



vodilja zasnovana na dokazima i dobroj praksi

Savjetovanje i procedure prije i nakon namjernog ranog prekida trudnoće

2007.

Savjetovanje i procedure prije i nakon namjernog ranog prekida trudnoće

Vodilja zasnovana na dokazima i dobroj praksi

2007.

U razvoju vodilje postignuta je multidisciplinarnost bez obzira na ograničen broj stručnjaka koji su u tome učestvovali. Radna grupa za razvoj obuhvatila je ginekologe, psihologe, socijalne radnike, babice, predstavnika pacijenata i stručnjake za organizaciju i metodologiju razvoja.

Autori / članovi radnih grupe za izradu vodilje:

- Radna grupa za izradu vodilje za Savjetovanje prije i nakon ranog namjernog prekida trudnoće:
1. dr. Zoran RIĐANOVIĆ, koordinator procesa izrade vodilja, AKAZ
 2. dr. Fadila SERDAREVIĆ, stručnjak za metodologiju razvoja vodilja zasnovanih na dokazima, Medicinski fakultet Univerziteta u Sarajevu
 3. dr. Aida PILAV, koordinator radne grupe, Federalni zavod za javno zdravstvo
 4. dr. Nidžara SARIĆ, ginekolog, KCU Sarajevo
 5. Sejda DŽINO, medicinska sestra, DZ Otoka
 6. Danica RAŠEVIĆ, socijalna radnica, Centar za socijalni rad Trebinje
 7. dr. Enis HASANOVIĆ, ginekolog, Dispanzer za žene, DZ Goražde
 8. Suad BEHMEN, dipl. psiholog, Regionalni medicinski centar Mostar
 9. Ilma MILIĆ, predstavnica pacijentica
 10. dr. Azra HASIĆ-ČEHIĆ, ginekolog, DZ Bihać
 11. dr. Draško KUPREŠAK, predstavnik porodične medicine, Ljekarska komora RS
 12. dr. Sanjin Dekovi, ginekolog, KCU Sarajevo
 13. Irma Džambo, dipl. psihologinja

- Radna grupa za izradu vodilje za Procedure prije i nakon ranog namjernog prekida trudnoće:
1. dr. Jadranka DIZDAREVIĆ, koordinator radne grupe, KCU Sarajevo
 2. dr. Zoran RIĐANOVIĆ, koordinator procesa izrade vodilja, AKAZ
 3. dr. Fadila SERDAREVIĆ, stručnjak za metodologiju razvoja vodilja zasnovanih na dokazima, Medicinski fakultet Univerziteta u Sarajevu
 4. dr. Rajna ŠARENAC, ginekolog, Opšta bolnica Zvornik
 5. dr. Mithat KURTOVIĆ, ginekolog, Zavod za zaštitu žena i materinstva, Sarajevo
 6. Ajdina PANDŽA, predstavnica pacijentica
 7. dr. Feđa OMERAGIĆ, ginekolog, Privatna poliklinika, Tuzla
 8. dr. Jadranka TOPIĆ, ginekolog,
 9. dr. Anja TOMIĆ-ČIČA, ginekologinja-citolog, Zavod za zaštitu žena i materinstva, Sarajevo

Recenzenti:

Prim. dr. Vjekoslav Mandić, dr. Merima Vejsilović, prof. dr. Idriz Bukvić

Izdavač: UNFPA - Populacijski fond Ujedinjenih nacija, Ured u BiH

Lektor: Janja Vanovac

Dizajn: Ljubomir Kravec, AKAZ

Štamparija: Grafika Šaran Sarajevo

Tiraž: 162 primjerka

CIP - Katalogizacija u publikaciji
Nacionalna i univerzitetska biblioteka
Bosne i Hercegovine, Sarajevo

618.39 (035)

