista su neprocjenjive.

Potrebno je razmotriti pojam preživljavanja (engl. viability), tj. stupanj fetalnog razvoja u kojem je fetus sposoban da preživi izvan majčine materice uz umjetnu pomoć. Važan je jer se prema njemu ravnaju pravne odredbe. To preživljavanje fetusa određeno je dvama parametrima: tjednom trudnoćom (28 tjedana) i težinom fetusa (1 000 grama). Oba parametra su vrlo varijabilna a da bi se koristili za tako važne odluke.

S vremenom (razvitkom medicinskog znanja i tehnike) tjedan preživljavanja sve se više snizuje. Tako jedno istraživanje pokazuje da se od 1966. do 1982. godine tjedan preživljavanja »spustio« s 28 na 24 tjedna.⁴³

Slično je i s drugim parametrom. Na Sveučilištu u Pennsylvaniji postotak preživjele djece s težinom između 750 i 1 000 grama u razdoblju od 1944. do 1977. godine bio je 45,5 posto.⁴⁴ Na Sveučilištu u Tennesseeju u razdoblju od 1978. do 1981. godine postotak preživjele djece s težinom 750-1000 grama iznosio je 69 posto.⁴⁵

Rasprave o pobačaju sve više postaju poprište osobnih borbi, a ne kritičkog razmatranja znanstvenih argumenata i činjenica.

Često stil života i različite okolnosti i određuju kakav će netko stav zauzeti o »vrijednosti« embrija.

Tako prema jednoj studiji, žene koje teže uspjehu u profesiji, karijeri »zbog postizanja ravnoteže« između obiteljskog i profesionalnog života češće odabiru liberalni stav prema pobačaju. Obratno je kod većine žena koje su, prije odabrale majčinstvo i obiteljski život.⁴⁶ Brojne majke poka-

zale su da za njih ne postoji dvojba »majka ili karijera«, već da je moguće istodobno biti dobra majka i supruga i društveno angažirana žena. Ravnoteža između tih dvaju vidika života nikako se ne može postići »odabiranjem liberalnog stava prema pobačaju«, nego osobnom zrelošću, koja u sebi sadrži odgovorno roditeljstvo i odgovorni odnos osobe prema sebi i prema društvu u kojem živi.

Drugi primjer za određivanje vrijednosti embrija prema okolnostima života jest primjer ginekologa koji svakodnevno čini pobačaje. On teško može svjesno nositi stav da je abortus homicid.

Sljedeća česta pojava jest da se vrijednost nerođena djeteta procjenjuje prema tome da li je željeno ili nije. Prema tom mjerilu, postupa se kao da je željeno dijete beskrajno vrijedno, a neželjeno dijete beskrajno bezvrijedno. Čovjek i njegovi potomci nisu roba čija vrijednost ovisi o potrebi – potražnji tržišta. Čovjek je sam po sebi vrijednost.

U brojnim člancima o etici i pobačaju nijednom nisam naišao na pojam »ljubav«. Ona nije samo predmet poezije, nego bitna ljudska vrijednost i potreba, doživljaj i stav, orijentacija karaktera i odluka, pokretač misli i postupaka. I svaka primijenjena humana znanost bez nje će se izvitoperiti. To vrijedi i za medicinu i za etiku. Čovjek je specifično biće, koje za svoj porod i razvoj u zdravu, zrelu i sretnu osobu treba i ljubav bar onih najbližih. Zato bi bilo dobro da katkad umjesto intenzivnog testiranja sposobnosti i vrijednosti embrija (da li je osoba, kad osjeća bol i patnju, može li preživjeti izvan maternice, treba li ga zaštititi ili ne...) i mi »odrasli« testiramo sebe, razmislimo o svojim stavovima, motivacijama, racionalizacijama, vrijednostima,...

Je li istina da je etički kodeks medicinara⁴⁷ samo skup mrtvih parola ili sputavajuća vezanost za tradicionalni sustav moralnih vrijednosti⁴⁸? Da li poštivati i ne ubiti ili poštivati i ubiti sa žaljenjem?⁴⁹

Treba reći da se i danas dio liječnika pridržava liječničkog etičkog kodeksa, ne zato što moraju, nego zato što autentično doživljavaju ono što su doživljavali svi liječnici koji su se pridržavali takve etike od početka medicine do danas.

