

---

Branka GALIĆ

REPRODUKCIJA I  
DRUŠTVENA KONTRO-  
LA: REPRODUKTIVNI  
STATUS ŽENA U HR-  
VATSKOJ I STAVOVI O  
NJIHOVIM REPRODUK-  
TIVNIM PRAVIMA



## UVOD – POLAZIŠNE PRETPOSTAVKE DRUŠTVENE KONTROLE U REPRODUKCIJI

---

Glavna društvena očekivanja od žena svode se u svim patrijarhalnim društvima na majčinstvo i ispunjavanje uloge majki, pa onda i glavni teret reproduktivnih zadataka pada u pravilu na žene, uključujući i rizike za njihovo zdravlje. S druge strane, društvena rodna moć centrirana je putem kontrole nad reprodukcijom, dok svako patrijarhalno društvo nastoji kontrolirati žensku seksualnost. S feminističke točke gledišta, pak, pravo na slobodan izbor hoće li, kada, s kime i koliko djece imati – jedno je od temeljnih ženskih prava, koje feministički pokreti diljem svijeta uvijek brane u situacijama kada su ta prava ugrožena, u pravilu od vlasti i crkvenih organizacija. Zato je reprodukcija uvijek političko pitanje za žene koje nikada nije zauvijek obranjeno, nego stoji pred svakom novom generacijom žena kao imperativ i izazov.

I u Hrvatskoj ljudi percipiraju da je najvažnija društvena uloga žena da budu majke (Galić, 2004.; 2006.; 2008.).<sup>1</sup> Različiti položaj žena u odnosu na muškarce u društvenoj strukturi, kao i strukturalne razlike među samim ženama unutar njihove rodne grupe, upućuju na različite oblike društvenih nejednakosti ili diskriminacija kad je riječ o pitanjima reprodukcije. Tako se, recimo, ženama izvan braka ne omogućuje jednako sustavan pristup informacijama, sredstvima kontracepcije i reprodukcije kao što se to

---

1 Da majčinstvo ima prioritet u ženinu životu, pokazuje oko 50% ispitanika/ispitanica reprezentativnog uzorka hrvatske populacije 2004. godine (Galić, 2004.). Rezultati tog istraživanja potvrdili su pretpostavke o seksizmu i patrijarhalnim konceptima i dalje ukorijenjenim u svijesti populacije. Istraživanjem su potvrđene hipoteze glede razlika, očekivanja i zastupljenosti seksističkih koncepta u našoj populaciji, kao i očitovanja o seksističkoj rigidnosti muškaraca te starijih i niže obrazovanih ispitanika. Pokazalo se da se muškarci i žene u Hrvatskoj statistički značajno razlikuju najviše u konceptima koji se tiču rodno egalitarnog društva. Rezultati upućuju na veću sklonost muškaraca "tradicionalnom" i "modernom" seksizmu. S druge strane, žene pokazuju veću sklonost konceptu rodno egalitarnog društva. (Galić, 2004.; 2006.; 2008.)

omogućuje ženama u braku, a često i pristup određenim tehnikama i tretmanima ovisi isključivo o socijalnom statusu žena. Klinike za neplodnost u mnogim su zemljama nedostupne ženama koje nisu udane. Tako i moderni patrijarhat (neopatrijarhat) (Walby, 1990.) u mnogim svojim aspektima podrazumijeva “pokriveni”, “benevolentni” i “postmoderni” seksizam (Glick i Fiske, 1997.; Masser i Abrams, 1999.; Morrison i sur., 1999.). Neka društva u tom smislu razvijaju cijeli niz mjera i aktivnosti koje će pomoći ženama da ostvare funkciju majčinstva – socijalni i materijalni uvjeti, zaposlenje, skrb za djecu, stambeno zbrinjavanje, zdravstvena skrb itd. – osobito ona u kojima su žene postigle već značajnu društvenu emancipaciju, kao npr. skandinavske zemlje, dok je kod nekih, u pravilu patrijarhalnih, većina tih mjera prebačena na teret institucije obitelji ili samih žena kao majki, bez ikakvih izgleda da bi društvo tu trebalo pružiti neke povoljnije uvjete za zadovoljavajuće ostvarenje majčinstva. U Hrvatskoj je socijalna skrb o mladim majkama s djecom svedena uglavnom na skromne roditeljske naknade za najranije razdoblje djetetova života, dok za druge oblike skrbi nema nikakva jamstva da će ih osigurati država, pogotovo ne najvažniji dio – stambeno zbrinjavanje i zaposlenje roditelja, odnosno majke. Kada se tome pridoda diskriminacija trudnica i mladih majki prilikom zapošljavanja ili čak otkazivanje radnog odnosa (Galić i Nikodem, 2007.; 2009.), dobiva se jasnija slika stvarne društvene potpore majčinstvu, koja obično ostaje samo na deklarativnoj razini. Stoga ne začuđuje činjenica da se današnje mlade žene sve kasnije odlučuju za majčinstvo ili ga čak odbacuju kao uopće prihvatljivu životu opciju. S druge strane, imajući na umu da je hrvatsko društvo nekadašnje oblike zdravstvene skrbi za žene koji se odnose na reproduktivno zdravlje i izbor s tereta države u socijalizmu prebacilo na teret, u pravilu, samih žena, pri čemu nije provelo nikakav sustavan oblik zdravstvene i reproduktivne stručne edukacije mladih koji tek ulaze u spolni život, ne čudi ni činjenica da se pojavljuje sve više zdravstvenih rizika, neznanja i predrasuda mladih vezanih uz reprodukciju i spolno prenosive bolesti (Štulhofer, 2009.; Jureša i sur., 2009.; Grce i sur., 2007.), uz naglašenu potrebu stručno-zdravstvene edukacije u školama.

U Hrvatskoj se u posljednja dva desetljeća događaju i neke promjene u pogledu reguliranja reproduktivnih prava žena i parova te ostvarivanja tih prava u praksi, koje djeluju u regresivnijem smjeru nego što je to bilo u vrijeme socijalizma. Te promjene dovode do otežavanja ili čak uskraćivanja mogućnosti ostvarenja nekih reproduktivnih prava žena i parova, kao i ne/mogućnosti osiguravanja