SAVJETOVANJE i procedure prije i nakon
namjernog ranog prekida trudnoće : vodilja
zasnovana na dokazima i dobroj praksi / [autori
Zoran Riđanović ... [et al.] . - Sarajevo : UNFPA -
Populacijski fond Ujedinjenih nacija, Ured u BiH,
2007. - 70, 38 str. : graf. prikazi ; 15 cm

Bibliografija: str. 54 - 59, 31 - 34.
1. Riđanović, Zoran
COBISS.BH - ID 15662598

*Toplo zahvaljujemo:
Dr. Sari Twaddle, direktorici SIGN-a i Carolini
Bearfield iz Royal College of Obstetricians and
Gynaecologists na dozvoli za adaptaciju Vodilje
The Care Woman Requesting Induced Abortion.*

Za izradu ove vodilje je korištena nova metoda adaptacije postojećih vodilja, i to primarno škotska vodilja RCOG *Evidence-based Clinical Guideline Number 7 The Care Woman Requesting Induced Abortion*, zasnovane na dokazima do kraja 2002. godine.

Ova metoda podrazumijeva adaptaciju i modifikaciju postojećih RCOG preporuka prema našim uvjetima, kao i ažuriranje literature od početka 2003. godine do danas, te pokušaj da se odgovori na neka nova pitanja, koja nisu postavljena u RCOG vodilji, a tiču se naše sredine.

I dio

Savjetovanje prije i nakon namjernog ranog prekida trudnoće

Vodilja zasnovana na dokazima i dobroj praksi

SADRŽAJ

1 UVOD	11
2 RAZVOJ VODILJA ZA SAVJETOVANJE	13
2.1 Potreba za vodiljama	13
2.2 Korisnici vodilja	13
2.3 Svrha vodilja za savjetovanje	14
2.4 Ciljna populacija	14
2.5 Multidisciplinarna grupa za razvoj	14
2.6 Neovisnost razvoja	15
2.7 Metodologija razvoja	15
2.8 Pregled i ažuriranje	17
3 PREGLED PREPORUKA	18
4 OKVIR ZA SAVJETOVANJE	20
4.1 Definicije	20
4.2 Svrha savjetovanja	20
4.3 Savjetnici	21
4.4 Ambijent za savjetovanje i komunikacija sa ženom	21
4.5 Spremnost žene za savjetovanje	22
4.6 Prava žene tokom savjetovanja i procedure prekida trudnoće	22
4.7 Prava žene tokom kliničkih istraživanja	23
4.8 Uloga partnera	23
5 PROCEDURA SAVJETOVANJA	25
5.1 Pregled opcija savjetovanja	25
5.2 Početni kontakt	25
5.3 Zakazivanje posjete	26
5.4 Prvo savjetovanje radi odlučivanja	26
5.5 Trijaža	28
5.6 Klinički pregled	29
5.7 Informiranje i savjetovanje radi informiranog pristanka: Opcije za prekid trudnoće	30
5.8 Informiranje žene o rizicima i komplikacijama	30
5.9 Informirani pristanak	31
5.10 Papa test prije prekida trudnoće	31
5.11 Savjetovanje u vezi s planiranjem porodice prije prekida trudnoće	32
5.12 Savjetovanje u vezi s planiranjem porodice	33
5.13 Savjetovanje u vezi s apliciranjem spirale odmah nakon pobačaja	34
6 DOKAZI KOJI PODRŽAVAJU PREPORUKE	36
7 KRITERIJI ZA KLINIČKU REVIZIJU I AKREDITACIJU	51
7.1 Organizacija usluga	51
7.2 Informacije za žene	51
7.3 Menadžment prije prekida trudnoće	51
7.4 Procedura prekida trudnoće	51
7.5 Njega nakon prekida trudnoće	52
7.6 Primjeri	52
REFERENCE	55
PRILOZI	93
I DIO: SAVJETOVANJE PRIJE I NAKON NAMJERNOG RANOG PREKIDA TRUDNOĆE	9