LITERATURA

1. HENSHAW S. K.: Induced abortion: a worldwide perspective. *Fam. Plann. Perspect.* 13:1, 12-16, 1987.
2. Opći zakon o prekidu trudnoće. *Služb. list SFRJ*, god. XXV, Beograd, 1969.
3. Rezolucija o planiranju porodice. *Služb. list SFRJ*, god. XXV, Beograd, 1969.
4. Ustav SFRJ. *Služb. list SFRJ*, Beograd, 1974.
5. Zakon o zdravstvenim mjerama za ostvarivanje prava na slobodno odlučivanje o rađanju djece. *Narodne novine*, Zagreb, 1978, 1252.
6. BELUHAN A.: Sociološki aspekti prekida trudnoće. *Zbornik radova simpozija »Prekid trudnoće«*, Zagreb, 1984, str. 4.
7. MERLAK I., KONJEVODA M., MIKULANDRA F., KIMERA M.: Utjecaj liberalizacije pobačaja na njegovo kretanje u šibenskoj makroregiji s poseb-

- nim osvrtom na maloljetnice. Zbornik radova simpozija »Prekid trudnoće«, Zagreb, 1984, str. 10.
8. MAGDIĆ L.: Prekid trudnoće u primigravida i nulipara. Zbornik radova simpozija »Prekid trudnoće«, Zagreb, 1984, str. 7.
 9. ANDOLŠEK L., RANDIĆ Lj., BREZNIK D., PETRIĆ N.: Socijalni, medicinski i demografski aspekti planiranja porodice u SFRJ. Zbornik radova X kongresa ginekologa i opstetričara Jugoslavije, Herceg Novi, 1984, str. 93.
 10. KIRCHOFF H.: Komplikationsmöglichkeiten nach einem Schwangerschaftsabbruch. *Geburths. Frauen Heilk.* 37:849, 1977.
 11. DROBNJAK P., OREŠČANIN M.: Perforacija maternice u toku legalnog prekida trudnoće i njezino sprečavanje. *Jugoslav. ginek, opstetr.* 5:263, 1980.
 12. OBERSNEL-KVEDER D., ANDOLŠEK-JERAS L.: Evaluacija metod prekinutve nosečnosti. Zbornik radova simpozija »Prekid trudnoće«, Zagreb, 1984, str. 19.
 13. ŠTAMPAR D., BELUHAN A.: Neki aspekti legalnog pobačaja u adolescentica u SR Hrvatskoj. Zbornik radova simpozija »Obilježja spolnog razvoja mladih«, Zagreb, 1985, str. 10.
 14. PAVLIĆ Z.: Bračna neplodnost. U: Grgurević M., Pavlić Z., Grizelj V.: *Ginekologija. Jumena*, Zagreb, 1987, str. 283.
 15. TRICHOPOULUS D., HANDANOS N., DANEZIS J., KALANDIDI A., KALAPOTHAKI V.: Induced abortion and secondary infertility. *Brit. J. Obstet. Gynaecol.* 83:645, 1976.
 16. WRIGHT C.S.W., CAMPBELL S., BEAZLEY J.: Second trimester abortion after vaginal termination of pregnancy. *Lancet* 2:1278, 1972.
 17. RICHARDSON J.A., DIXON G.: Effects of legal termination on subsequent pregnancy, *Brit. Med. J.* 1:1303, 1976.
 18. LEVIN A., SCHOEBBAUM S.C., MONSON R.R., STUBBLEIFIELD P-G., KENETH J.R.: Association of induced abortion with subsequent pregnancy loss. *JAMA* 243:2495, 1980.
 19. OBEL E.B.: Risk of spontaneous abortion following legally induced abortion. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 59:131, 1980.
 20. SLIKKE J.W., TREFFERS P.E.: Influence of induced abortion on gestational duration in subsequent pregnancies. *Brit. Med. J.* 1:270, 1978.
 21. WHO task force on sequelae of abortion: gestation, birth weight and spontaneous abortion in pregnancy after induced abortion. *Lancet* 1:142, 1979.
 22. HARLOP S., SHIONO P.H., RANCHARAN S., BERENDEZ H., PELLEGRIN F.: A prospective study of spontaneous fetal losses after induced abortion. *N. Engl. J. Med.* 301:13, 677, 1979.
 23. BARETT J.M., BOEHM H.F., KILLAM A.P.: Induced abortion: a risk factor for placenta praevia. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 141:769, 1981.
 24. FRIEDMAN C.M., GREENSPAN R., MITTLEMAN F.: The decision making process and outcome of therapeutic abortion. *Am. J. Psychiatry* 131:12, 1332, 1974.
 25. ASHTAN J.R.: The psychosocial outcome of induced abortion. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 87:1118, 1980.
 26. MYRE S., NEISSER R.: Post-abortive psychosis: a report from two centers. U: MALL D., WATTS, The psychological aspects of abortion. University publications of America, Washington, 1979, str. 6.
 27. TISHLER C.L.: Adolescent suicide attempts following elective abortion: a special case of anniversary reaction. *Pediatrics* 68:5, 670, 1981.
 28. LILEY A.W.: *Modern motherhood*. New York, Random House, 1969, str. 207.