primjerenoga reproduktivnog zdravlja žena reproduktivne dobi. Tako je, recimo, bez obzira na “liberalan zakon” o “slobodnom odlučivanju o rađanju djece” koji je Republika Hrvatska preuzela od bivše Jugoslavije iz 1978.<sup>2</sup> godine, a koji je definirao i pitanja “umjetne oplodnje” i pobačaja kao prava s područja reproduktivnog zdravlja žena i parova, iz Ustava RH izbačena odredba o pravu čovjeka na slobodno odlučivanje o rađanju djece (čl. 191.) koja je bila utemeljena u Ustavu socijalističke Jugoslavije iz 1974. godine, što je i bilo temelj za donošenje spomenutog zakona (Ustav, 1974.). Važeći Ustav Republike Hrvatske ugradio je odredbe kojima “Država štiti materinstvo, djecu i mladež te stvara socijalne, kulturne, odgojne, materijalne i druge uvjete kojima se promiče ostvarivanje prava na dostojan život” (čl. 63.), pri čemu pojam “dostojan život” ostaje neobjašnjen (Ustav, NN 85/10). Članak 21. Ustava RH navodi da “Svako ljudsko biće ima pravo na život”, pri čemu je pojam “ljudsko biće” ostao nedefiniran. Iz Zakona koji se odnosi na odluke o rađanju (1978.) izdvojen je dio koji se odnosi na “umjetnu oplodnju” i taj je dio definiran u okviru posebnog Zakona o medicinskoj oplodnji (NN 88/09), gdje se derogiraju nekadašnje odredbe o metodama medicinski potpomognute oplodnje (MPO), kao i kriteriji pristupa, premda taj zakon nije donesen dvotrećinskom, nego samo jedva natpolovičnom većinom glasova u Saboru. Tako je prema novom zakonu o “umjetnoj oplodnji” u Hrvatskoj liječenje neplodnosti dopušteno samo bračnim parovima. Zakonom se zabranjuje zamrzavanje embrija, ograničava broj oplodjenih jajnih stanica koje se mogu koristiti, omogućuje prigovor savjesti liječnika, omogućuju podaci o biološkom izvoru djetetu s 18 godina starosti te traži obveza drugog mišljenja uz onemogućivanje prava na MPO parovima u kojima su oba partnera neplodna. Budući da se liječenje neplodnosti uvjetuje bračnim statusom, metode i postupci koji se primjenjuju restriktivniji su i za žene bolniji, uz upitnu učinkovitost, a zakonska ograničenja čine taj zakon jednim od najrestriktivnijih u Europi. S obzirom na to da zakon počiva na vrijednosti zaštite života od trenutka začeća, upitan je i njegov učinak na pravo na pobačaj.<sup>3</sup> Tim se postupcima plodnost “neplodnih” žena

2 Zakon o zdravstvenim mjerama za ostvarivanje prava na slobodno odlučivanje o rađanju djece, 1978.

3 Prema sustavu *indikacija*, pobačaj se dopušta ako se dokaže neka indikacija: medicinska (opasnost za život ili zdravlje trudnice), eugenička (opasnost da će se dijete roditi s tjelesnim ili duševnim nedostacima), kriminološka (ako je do začeća došlo npr. silovanjem) i socijalna (npr. teške imovinske prilike trudnice). Pobačaj se prema sustavu *roka* dopušta do određenog vremena uznapredovale trudnoće jer je tada manje opasan za zdravlje žene.

i parova izravno kontrolira u skladu s političkim interesima određenih institucija, što znači direktno ograničavanje ženskih reproduktivnih prava.<sup>4</sup> Posljedica je primjene toga zakona to da danas hrvatski “neplodni” parovi odlaze iz Hrvatske u druge zemlje u potrazi za adekvatnim postupkom MPO-a i nediskriminacijskim tretmanom. Nakon slučajeva manipulacija jajnim stanicama koji su se dogodili prije 10–15 godina u Hrvatskoj, posljednji događaji vezani uz donošenje novog zakona o MPO-u potvrdili su stanje nesigurnosti, kao i regresije postupka “umjetne oplodnje” u usporedbi sa zakonom iz 1978. godine, a pojavila su se i pitanja uskraćivanja prava žena na pobačaj ili njegove još veće restrikcije. O tome su se u Hrvatskoj već vodile brojne javne polemike, kao i one u stručnoj javnosti, a može se očekivati i da će se one intenzivirati (Rittossa, 2005.).

Navedene izmjene rezultat su određenih političkih promjena koje su se odvijale nakon osamostaljenja na političkoj sceni Republike Hrvatske te jačanja snage, utjecaja i moći vjerskih institucija i organizacija, osobito Katoličke crkve. Ona promovira vrijednosti “kršćanske etike” koja odbacuje emancipaciju žena u društvu te utječe na status, snagu i domet ljudskih prava, napose ženskih ljudskih prava u Hrvatskoj, pokazujući izravno nestabilnost i krhkost reproduktivnog statusa žena u Hrvatskoj. Prema tome, temeljna ženska reproduktivna prava u Hrvatskoj podvrgnuta su konzervativnosti politika autoritarnih državnih i vjerskih institucija u pogledu odluka i postupaka ljudske reprodukcije.

Zbog toga sam kao sociologinja i istraživačica smatrala potrebnim analizirati i istražiti stavove populacije o reproduktivnim pravima žena i njihovu reproduktivnom statusu, te usporediti rezultate naših istraživanja s rezulta-

---

U Hrvatskoj je prihvaćen “kombinirani model”, gdje je u prvom planu sustav roka jer je pobačaj pod određenim uvjetima dopušten do isteka 10 tjedana od začeća na zahtjev žene, a nakon toga nastupa sustav indikacija. Naravno da bi poštivanje prava zametka značilo oduzimanje prava ženama i parovima na slobodno odlučivanje o roditeljstvu.

U više od polovine članica EU pobačaj je dopušten na zahtjev žene do 12. tjedna trudnoće (18. u Švedskoj), a to su Austrija, Belgija, Bugarska, Češka, Danska, Estonija, Francuska, Grčka, Mađarska, Njemačka, Latvija, Litva, Rumunjska, Slovačka i Slovenija. U drugoj su skupini zemlje koje dopuštaju pobačaj iz socijalnih razloga: V. Britanija, Finska, Italija, Luksemburg i Nizozemska. U trećoj su skupini Poljska, Španjolska, Portugal i Cipar, gdje se prekid trudnoće dopušta u slučaju silovanja, opasnosti za život majke i malformacija fetusa. Pobačaj je potpuno zabranjen u Irskoj te na Malti (čak i u slučaju silovanja), osim ako je u opasnosti život žene.

4 U osudi toga restriktivnog, nestručnog i nepravednog zakona ujedinili su se građani i udruga (RODA, npr.), dijelovi oporbe te stručna i znanstvena javnost.

tima dosadašnjih istraživanja u Hrvatskoj o toj temi kako bih pokazala koliko su ti stavovi javnosti u temeljitom neskladu s odlukama službene reproduktivne politike. Za potrebe ovoga rada iznosimo dio rezultata istraživanja provedenog u okviru projekta "Percepcija, iskustva i stavovi o rodnoj diskriminaciji u Republici Hrvatskoj" (2009.), u okviru kojega smo nastojali doznati i stavove i mišljenja ispitanika/ispitanica o reproduktivnim ulogama i nekim pitanjima vezanim uz reprodukciju, kao što su pitanja pobačaja, medicinski potpomognute oplodnje i bračnog statusa te ograničavanja ženskih odluka o reprodukciji od države. Istraživanje je inicirao Ured za ravnopravnost spolova Vlade RH, a provela ga je skupina istraživačica i istraživača s Filozofskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu te istraživačice iz Instituta za društvena istraživanja u Zagrebu.