1 UVOD

Podaci Svjetske zdravstvene organizacije pokazuju da od 210 miliona trudnoća koje se dese svake godine, oko 22% završi namjernim prekidom i, gledano globalno, vjerovatnoća je da ogromna većina žena ima bar jedan pobačaj do 45. godine života.¹

Iako aktuelni Program zdravstveno-statističkih istraživanja u BiH predviđa provođenje statistike namjernog prekida trudnoće, i dalje su ovi podaci nedostatni, jer prikupljanje podataka nije redovito. Raspoloživi podaci na temelju kojih se procjenjuje veličina problema u Bosni i Hercegovini su rezultat populacione cross-sekcionalne studije, koja je u BiH provedena 1998. godine na uzorku od 1000 žena reproduktivne dobi 15 - 49 godina, koje su aktuelno udane ili su udane ili žive u zajednici sa muškarcem. Rezultati studije pokazuju da je gotovo svaka treća žena imala namjerni prekid trudnoće, od čega je njih 7% imalo 3 ili više pobačaja. Ukupno 7% žena je imalo namjerni prekid trudnoće prije prvog porođaja, a gotovo 51% žena je imalo namjerni prekid trudnoće između prvoga i posljednjega porođaja. Od ukupnoga broja ispitanica koje su izvjestile da su izvršile prekid trudnoće, njih 12% je imalo neku komplikaciju. Ukupno 14% žena je izjavilo da su nakon prekida trudnoće bile depresivne, od čega 10% veoma depresivne.²

Tamo gdje su efektivne kontraceptivne metode dostupne i široko korištene, ukupan broj pobačaja se veoma smanjio,³ ali se i dalje namjerni prekid trudnoće pojavljuje u značajnom procentu kao metoda planiranja porodice sa svim posljedicama i rizicima za reproduktivno zdravlje žene.

Ipak, uvažavajući sve rizike u vezi s reproduktivnim zdravljem žene i zdravljem žene uopće koje sobom nosi namjerni prekid trudnoće, važno je istaknuti da je pravo na namjerni prekid trudnoće reproduktivno pravo i sloboda svake žene, što u ukupnosti čine pravo na slobodno roditeljstvo.⁴

Sve ovo ukazuje na značaj problema i neophodnost integriranja zdravstvene zaštite žena u proces namjernog prekida trudnoće. Stalno unapređivanje zdravstvene zaštite žena u tom periodu, inovativni pristupi u skladu sa savremenim zdravstvenim i kliničkim metodama imperativna su potreba u zaštiti zdravlja žena, posebno u veoma osjetljivom tranzicijskom momentu u kojem je sad Bosna i Hercegovina.

Implementacija protokola za provođenje medikamentoznog pobačaja, koji je u svjetskoj literaturi visoko preporučen do 9. sedmice gestacijske starosti jest inovacija koja je u potpunosti prikazana u ovim *vodiljama* i visoko je preporučena kliničarima / praktičarima u Bosni i Hercegovini.

Očevidno, savjetovanje je ključna komponenta svakoga prekida trudnoće,^{5,6} što je vidljivo iz rezultata brojnih studija koje su do sada provedene u svijetu. Zbog toga je sudjelovanje zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika (psiholozi, socijalni radnici) u savjetovanju prije i nakon namjernoga prekida trudnoće neophodno kao integralni dio zdravstvene zaštite žene i način kako ženi olakšati da ostvari svoje zagarantirano pravo na slobodno roditeljstvo.

Prilikom savjetovanja zdravstveni radnici trebaju informirati ženu šta može očekivati prije, za vrijeme i nakon procedure prekida trudnoće, te dobiti njen informirani pristanak na namjerni prekid trudnoće, što je također inovacija u odnosu na dosadašnju praksu. Ženi

se skreće pažnja na upozoravajuće znakove kad ona mora zatražiti profesionalnu pomoć, posebno u slučajevima provođenja medikamentozne procedure prekida trudnoće, kao i negativne psihološke reakcije.