29. HOFER E.S.E.: The mammalian fetus, comparative biology and methodology. Charles C. Thomas, Springfield, Illinois, 1975, str. 69.
30. RUGH R., SHETTLES B.: From conception to birth. Harper, Row publishers, New York, 1971, str. 47.
31. KURJAK A.: Suvremena dostignuća antenatalne dijagnostike i neki medicinsko-pravni problemi. U: Kurjak A., Zergollen-Čupak Lj.: Pravo na život i pravo na smrt. Jumena, Zagreb, 1982, str. 9.
32. GOTO Sh., KATO T.: Spontaneous movements of embryos and fetuses in the early stage of life. *Gin. Pol.* 58.2, 67, 1987.
33. KOSTOVIĆ J.: Razvitak i grada moždane kore. Jumena, Zagreb, 1979, str. 57.
34. HAMLIN H.: Life and death by EEG. *JAMA* 198:2, 113, 1964.
35. GOLDENRING J.M.: Development of fetal brain. *N. Engl. J. Med.* 26:564, 1982.
36. ELLINGSON R.J.: Ontogenesis of electroencephalogram. U: Himwich W.A. (ed.): Development of neurology. Charles C. Thomas, Springfield, Illinois, 1970, str. 441.
37. BERNSTINE R.E.: Fetal electrocardiography and electroencephalography. Charles C. Thomas, Springfield, Illinois, 1961.
38. BIRNHOLZ J.C.: The development of human fetal eye movement patterns. *Science* 213:679, 1981.
39. DAVIS J.A., DOBBING J.: Scientific foundation of pediatrics. William Heinemann, Medical Books Ltd., London, 1974.
40. HEFFERMAN B.T.: The early biography of every man. U: Hilgers T., Horan J.: Abortion and social justice. Sheed, Ward, New York, 1972, str. 15.
41. STRAUS, R.: Direct electrocardiographic recording of twenty-three millimeter human embryo. *Amer. J. Cardiology* 443, 1961.
42. POTTS M.: Summing up. Abortion, medical progress and social implications, Pitman, London (Ciba Foundation Symposium 115), 1985, str. 265.
43. KITCHEN H.W., RICKARD A.L.: Live infants of 24-28 weeks gestation survival and sequelae of two years of age. Abortion: medical progress and social implications, Pitman, London (Ciba Foundation Symposium 115), 1985, str. 123.
44. KUMAR S.P., ANDAY E.K., SACKS L.M., TING R.Y., Delivoria-Papadopoulos M.: Follow-up studies of very low birth weight infants (1250 grams or less) born and treated within a perinatal center. *Pediatrics* 66:3, 438, 1980.
45. BARRETT J.M., BOEHM F.H., VAUGHN W.K.: The effect of type delivery on neonatal outcome. *JAMA* 250:5, 625, 1983.
46. HILL E.C.: Your morality or mine? An inquiry into the ethics of human reproduction. *Amer. J. Obstet. Gynecol.* 154:6, 1176, 1986.
47. Ženevska formulacija Hipokratove zakletve.
48. POPOVIĆ B., ŠKRBIĆ M.: Stanovništvo i zdravlje. Jumena, Zagreb, 1982, str. 88.
49. CAMPBELL A. V.: Viability and the moral status of the fetus. Abortion: medical progress and social implications, Pitman, London (Ciba Foundation Symposium 115), 1985, str. 227.
50. NILLSON L., INGELMAN-SUNDBERG A., WIRSEN C.: Život prije rođenja, prijevod prof. Durst-Živković B., Stvarnost, Zagreb, 1974.
51. KAPOR-STANULOVIĆ N.: Psihologija roditeljstva, Nolit, Beograd, 1985, str. 66.
52. MATEJČEK Z., DYTRYCH Z., SCHUELLER V.: Follow-up study of children born to women denied abortion. Abortion: medical progress and social

implications, Pitman, London (Ciba Foundation Symposium 115), 1985, str. 136.

53. MATTINSON J.: The effect of abortion on a marriage. Abortion: medical progress and social implications, Pitman, London (Ciba Foundation Symposium 115), 1985, str. 165.

ABORTION – FACTS AND CONSEQUENCES

The author sets forth some of the most recent demographic data, important directions of legal documents as regards abortion, tackling medical and ethical problems of abortion.

Some essentials particulars are also given as to the embryonic and foetal development. The whole paper concerns the problems of legal abortion during the first three months of pregnancy.

The second part of the paper relates to the consequences of abortion affecting the physical and mental health of a woman as shown by the research data and consequences affecting an unborn child.

The study is concluded by some ethical aspects of abortion.