Pretpostavke od kojih polazimo su, dakle, da je politika reproduktivnih prava i zdravlja u Hrvatskoj posljednjih godina i desetljeća postala regresivna. Došlo je do uskraćivanja reproduktivne samodeterminacije žena i parova, diskriminacije te derogiranja nekih njihovih već stečenih reproduktivnih prava. Osobito se to očituje na primjerima mogućnosti pristupa i ostvarivanja prava iz slobodnog i odgovornog odlučivanja o ne/imanju djece, o broju, prostoru i vremenu, primjerima dostupnosti relevantnih informacija, stručne edukacije i sredstava za donošenje reproduktivnih odluka, pravima uživanja najvišeg standarda seksualnog i reproduktivnog zdravlja, uz ometanje ili uskraćivanje mogućnosti autonomne kontrole nad vlastitim tijelom, kao i ostvarivanja u praksi tih prava s područja reprodukcije i reproduktivnog zdravlja žena i parova u RH. Te su promjene uvjetovane retradicionalizacijom vrijednosti i stigmatizacijom u pogledu reproduktivnih odluka i izbora koje su nastupile paralelno s tranzicijskim promjenama od početka 1990-ih, a koje su također zabilježene istraživanjima o ženama i majčinstvu (Leinert Novosel, 1999.), istraživanjem o "rizicima modernizacije" i ženama u Hrvatskoj 1990-ih (Tomić-Koludrović i Kunac, 2000.), istraživanjem o neokonzervativizmu mladih naraštaja (Ilišin i Radin, 2002.), o seksističkom diskursu rodnog identiteta (Galić, 2004. i 2008.), o većoj povezanosti seksizma i tradicionalne religioznosti (Galić i Nikodem, 2006.), o diskriminaciji žena prilikom zapošljavanja (Galić i Nikodem, 2007.; 2009.; Relja, Galić, Despotović, 2009.) itd. Osobito su tzv. neplodni parovi, žene izvan braka, homoseksualne osobe, HIV pozitivne, maloljetnice te osobe koje odustaju od majčinstva izvrgnute stigmatizaciji u pogledu reproduktivnih odluka i postupaka, povećanju rizika reproduktivnog zdravlja ili čak diskriminacijskom tretmanu (Galić, 2006.).

## KARAKTERISTIKE REPRODUKTIVNE POLITIKE I PRAKSE U REPUBLICI HRVATSKOJ OD 1990-ih

---

Od početka 1990-ih godina Hrvatska je bila u raskoraku između promjena u sustavu medicinske znanosti, tehnologija i ljudskih prava, a spomenuti zakon o rađanju iz 1978. godine postao je plodno tlo za povećanje rizika ženskog zdravlja i derogiranje ženskih reproduktivnih prava i statusa.

Još sredinom 1990-ih odvijali su se i pokušaji donošenja regresivnih reproduktivnih zakona u Hrvatskoj, i to 1995. i 1996. – pokušaji kriminalizacije pobačaja koju su inicirali 1995. posebno povjerenstvo Ministarstva zdravstva, a 1996. Hrvatska stranka prava (HSP), iznoseći prijedlog za kriminalizaciju pobačaja u Saboru (Ritossa, 2005., 973). Zahvaljujući nekim aktivnim feminističkim udrugama kao i stavovima zastupnika, taj prijedlog tada nije prošao. Tih je godina osnovano i Hrvatsko katoličko liječničko društvo (HKLD) koje je počelo aktivnu kampanju za zabranu pobačaja, čime je počeo pokret uspona *pro-life* aktivizma u Hrvatskoj koji traje do danas.

Paralelno se od početka 1990-ih godina odvijaju postupci manipulacija jajnim stanicama u ordinacijama nekih ginekologa i njihova nedopuštena presađivanja, a početkom 2000. javno su objavljeni slučajevi “krađe jajnih stanica” s imenima i prezimenima konkretnih ginekologa i ginekologinja koji su sudjelovali u postupcima “umjetne oplodnje”, čime se obznanilo postojanje tih fenomena i razotkrile se mogućnosti povećanja reproduktivnih zdravstvenih rizika za žene. No, budući da je stari zakon imao pravne rupe te bio neprecizan i neučinkovit jer nije bio usklađen sa suvremenim biomedicinskim trendovima razvoja znanosti, i dokaze je u sudskim postupcima bilo teško izvesti, oni su završili oslobađajućim presudama.<sup>5</sup> U to vrijeme uvodi se i “prigovor savjesti” u ovlaštene klinike za obavljanje pobačaja, kakvih je u Hrvatskoj formalno oformljeno 33, a koji je omogućio brojne zloporabe, kako se pokazalo u izlaganju predstavnice Ženske mreže na znanstvenom skupu iz 2003. godine.<sup>6</sup> Zloporabe se u pravilu

---

5 Afere sa slučajevima ginekologa prof. dr. Kurjaka i njegove asistentice dr. Kupešić koje su provedene kroz sudski postupak i riješene oslobađajućom presudom zbog “nedostatka dokaza” za optužbe o nedopuštenim presađivanjima jajnih stanica. Prof. dr. Kurjak optužen je i za smrt roditelje Dragice Ivankić i njezine bebe u bolnici “Sveti Duh” i nepravomoćno osuđen na osam mjeseci zatvora jer je krivotvorio medicinsku dokumentaciju, odnosno zataškavao pogreške liječnika, ali i u tom je slučaju ubrzo nastupila “zastara”.

6 Predstavnica udruga Ženska mreža Hrvatske iznijela je na znanstvenom skupu “Društvena stigmatizacija žena – primjer reproduktivnih prava”



odnose na odugovlačenje ili onemogućavanje obavljanja pobačaja u nekim ovlaštenim klinikama, što je dovelo i do zatvaranja i smanjivanja broja klinika ovlaštenih za taj zahvat. Međutim, kako je pokazalo istraživanje Ženske mreže (vidi bilješku 6), ti su se zahvati uredno obavljali u privatnim ordinacijama nekih ginekologa iz ovlaštenih klinika. Istodobno je plaćanje troškova zahvata prebačeno na teret samih korisnica, čime je siromašnim ženama izravno otežan ili onemogućen pristup. Sustav plaćanja bio je i ostao neujednačen, pa je tako u nekim "ovlaštenim klinikama" trošak zahvata i do tri puta veći nego u drugima, ovisno o županiji. Od 1990-ih godina gotovo do sredine 2000-ih paralelno se, s vremena na vrijeme, preko medija odvijalo javno etiketiranje djece rođene postupcima *in vitro* oplodnje "stvarima", što su činile istaknute osobe i predstavnici Katoličke crkve u RH. U posljednja dva desetljeća u Hrvatskoj se neprestano onemogućuje uvođenje sustava stručne seksualne edukacije mladih u obrazovnim institucijama, osim putem predmeta vjeronauka, gdje se to odvija nestručno ili čak diskriminacijski, npr. kad je riječ o homoseksualizmu, masturbaciji, kontracepcijskim sredstvima i spolnim bolestima. Štulhofer naglašava utjecaj religioznih uvjerenja na seksualno ponašanje, bilo odgađanjem stupanja u seksualne odnose u adolescenciji, bilo manjim brojem seksualnih partnera, ali i odbijanjem uporabe kondoma, što spada u rizično seksualno ponašanje (Štulhofer, 2009.). On naglašava dodatni problem "u prevenciji seksualnih rizika", a to je "negativan stav Katoličke crkve prema uporabi kondoma", odnosno isticanje stavova Hrvatske biskupske konferencije i Hrvatskoga katoličkog liječničkog zbora" koje je "u suprotnosti sa stavovima i preporukama Svjetske zdravstvene organizacije" (Štulhofer, 2009., 126).

Budući da je glavni nositelj reproduktivne politike u RH – Ministarstvo zdravstva – ignoriralo rasprave te mišljenje struke i javnosti o pitanjima reprodukcije, te budući da se prilikom donošenja novog Zakona o medicinskoj oplodnji (2009.) mjerodavni ministar konzultirao<sup>7</sup>

---

koji je održan 30. listopada 2005. u organizaciji Hrvatskoga sociološkog društva i zaklade "Heinrich Böll" podatke da se od 33 ovlaštene institucije za obavljanje pobačaja u RH u njih 12 taj zahvat uopće ne radi zbog "prigovora savjesti" mjerodavnih liječnika, koji pacijentice naručuju u svoje privatne ordinacije gdje "prigovora" više nema. Inače, na ugrađivanju "prigovora savjesti" u zakonski okvir izravno je utjecala Katolička crkva u RH svojim političkim lobiranjem, čime je direktno povećan rizik za žene i njihovo zdravlje.