Savjetovanje je prije svega razgovor o osjećajima i zabrinutosti žene koja svoju situaciju doživljava kao kriznu. Postoji mnoštvo osobnih stilova savjetovanja i nijedan se od njih ne može preporučiti za sve moguće životne situacije. Savjetovanje nije terapija i zato se ne predviđa za duži period vremena. Također, savjetovanje ne smije biti administrativna prepreka za proceduru prekida trudnoće i mora biti **dobrovoljno**. Kad problem žene nije u djelokrugu savjetnika, zdravstvena ustanova je mora uputiti odgovarajućem stručnjaku.⁷

Klinička iskustva pokazuju da je savjetovanje usko vezano za prihvaćanje i efikasnost metoda prekida trudnoće od strane žene. Kada je žena savjetovanjem adekvatno pripremljena za prekid trudnoće, ona će biti zadovoljnija, bez obzira na izabranu metodu prekida trudnoće.⁸

Ženi prije svega treba osigurati **izbor** između medikamentoznog i hirurškog pobačaja. Tokom savjetovanja treba opisati obje metode i to potkrijepiti pisanim materijalom (brošuram). Zdravstveni radnik ne bi trebao utjecati na slobodni izbor žene u pogledu metoda prekida trudnoće. I u usmenom izlaganju i u pisanoj formi ženi treba pružiti potpune, tačne i nepristrane informacije i ostaviti joj određeno vrijeme da sama odluči.

Prema istraživanjima Picker instituta,⁹ informiranje i savjetovanje žene najznačajniji je faktor u sveukupnoj ocjeni ispitanica kad je riječ o kvaliteti usluga prekida trudnoće. U anketi su žene istaknule značaj informiranja o opcijama prekida trudnoće, te poštivanja privatnosti, povjerljivosti i stjecanja povjerenja u osoblje koje pruža usluge.

U 1999. godini FIGO je objavio osam preporuka koje se tiču namjernoga pobačaja iz “nemedicinskih razloga”. Ukratko, preporuka je bila da “nakon odgovarajućeg savjetovanja žena ima pravo na pristup medicinskom ili hirurškom pobačaju i da su zdravstvene službe obavezne da obezbijede takve usluge što je moguće sigurnije”. WHO je u 2003. godini objavila *Technical and Policy Guidance on Safe Abortion*¹⁰s ciljem da pomogne zdravstvenim sistemima kako bi legalni pobačaj učinili sigurnim i dostupnim.

Radne grupe koje su radila na razvoju ovih *vodilja* smatraju da je zahtjev za namjerni prekid trudnoće relativno čest u našem zdravstvenom sistemu, te je potrebno razvijati *vodilje* za sve faze procesa namjernoga pobačaja. Podržan je koncept da je *savjetovanje prije i nakon pobačaja* samo manji, ali važan segment, koji treba osigurati u sklopu širih usluga iz područja reproduktivnog i seksualnog zdravlja žene.

2 RAZVOJ VODILJA ZA SAVJETOVANJE

2.1 Potreba za vodiljama

U našem zdravstvenom sistemu dosad se nisu koristili *vodilje za savjetovanje prije i nakon prekida trudnoće*. Dapače, ne postoji evidencija da su se u ginekološkim ambulantomama žene savjetovale, čak i kada se to na nekim mjestima provodilo u praksi.

U anketiranju koje smo obavili prije ovog razvoja, od 212 registriranih zdravstvenih ustanova, javnih i privatnih, nismo mogli pronaći bilo kakav dokumentirani trag o savjetovanju žena. Anketiranje je također pokazalo da se informiranje i savjetovanje žena prije prekida trudnoće ne obavlja na konzistentan način, tako da se ženama omogućio **informirani izbor, informirano odlučivanje i informirani pristanak** na prekid trudnoće i upućivanje drugim stručnjacima ako to bude potrebno. Budući da savjetovanje žene prije i nakon prekida trudnoće treba postati sastavni i neizostavni dio procedure pobačaja, *vodiljom* se želi formalizirati i standardizirati postupak savjetovanja kako bi se spriječile dosadašnje velike varijacije u praksi.