7 Aktualni ministar zdravstva, koji je proglasio novi zakon o MPO-u u RH, sam je nekoliko puta preko HTV-a izjavio da se konzultirao s predstavnicima Kaptola i Katoličke crkve u vezi s donošenjem novog zakona o MPO-u.

sa nestručnim i nenadležnim institucijama – Katoličkom crkvom – pri čemu je potpuno ignorirao stavove javnog mnijenja o reprodukciji u već objavljenim istraživanjima<sup>8</sup> – mišljenja smo da je takva reproduktivna politika u RH neprofesionalna i regresivna kao i da izravno ugrožava te ide na štetu žena i parova kao glavnih nositelja i subjekata reprodukcije.

Poznato je i da u Hrvatskoj ne postoji sustavna seksualna edukacija, kako napominje i Štulhofer, premda su pokušaji njena uvođenja bili prisutni od 1970-ih godina, no do danas se uspjelo samo uvrstiti “eksperimentalno” dva programa koji su “u postupku evaluacije”, od kojih se jedan temelji na stručnim načelima educiranja o odgovornom spolnom ponašanju i odlučivanju, a drugi u pravilu na apstinencijskom pristupu prema doktrini Katoličke crkve. Predviđena satnica za budući sadržaj koji bi obuhvaćao ljudsku seksualnost, kako navodi Štulhofer, nije veća od sat-dva godišnje (Štulhofer, 2009., 126). Ne treba biti osobito vidovit ni ciničan da bi se jasno zaključilo kakvo će se znanje o ljudskoj seksualnosti ponuditi mladima.

## OPADANJE FERTILNOSTI U RAZVIJENIM ZEMLJAMA I TRENDOVI RAĐANJA U RH

Fertilnost u razvijenim zemljama opada zbog brojnih društvenih čimbenika, među kojima su najznačajniji: porast stupnja obrazovanja žena, porast ženske zaposlenosti na tržištu rada izvan kuće, “kontracepcijska revolucija”, porast raznolikosti tipova obitelji (opadanje važnosti tradicionalne nukleusne obitelji uz porast broja razvoda i kohabitacija) (Inglehart i Norris, 2003.; Castells, 2002.; Beck i Beck-Gernsheim, 2007.), kao i opadanje utjecaja religijskih vrijednosti, tj. porast stupnja sekularno-racionalnih vrijednosti (Zrinščak i Nikodem, 2009.; Črpić i Zrinščak, 2010.). Osobito je značajno opadanje religioznosti vidljivo kod starijih ljudi i žena, dok je kod mladih, zbog utjecaja vjeronauka, kako ističu autori, religioznost u porastu (Črpić i Zrinščak, 2010., 22). Značajno povezani razlozi koji su utjecali u širem smislu na opadanje fertiliteta u razvijenim zemljama jesu socioekonomski razvoj, koji ima negativne posljedice na rast populacije (Inglehart i Norris, 2003.; Castells, 2002.); stupanj obrazovanja žena, koji djeluje obrnuto proporcionalno rastu populacije, značajno više nego obrazovanje muškaraca, jer što su žene obrazo-

<sup>8</sup> Baloban i Črpić (1998.), Baloban i Črpić (2005.), Goldberger (2005.), Galić (2006.), Štulhofer i sur. (2005.; 2006.), Štulhofer (2009.), Jureša i sur. (2009.) itd.

vanije, očekivanja od braka i rađanja su manja, dok obrazovna razina u muškaraca ne utječe statistički značajno na plodnost (Pillai i Guang-zhen, 1999.)

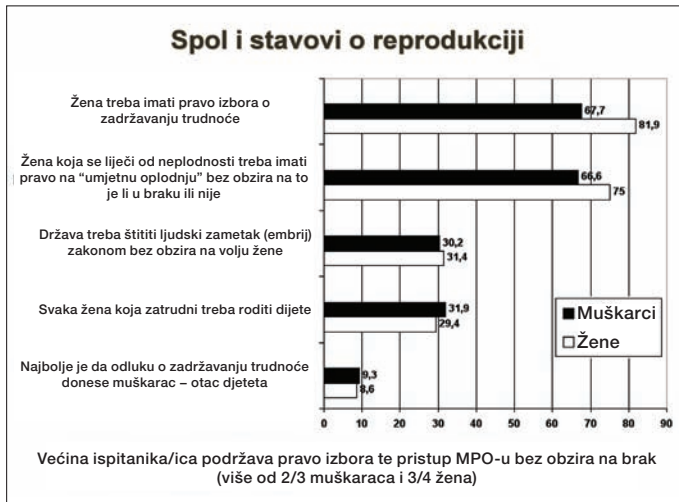
Trendovi rađanja u Republici Hrvatskoj mogu se statistički pratiti preko podataka koje u obliku izvješća o porođajima i prekidima trudnoća svake godine objavljuje Hrvatski zavod za javno zdravstvo ([www.hzjz.hr](http://www.hzjz.hr)). Tako je iz najnovijeg izvješća o porođajima za 2008. godinu vidljivo da broj porođaja u Republici Hrvatskoj opada u apsolutnom iznosu, ukupno za 3,7% u odnosu na prije 10 godina. Vidljiv je i trend smanjenja rađanja u mlađih žena (ispod 20 godina starosti za 4,1% u odnosu na prije 10 godina i porasta u žena iznad 35 godina za 13,1% u odnosu na prije 10 godina. Od 2005. godine jasno se uočava trend sve kasnijeg rađanja, tj. viših stopa porođaja u dobi između 30 i 34 godine (79/1000), za razliku od dobi između 20 i 24 godine života žena, gdje on iznosi 61/1000. U pogledu prekida trudnoća, prema istom izvoru ([www.hzjz.hr](http://www.hzjz.hr)), iz izvješća o prekidima trudnoća vidljivo je eksponencijalno opadanje broja pobačaja od 1990. godine, kada je bilo više od 38.000 legalno induciranih prekida, na 4497 prekida 2008. godine, što čini 42% ukupnih prekida trudnoća. Najviše induciranih prekida trudnoća imaju žene koje žive u braku i imaju dvoje djece. Takvih je 30,3%. Najčešća dob žena za rađanje ona je između 20 i 39 godina, koja obuhvaća 79,8% žena. Maloljetničke su trudnoće u pravilu malo zastupljene, za razliku od uvriježenih pogrešnih mišljenja, jer na adolescentice između 16 i 19 godina otpada samo 9,2% trudnoća. Ta izvješća ne sadrže, međutim, podatke o prekidima trudnoća iz privatnih klinika, tako da je ukupan broj tih zahvata u Hrvatskoj nepoznat. Pritom napominjemo da naglašavanje prekida trudnoće u službenim medicinskim državnim izvješćima kao "sredstva kontracepcije" smatramo pukom seksističkom i neprofesionalnom interpretacijom.

## **ŠTO POKAZUJU ISTRAŽIVANJA O REPRODUKTIVNIM PRAVIMA U RH NA REPREZENTATIVNIM UZORCIMA?**

Istraživanja o reproduktivnim pravima i statusu žena i parova u reprodukciji provedena su u Hrvatskoj od sredine 1990-ih godina naovamo, i u pravilu su ih radili sociolozi i teolozi. U posljednjih desetak godina, bez obzira na majčinstvo kao preferiranu vrijednost za ženu (Galić, 2004.), sva istraživanja pokazuju sve veće podupiranje ženskog prava izbora u pogledu vlastite trudnoće te prava žena i parova na medicinski potpomognutu oplodnju, bez obzira na njihov bračni status – i to u barem natpolovičnim postocima ispitanika/ica – kod nekih istraživanja

koja su radili teolozi do 2/3, odnosno više od 3/4 podrške ispitanika/ica kod istraživanja koja su radili sociolozi. U tom su smislu sljedeći rezultati: istraživanje Balobana i Črpića (1998.) pokazuje da se više od 50% građana ne slaže s opcijom zabrane pobačaja. Istraživanje Škrabalo i Jurić (2005.) pokazalo je sukob katoličkoga spolnog morala i politike seksualnih i reproduktivnih prava koja se temelje na međunarodnom pravnom poretku i zaštiti ljudskih prava (CEDAW). Istraživanje Goldbergera (2005.) pokazalo je da su građani zadovoljni reguliranjem problema pobačaja u Hrvatskoj, tj. da se slažu sa zakonskim rješenjem iz 1978. godine gdje zakon dopušta mogućnost izbora pobačaja na zahtjev žene do 10. tjedna trudnoće, ali i kasnije, ako je to medicinski indicirano, radi zaštite života žene, zbog malformacija ploda itd., o čemu odlučuje mjerodavno povjerenstvo. To je istraživanje detektiralo pojavu, kako autor navodi, "moralnih poduzetnika" katoličke tradicije koji pokušavaju "kontrolirati, stigmatizirati i zabraniti pobačaj" (Goldberger, 2005., 426). Isto istraživanje pokazalo je da polarizacija stavova "opcije života" i "opcije izbora" ide u korist "opcije izbora", koju podupire 61,9% ispitanika/ica, dok su zabrani najskloniji samo uvjereni vjernici (Goldberger, 2005., 430). Sljedeće je istraživanje (Cifrić i Marinović Jerolimov, 2007.) potvrdilo prepuštanja odluke o pobačaju ženi (62% ispitanika/ica) na nacionalnom uzorku te da su zabrani pobačaja značajno skloniji samo uvjereni vjernici, za razliku od svih ostalih.

Najnovije istraživanje stavova o reproduktivnim pravima, koje je provedeno u okviru interdisciplinarnog istraživanja "Percepcija, iskustva i stavovi o rodnoj diskriminaciji u RH" (2009.) na reprezentativnom uzorku od 1363 ispitanika/ice u dobi od 16 do 89 godina, imalo je zanimljive rezultate koji jasno pokazuju orijentaciju hrvatskih građana i građanki prema vlastitom autonomnom odlučivanju o reprodukciji, uključujući pitanja medicinski potpomognute oplodnje bez obzira na bračni status i prekida trudnoće kao autonomnoga ženskog reproduktivnog prava, odbijanja zaštite ljudskog zametka (embrija) od države, kao i odbijanje odluke da o ženinoj trudnoći odlučuje muškarac – biološki otac djeteta. Metoda istraživanja bila je anketa, a uzorak slučajni dvoetapni, stratificiran prema regijama i veličini naselja, nacionalno reprezentativan, osoba starijih od 15 godina. Struktura uzorka kontrolirana je kvotama s obzirom na spol i dob te stupanj obrazovanja. Pojedini stratumi i kvote usklađeni su s popisom stanovništva Republike Hrvatske iz 2001. godine. Slučajnost uzorka osigurana je slučajnim odabirom kućanstava korištenjem tzv. *random walk* metode te slučajnim izborom ispitanika u odabranom kućanstvu.



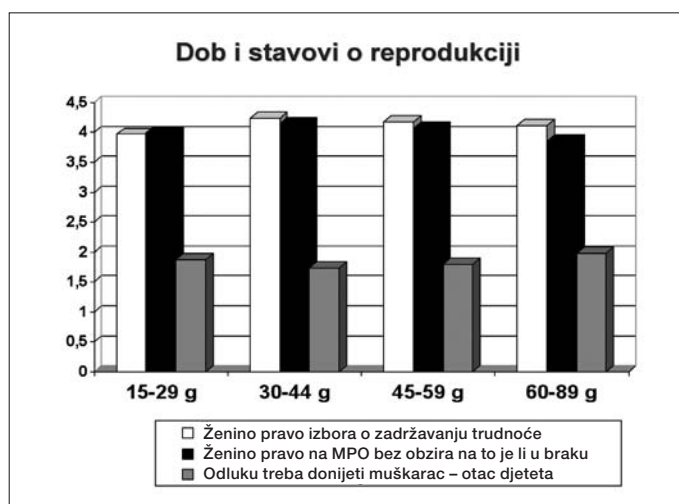
**Grafikon 1.**  
 Spol i stavovi o reprodukciji

Tako je iz Grafikona 1 vidljivo da se velika većina muških ispitanika (67,7%) i još više žena ispitanica (81,9%) slažu u mišljenju o pravu žene na vlastite odluke o reprodukciji, tj. da “žena treba imati pravo izbora o zadržavanju trudnoće”. Na ukupnom uzorku populacije žena i muškaraca zajedno taj podatak iznosi visokih 75,1% slaganja. Vidljivo je i da se žene u pravilu još više zalažu za vlastita prava izbora u pogledu zadržavanja trudnoće, prava na medicinski potpomognutu oplodnju bez obzira na bračni status, te još više od muškaraca odbijaju prihvatiti da odluku o zadržavanju trudnoće žene donese muškarac – otac djeteta. Žene su također nešto manje sklone od muškaraca zauzimati stav da žena koja zatrudni treba roditi dijete. Prema tome, opće zauzimanje žena za vlastitu autonomiju u pogledu reproduktivnih prava, reproduktivnog statusa i odluka o reprodukciji ovim su rezultatima istraživanja potvrđena, dok se muškarci nisu pokazali u tolikoj mjeri sklonima kao žene podržati istu vrstu ženske autonomije, ali su je u značajnoj većini ipak podržali. Iz toga se daje zaključiti da još postoji potreba kontroliranja ženskih reproduktivnih prava u svijesti nekih (muških) ispitanika.