2.2 Korisnici vodilja

Vodilje za savjetovanje prije i nakon prekida trudnoće namijenjene su prije svega **specijalistima ginekologije i akušerstva** koji rade u javnim i privatnim zdravstvenim ustanovama, ali mogu pomoći i **liječnicima porodične medicine, sestrama akušerkama, medicinskim i patronažnim sestrama, kliničkim psiholozima i socijalnim radnicima**. *Vodilje* također mogu biti od pomoći i onima koji planiraju usluge vezane za pobačaj, profesionalcima u javnom zdravstvu i direktorima kliničkih ustanova.

Vodilja za savjetovanje prije i nakon prekida trudnoće sadrži radni okvir za savjetovanje, koje je uvijek duboko individualan čin i, osim glavnih smjernica, ne može biti preskriptivna. U prilogu je, pored ostalog, obrazac za informirani pristanak žene na prekid trudnoće i nacrt informativne brošure za žene. Prilog sadrži: odgovarajuće algoritme radi jednostavnijeg i bržeg pregleda postupka savjetovanja, kontrolnu listu za klinički pregled žene prije i nakon izvođenja procedure pobačaja te kontrolnu listu za samu proceduru savjetovanja. Svrha kontrolnih lista je jasan i dokumentiran pregled postavljenih kriterija s ciljem praćenja i ocjene kvalitete rada putem **kliničke revizije**.

Striktna primjena *Vodilje* zahtijevat će odgovarajuće izmjene postojeće prakse, prije svega **edukaciju i obuku zdravstvenih profesionalaca** koji će se baviti savjetovanjem, neke **organizacijske promjene** (veće radno opterećenje ginekologa, njihovu preraspodjelu, veći utrošak vremena za pregled i vođenje evidencije), obuku praktičara za kliničku reviziju, analizu podataka i izvještavanje.

Stimulativno finansiranje zdravstvenih ustanova koje implementiraju *Vodilju*, uz sveukupno poboljšanje kvaliteta procedure prekida trudnoće, a na temelju pridržavanja principa *Vodilje*, što se dokumentira kliničkom revizijom, može biti odgovor na potencijalne prepreke u njenoj primjeni. Menaždment ustanove, finansijeri i AKAZ mogu odrediti valjane pokazatelje njene primjene u praksi, naprimjer – *Savjetovanje izvršeno u obimu od 90%; Sve pregledane žene dobile potreban informativni materijal; Informirani pristanak potpisalo 85% žena*, itd.

U ovom trenutku teško je izračunati troškove razvoja, dopunjavanja, diseminacije i implementacije *vodilja za savjetovanje* u odnosu na očekivane dobiti u reduciranju broja prekida trudnoće, smanjenju komplikacija, poboljšanju komfora za ženu i, na koncu, u boljem planiranju porodice. Rezultati ovakvih analiza mogu se očekivati tek nakon dugotrajnije primjene savjetovanja u okviru novog pristupa prekidu trudnoće. Ipak, praktična iskustva na drugim mjestima govore nam da uvođenje formalnog savjetovanja za žene koje su neodlučne ili imaju određene probleme može uveliko unaprijediti ovaj oblik zaštite i uštedjeti značajna sredstva.¹¹

2.3 Svrha vodilja za savjetovanje

Osnovna svha kliničkih *vodilja za savjetovanje* jest da se kod zdravstvenih profesionalaca razviju i održe profesionalna znanja i vještine u odgovarajućem pristupu savjetovanju prije i nakon namjernog prekida trudnoće.