Slično ispitana populacija misli i u pogledu medicinski potpomognute oplodnje i uvjetovanja bračnog statusa za taj zahvat, pa tako 66,6% muškaraca i 75% žena smatra da “žena koja se liječi od neplodnosti treba imati pravo na ‘umjetnu oplodnju’<sup>9</sup> bez obzira na to je li u braku ili nije”. S tvrdnjom “Najbolje da odluku o zadržavanju trudnoće žene donese muškarac – otac djeteta” slaže se samo 9,3%

<sup>9</sup> Ovdje je, dakako, riječ o medicinski potpomognutoj oplodnji (MPO), ali je u upitniku upotrijebljen termin “umjetna oplodnja” zbog toga što se taj termin uvriježio u svijesti ispitanika/ispitanica i kolokvijalnoj upotrebi.

muškaraca i 8,6% žena, što se poklapa sa stavom o pravu žene na izbor glede vlastite trudnoće. S tvrdnjom da “država treba štiti ljudski zametak (embrij) zakonom, bez obzira na volju žene” slaže se samo oko 1/3 ispitanika/ica i to 30,2% muškaraca i 31,4% žena.<sup>10</sup> Slični su rezultati dobiveni i u istraživanju o percepciji i stavovima o pobačaju, eutanaziji, samoubojstvu i kloniranju (Cifrić i Marinović Jerolimov, 2007.), provedenom na reprezentativnom uzorku od 2220 ispitanika/ispitanica iz Hrvatske. Navedenim istraživanjem utvrđen je “značajan broj” (62%) ispitanika/ica koji smatraju da odluku o pobačaju treba prepustiti ženi, dok ih se samo oko 1/3 zauzelo za zakonsku zabranu pobačaja. Skupinu koja je najsklonija zakonskoj zabrani pobačaja čine, prema očekivanjima iz istog istraživanja, “uvjereni” vjernici.

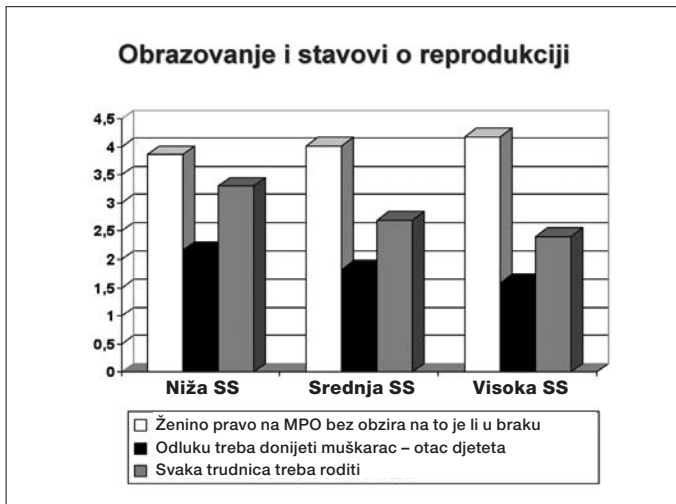


**Grafikon 2.**  
 Dob i stavovi o reprodukciji

Razlike po dobnim skupinama (Grafikon 2) pokazuju da sve dobne skupine (od najmlađe do najstarije) iznadprosječno (oko 4,0 ili više) podupiru ženino pravo izbora u pogledu zadržavanja vlastite trudnoće – pri čemu su tome najsklonije osobe srednje životne dobi (između 30. i 44. godine), tj. one koje su na vrhuncu reproduktivnog razdoblja. Sve dobne skupine jednako tako iznadprosječno (više od 3,5) podržavaju i stav o ženinu pravu na medicinski potpomognutu oplodnju bez obzira na to jesu li u braku

10 Važeći zakon o rađanju u RH, Zakon o zdravstvenim mjerama za ostvarenje prava na slobodno odlučivanje o rađanju djece, *Narodne novine* 18/78, dopušta mogućnost izbora pobačaja žene na zahtjev do 10. tjedna trudnoće, ali i kasnije, ako je to medicinski indicirano, radi zaštite života žene, zbog malformacija ploda itd., o čemu odlučuje mjerodavno povjerenstvo. U pravilu svaka zemlja propisuje zakonsku zaštitu ploda u razvijenijim fazama trudnoće, kao i zaštitu ženina života u slučajevima kad postoje rizici da je on ugrožen.

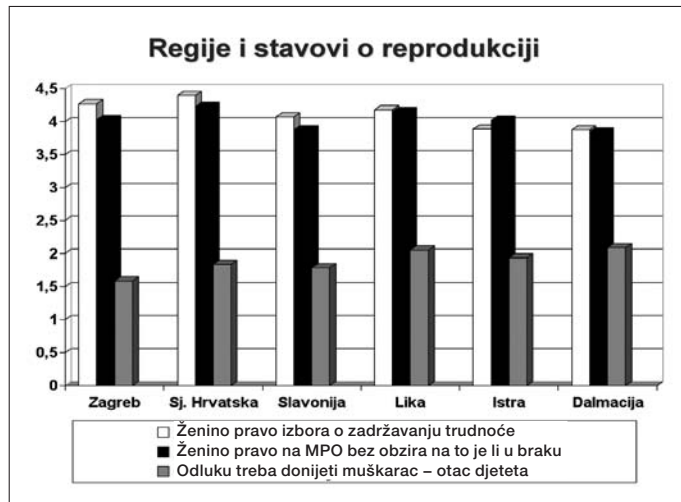
ili nisu, pri čemu je nešto manja podrška starije skupine ispitanika/ispitanica. Za razliku od iznadprosječne podrške navedenim stavovima, kada je riječ o prioritetu odlučivanja muškarca – oca djeteta o zadržavanju ženine trudnoće, bez obzira na to što su tome najskloniji stariji ispitanici, koji su češće i konzervativniji u tom smislu, ipak je taj stav ispodprosječno prihvaćen u svim dobnim skupinama (ispod 2,0). Iz toga proizlazi da hrvatska populacija izražava “modernije” reproduktivne stavove nego aktualna politička vlast u zemlji.



**Grafikon 3.**  
Obrazovanje i stavovi o reprodukciji

Analiza stavova sudionika/ica o reproduktivnim pravima žena po stupnju obrazovanja (Grafikon 3) pokazala je statistički značajne razlike ( $p < 0,01$ ) između osoba koje imaju nižu stručnu spremu i onih visokoobrazovanih kad je riječ o bračnom statusu žena koje liječe neplodnost, pri čemu su oni s visokom stručnom spremom skloniji tome da podrže pravo žena koje liječe neplodnost na medicinski potpomognutu oplodnju bez obzira na to jesu li u braku. Vidljivo je pritom, ipak, da su sve obrazovne skupine iznadprosječno (više od 3,5) spremne podržati taj stav. Kada je riječ o stavu da odluku o trudnoći treba donijeti muškarac – otac djeteta, sve su dobne skupine ispodprosječno (ispod 2,0) spremne podržati taj stav, pri čemu ga najmanje podržavaju osobe s visokom stručnom spremom. Kada je riječ o stavu da “svaka žena koja zatrudni treba roditi dijete”, njega su tek nešto iznadprosječno (oko 3,2) spremni podržati oni koji imaju niže obrazovanje, dok su osobe sa srednjim i pogotovo one s visokim obrazovanjem ispodprosječno spremne podržati to mišljenje.





**Grafikon 4.**  
 Regije i stavovi o reprodukciji

Razlike u stavovima o reproduktivnim pravima žena s obzirom na regionalnu pripadnost sudionika/ica (Grafikon 4) govore u prilog regionalnih različitosti, uz svugdje prisutno iznadprosječno (od 3,8 naviše) podupiranje stava o ženinu pravu izbora u pogledu zadržavanja trudnoće, kao i pravu žene na medicinski potpomognutu oplodnju bez obzira na to je li u braku. Podržavanje tih dvaju stavova u svim je, dakle, područjima Hrvatske iznadprosječno prihvaćeno. Međutim, određene regionalne razlike vidljive su u pitanju davanja ženama prava izbora o zadržavanju trudnoće, osobito između Sjeverne Hrvatske i Zagreba s jedne strane te Istre i Dalmacije s druge, pri čemu su stanovnici Sjeverne Hrvatske i Zagreba najviše skloni podržati takav stav, dok stanovnici Istre i Dalmacije takav stav manje podržavaju. Stav “Žena koja se liječi od neplodnosti treba imati pravo na ‘umjetnu oplodnju’ bez obzira na to je li u braku ili nije” najviše su skloni podržati stanovnici Sjeverne Hrvatske, a najmanje oni iz Dalmacije i Slavonije, premda ga i jedni i drugi iznadprosječno podržavaju. “Najbolje je da odluku o zadržavanju trudnoće žene donese muškarac – otac djeteta” stav je koji sve hrvatske regije ispodprosječno podržavaju, pri čemu su taj stav najviše skloni podržati stanovnici Like i Dalmacije, za razliku od stanovnika zagrebačke regije, koji su tome najmanje skloni. Ovdje je vidljivo i to da su u pogledu ovoga stava najveće razlike između regija Zagreba i Istre, te Slavonije i Dalmacije, pri čemu su Istrani/Istranke i Dalmatinci/Dalmatinke tome više skloni od stanovnika Zagreba i Slavonije. Iz toga proizlazi da su regije Sjeverne Hrvatske i grada Zagreba najmanje sklone patronizirati ženska reproduktivna prava, postavljati im dodatna ograničenja ili uvjetovati reproduktivne odluke određenim bračnim statusom.



## UMJESTO ZAKLJUČKA – PREMA USPOSTAVI AUTONOMNE KONTROLE I SAMODETERMINACIJE ŽENA U REPRODUKCIJI

---

Trudnoća je uvijek rizik samo za žene. Trudnoća i majčinstvo nisu zdravstveno neopasni, niti su zdravstveni rizici trudnoće i porođaja za žene i novorođenčad igdje potpuno eliminirani,<sup>11</sup> a ne može se unaprijed znati ni kakvi će i koliki oni biti. U Hrvatskoj su novim zakonom o MPO-u povećani rizici višeplođnih trudnoća i bolnih tretmana MPO-a, uza slabije učinke. Kvalitetniji tretmani “umjetne oplodnje” koji se provode u nekim drugim zemljama dostupni su samo ekonomski osiguranim ženama. Budući da kvaliteta i dostupnost tretmana ovisi o socijalnom statusu žena, siromašne žene koje liječe neplodnost dovedene su u ekonomski diskriminirajuće položaje u slučaju tretmana u inozemstvu. Istodobno je u Hrvatskoj zabranjeno korištenje surogatnog majčinstva. Uz kontracepciju koja u pravilu ostaje “ženska briga”, rizicima se pridodaju i posljedice neželjenih trudnoća, uz nepouzdanu obavljanje prekida trudnoće u ovlaštenim klinikama zbog mogućih “prigovora savjesti” mjerodavnih liječnika itd. Tako se reproduktivna politika pokazuje ne samo nepouzdanom, nesigurnom i zdravstveno rizičnom nego i regresivnom i mizoginom.

Majčinstvo je, pak, različitim ženama potpuno različit doživljaj. Nekim je ženama neopisiv izvor radosti, ali nekima je i doživljaj koji može biti izvor brojnih frustracija. Bez obzira, pak, na to koliko se tekuće politike trudile prikazati majčinstvo kao najpoželjniji cilj svake “normalne” žene, pojedina društva, uključujući hrvatsko, nastavljaju podcjenjivati ili čak stigmatizirati žene – osobito maloljetne majke, nezaposlene, samohrane, razvedene, neplodne, bolesne itd. – bilo ekonomski nepovoljnijim uvjetima i položajem na tržištu rada u odnosu na muškarce (Galić i Nikodem, 2007.; 2009.) te rodnim jazom plaća, bilo političkom marginalizacijom u pogledu slabije političke promocije žena političarki ili uopće obeshrabrivanjem žena kao kandidatkinja za aktivno bavljenje politikom i političke funkcije (Leinert Novosel, 1990.; 1999.). U hrvatskom je društvu stalno prisutan manifestni sukob između feminizma i pronatalitetne dogme da je majčinstvo nužno za ispunjenje kao žene. Taj se sukob navedenim oblikom reproduktivne politike još više produbljuje. Pritom se čak gotovo potpuno zanemaruje činjenica da bi majčinstvo trebalo biti ponajprije dobrovoljan čin. Zato

---

11 Maternalna je smrtnost, recimo, veća u Hrvatskoj nego u nekim susjednim zemljama (Mađarskoj, Austriji...), dok je u Sloveniji još veća, ali nigdje nije potpuno eliminirana ([www.hzjz.hr](http://www.hzjz.hr)) (27. 8. 2010.).

se zauzimamo za podršku feminističkog diskursa samodeterminacije žena u reprodukciji i kontroli reprodukcije, za uspostavu teorije samodeterminacije te korištenje vlastitih ženskih znanja i autonomnih iskustava u pogledu donošenja odgovornih reproduktivnih odluka. Žene-subjekti kao nositeljice reprodukcije zbog vlastitih zaloga te rizika tijela i zdravlja trebaju imati najveći udio u odlučivanju o reprodukciji – razmjerno svojim ulozima i rizicima. U praksi to znači odgovornu i autonomnu reproduktivnu kontrolu te odbacivanje svih onih politika koje podcjenjuju ili ignoriraju kriterije i sposobnosti žena u pogledu donošenja reproduktivnih odluka, kao i u pogledu raspolaganja vlastitom seksualnosti.

## LITERATURA

---

- BALOBAN, J. (1998.), Poteškoće u spolnom odgoju mladeži, *Bogoslovska smotra*, 69 (1-2): 83-97. [http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id\\_clanak\\_jezik=50476](http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=50476) (24. 8. 2010.)
- BALOBAN, S. i ČRPIĆ, G. (1998.), Pobačaj i mentalitet u društvu, *Bogoslovska smotra*, 68 (4): 641-654. [http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id\\_clanak\\_jezik=50142](http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=50142) (24. 8. 2010.)
- BALOBAN, J. i ČRPIĆ, G. (2005.), Brak – Institucija od koje se očekuje, a u koju se ne ulaže. Brak u napetosti između ideala i zbilje. U: J. Baloban (ur.), *U potrazi za identitetom* (str. 115-144), Zagreb, Golden marketing.
- BECK, U. i BECK-GERNSHEIM, E. (2007.), Families in a Runaway World. U: J. Scott, J. Treas i M. Richards (ur.), *The Blackwell Companion to the Sociology of Families* (str. 499-514), Oxford: Blackwell.
- CASTELLS, M. (2002.), *Moć identiteta*, Zagreb, Golden marketing.
- CIFRIĆ, I. i MARINOVIĆ JEROLIMOV, D. (2007.), Pobačaj kao bioetički izazov. *Sociologija i prostor*, 45, 177-178 (3-4): 247-268.
- ČRPIĆ, G. i ZRINŠČAK, S. (2010.), Dinamičnost u stabilnosti: Religioznost u Hrvatskoj 1999. i 2008. godine. *Društvena istraživanja*, 19, 1-2 (105-106): 3-27.
- GALIĆ, B. (2004.), Seksistički diskurs rodnog identiteta. *Socijalna ekologija*, 13 (3-4): 305-325.
- GALIĆ, B. (2006.), Stigma ili poštovanje? Reprodiktivni status žena u Hrvatskoj i šire. *Revija za sociologiju*, 37 (3-4): 149-164.