Sistematski razvijene izjave u *vodiljama* trebaju pomoći zdravstvenim profesionalcima i drugima u osiguranju da sve žene koje traže pobačaj imaju ujednačeno visok kvalitet zaštite i usluga prije i nakon namjernoga prekida trudnoće. Nadati se da će *vodilje* biti implementirane u svim relevantnim područjima zdravstvene zaštite i da će se pomoću njih promovirati konzistentan standard, bez obzira na sektore u kojima pojedine žene traže usluge.

2.4 Ciljna populacija

Vodilje se odnose na savjetovanje žena prije i nakon prekida trudnoće u dobi iznad 18 godina i zaključno sa 9. sedmicom trudnoće. Prema tome, *vodilje* se ne odnose na mlađi, adolescentni uzrast, za što treba razviti drugi pristup savjetovanju.

2.5 Multidisciplinarna grupa za razvoj

U razvoju *vodilje* postignuta je multidisciplinarnost bez obzira na ograničen broj stručnjaka koji su u tome učestvovali. Radna grupa za razvoj obuhvatila je ginekologe, babice, predstavnice pacijentica i stručnjake za organizaciju i metodologiju razvoja.

Članovi radne grupe:

1. dr. Aida PILAV, koordinatorica Radne grupe, Federalni zavod za javno zdravstvo
2. dr. Zoran RIĐANOVIĆ, koordinator procesa izrade vodilja, AKAZ
3. dr. Fadila SERDAREVIĆ, stručna osoba za metodologiju razvoja *vodilja* zasnovanih na dokazima, Medicinski fakultet Univerziteta u Sarajevu
4. dr. Nidžara SARIĆ, ginekologinja, KCU Sarajevo
5. Sejda DŽINO, medicinska sestra, DZ Otoka
6. Danica RAŠEVIĆ, socijalna radnica, Centar za socijalni rad Trebinje

7. dr. Enis HASANOVIĆ, ginekolog, Dispanzer za žene, DZ Goražde
8. Suad BEHMEN, dipl. psiholog, Regionalni medicinski centar Mostar
9. Ilma MILIĆ, predstavnicica pacijentica
10. dr. Azra HASIĆ-ČEHIĆ, ginekologinja, DZ Bihać
11. dr. Draško KUPREŠAK, predstavnik porodične medicine, Ljekarska komora RS
12. dr. Sanjin Deković, ginekolog, KCU Sarajevo
13. Irma Džambo, dipl. psihologinja

2.6 Neovisnost razvoja

UNFPA je finansijski i stručno podržao članove tima za razvoj *Vodilje*, ali mišljenja i interesi nisu imali utjecaja na konačne preporuke.

2.7 Metodologija razvoja

Za izradu ove *Vodilje* korištena je nova metoda adaptacije postojećih vodilja, i to primarno RCOG vodilje zasnovane na dokazima do kraja 2002 godine. Ova metoda podrazumijeva adaptaciju i modifikaciju postojećih RCOG preporuka prema našim uvjetima, kao i ažuriranje literature od početka 2003. godine do danas, te pokušaj da se odgovori na neka nova pitanja, koja nisu postavljena u RCOG vodilji, a tiču se naše sredine.

Strategija pretrage literature

Kao osnovni izvorni dokument za ovu *Vodilju* korištena je primarno škotska RCOG vodilja radi pregleda već evidentiranih dokaza. S ciljem pronalaženja dokaza, koji nisu navedeni u ovoj vodilji, izvršen je sistematski pregled dodatne literature. Cilj te dodatne pretrage bio je da se identificiraju i sintetiziraju relevantni dokazi objavljeni nakon izdavanja RCOG vodilje - 2003. godine, pa sve do kraja 2006., te da se evidentiraju studije što se odnose na pitanja koja nisu navedena u njoj, a tiču se naše sredine. Na ovaj se način omogućava da preporuke vezane za kliničku praksu budu zasnovane na dokazima gdje god je to moguće.