- GALIĆ, B. (2008.), Rodni identitet i seksizam u hrvatskom društvu. U: I. Cifrić (ur.), *Relacijski identiteti. Prilozi istraživanju identiteta hrvatskog društva* (str. 153-185), Zagreb, Razvoj i okoliš.
- GALIĆ, B. i NIKODEM, K. (2006.), Ne/razlomljeni identiteti. Seksizam i religioznost u hrvatskom društvu. *Socijalna ekologija*, 15 (1-2): 43-81.
- GALIĆ, B. i NIKODEM, K. (2007.), *Identifikacija standarda diskriminacije žena pri zapošljavanju u Republici Hrvatskoj*, Zagreb, Ured za ravnopravnost spolova Vlade RH. <http://www.ured-ravnopravnost.hr/page.php?id=392> (18. 6. 2010.)
- GALIĆ, B. i NIKODEM, K. (2009.), Percepcija rodni jednakosti i šansi pri zapošljavanju u hrvatskom društvu. Pogled nezaposlenih žena. *Revija za socijalnu politiku*, 16 (3): 253-271.
- GLICK, P. i FISKE, S. T. (1997.), Hostile and Benevolent Sexism. *Psychology of Women Quarterly*, 21: 119-135.
- GOLDBERGER, G. (2005.), Revitalizacija religije u sjeni naslijeđa liberalne zakonske regulative: stavovi o pobačaju. *Sociologija i prostor*, 43, 2 (168): 409-437.
- GRCE, M., GRAHOVAC, B., RUKAVINA, T., VRDOLJAK-MOZETIĆ, D., GLAVAŠ-OBROVAC, L., KALITERNA, V. i ŽELE STARČEVIĆ, L. (2007.), HPV Testing for Cervical Cancer Screening in Croatia. *Coll Antropol*, 31 (Suppl 2): 67-71.
- ILIŠIN, V. i RADIN, F. (2002.), *Vrijednosni sustav mladih i društvene promjene u Hrvatskoj*, Zagreb, Institut za društvena istraživanja.
- INGLEHART, R. i NORRIS, P. (2003.), *Rising Tide. Gender Equality and Cultural Change around the World*, Cambridge, Cambridge University Press.
- JUREŠA, V., POSEVAC, M., MUSIL, V. i PETROVIĆ, D. (2009.), Borba protiv neznanja i predrasuda o spolno prenosivim bolestima: znanje i stavovi učenika i profesora srednjih škola o HIV-u/AIDS-u. *Medicus*, 18 (1): 89-93. [http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id\\_clanak\\_jezik=74469](http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=74469) (25. 8. 2010.)
- LEINERT NOVOSEL, S. (1990.), *Žene – politička manjina*, Zagreb, NIRO Radničke novine.
- LEINERT NOVOSEL, S. (1999.), *Žena na pragu 21. stoljeća – između majčinstva i profesije*, Zagreb, Ženska grupa TOD i EDAC.
- MASSER, B. i ABRAMS, D. (1999.), Contemporary Sexism. *Psychology of Women Quarterly*, 23: 503-517.

- MORRISON, M. A., MORRISON, T. G., POPE, G. A. i ZUMBO, B. D. (1999.), An Investigation of Measures of Modern and Old-Fashioned Sexism. *Social Indicators Research*, 48: 39-50.
- PILLAI, V. K. i GUANG-ZHEN, W. (1999.), Women's Reproductive Rights and Social Equality in Developing Countries. *Social Science Journal*, 36 (3): 459-468.
- Porodi u zdravstvenim ustanovama u Hrvatskoj 2008. godine (2009.), Hrvatski zavod za javno zdravstvo. [www.hzjz.hr/publikacije/porodi\\_2008.pdf](http://www.hzjz.hr/publikacije/porodi_2008.pdf) (15. lipnja 2010.)
- Prekidi trudnoća u zdravstvenim ustanovama u Hrvatskoj 2008. godine (2009.), Hrvatski zavod za javno zdravstvo. [www.hzjz.hr/publikacije/porodi\\_2008.pdf](http://www.hzjz.hr/publikacije/porodi_2008.pdf) (15. lipnja 2010.)
- RELJA, R., GALIĆ, B. i DESPOTOVIĆ, M. (2009.), Položaj žena na tržištu rada grada Splita. *Sociologija i prostor*, 47, 3 (185): 217-239.
- RITTOSSA, D. (2005.), Prijepori o pravu na pobačaj u Republici Hrvatskoj. *Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci*, 26 (2): 971-997.
- ŠKRABALO, M. i JURIĆ, H. (2005.), The Influence of the Catholic Church on the Policy of Reproductive and Sexual Rights and Health from the Beginning of 2004 to March 2005. U: *Openness of Society – Croatia 2005*. (str. 174-121), Zagreb, Open Society Institute, [www.idemo.hr/miniweb/dokumenti/openness2005.pdf](http://www.idemo.hr/miniweb/dokumenti/openness2005.pdf) (25. 4. 2007.)
- ŠTULHOFER, A., DOKMANOVIĆ, M., AJDUKOVIĆ, D., BOŽIĆEVIĆ, I. i KUFRIN, K. (2006.), Seksualnost mladih u Hrvatskoj: simboličke i bihevioralne promjene u razdoblju od 1972. do 2005. *Pedagogijska istraživanja*, 2 (2): 327-342.
- ŠTULHOFER, A., AJDUKOVIĆ, D., BOŽIĆEVIĆ, I. i KUFRIN, K. (2005.), *HIV/AIDS and Youth – Croatia 2005*, Zagreb, Ministry of Health and Social Care, 2006., c.
- ŠTULHOFER, A. (2009.), Sociokulturni i psihosocijalni aspekti rizičnog seksualnog ponašanja. *Medicus*, 18 (1):123-129.
- TOMIĆ-KOLUDROVIĆ, I. i KUNAC, S. (2000.), *Rizici modernizacije: žene u Hrvatskoj devedesetih*, Split, Udruga građana "Stope nade".
- Ustav Republike Hrvatske, NN br. 28/2001.
- Ustav SFRJ (1974.), <http://sr.wikisource.org/> (25. 8. 2010.)
- WALBY, S. (1990.), *Theorising Patriarchy*, Oxford, Blackwell.
- Zakon o zdravstvenim mjerama za ostvarivanje prava na slobodno odlučivanje o rađanju djece (1978.), Zagreb:

- Narodne novine* 18/78. [http://hr.wikisource.org/wiki/Zakon\\_o\\_zdravstvenim\\_mjerama\\_za\\_ostvarivanje\\_prava\\_na\\_slobodno\\_odlu%C4%8Divanje\\_o\\_ra%C4%91anju\\_djece](http://hr.wikisource.org/wiki/Zakon_o_zdravstvenim_mjerama_za_ostvarivanje_prava_na_slobodno_odlu%C4%8Divanje_o_ra%C4%91anju_djece) (24. 8. 2010.)
- Zakon o medicinskoj oplodnji (2009.), *Narodne novine* 88/09, 137/09. <http://www.zakon.hr/z/248/Zakon-o-medicinskoj-oplodnji> (24. 8. 2010.)
- ZRINŠČAK, S. i NIKODEM, K. (2009.), Why, at All, Do We Need Religion? Religion and Morality in Post-Communist Europe. U: G. Pickel i O. Müller (ur.), *Church and Religion in Contemporary Europe: Results from Empirical and Comparative Research* (str. 13-24), Wiesbaden – VS Verlag.