Za izradu ove *Vodilje* kao bazični dokument za adaptaciju korištene su odabrane pojedinačne preporuke iz škotske vodilje, zasnovane na dokazima do kraja 2002. godine. Pored navedenog, izvršena su istraživanja elektronskih baza podataka MEDLINE i EMBASE za period od 1999. do 2006. godine, s posebnim osvrtom na period od 2003. do 2006. (period koji nije uključen u škotsku vodilju), te na studije izvedene u manje razvijenim zemljama, kojima i mi pripadamo. Pretraga je uključivala publikacije na engleskom i na b/h/s jezicima. Pretraživanja su urađena korištenjem relevantnih izraza i riječi u naslovima teksta koje se odnose na odgovarajuće oblasti. Glavni termini pretraživanja bili su: *pregnancy* (mistimed, unintended, unplanned, unwanted); *induced / abortion; interruption; termination of pregnancy; family planning; contraceptive behavior/habits, counseling, sex counseling, pre-abortion counseling; post-abortion counseling; education; knowledge, attitudes, experience, perception i behavior*. Primarno su tražene postojeće

vodilje, pa zatim sistematski pregledi sa i bez metaanaliza, te pojedinačne randomizirane kliničke studije. *Cochrane* baza podataka je također bila pretražena s ciljem da se identificiraju sistematski pregledi, metaanalize i randomizirane kliničke studije. Ukoliko ti dokazi nisu bili dostupni, tražene su opservacijske kohortne studije, te studije kontrole slučaja ili čak serije slučajeva i pojedinačnih slučajeva.

Selekcija literature

Dobivena literatura je pažljivo pregledana, te su potpuni dokumenti bili dobiveni ako su oni bili relevantni za temu. Literatura koja se primarno ne odnosi na problematiku bila je odbačena, kao i literatura u kojoj relevantni rezultati nisu bili objavljeni. Za sva tematska područja korištene su objavljene *vodilje* i sistematski pregledi ili metaanalize, ako su bili dostupni. Ako toga nije bilo, tražene su pojedinačne randomizirane kliničke studije. Za tematska područja gdje su sistematski pregledi ili randomizirane kliničke studije bili dostupni nisu sistematično tražene studije sa manje kvalitetnim dizajnom. Gdje nije bilo objavljenih relevantnih randomiziranih kliničkih studija, tražile su se druge odgovarajuće opservacione studije, a ako i one nisu bile dostupne, uzimane su studije slučaja i serije slučajeva. Ako nije bilo nikakvih dokaza, uzeto je u obzir konsenzualno ekspertno mišljenje kao primarno.

Sintetiziranje dokaza

Identificirane *vodilje* i članci bili su procijenjeni metodološki, i najbolji dostupni dokazi su iskorišteni za adaptaciju, modifikaciju i formiranje preporuka. Ako su postojali dobar sistematski pregled, metaanaliza ili randomizirane kliničke studije u okviru postojećih *vodilja* ili izvan njih, istraživanja slabijeg dizajna su bila ignorirana. Dokaz je sintetiziran primjenom kvalitativnih metoda. One su uključivale rezimiranje sadržaja identificiranih dokumenata (primarno iz *RCOG vodilje*) i usklađivanje kratkih izjava o preporukama koje se odnose na relevantni dokaz. Kvantitativne tehnike (metaanaliza) nisu bile izvedene zbog vremenskih ograničenja i teškoća u kombiniranju studija različitog dizajna.

Formiranje i klasificiranje preporuka

Preporuke su bazirane i vezane za dokaz koji ih podržava, te zatim adaptirane za postojeće lokalne prilike na temelju konsenzusa. Preporuke su, dakle, proizašle iz dostupnog istraživačkog dokaza i zatim adaptirane za postojeće lokalne prilike na temelju konsenzusa. Tamo gdje su postojala područja bez dostupnog istraživačkog dokaza (preporuke D), opet je korišten konsenzus.

Kao dio procesa konsenzusa, članovima *Grupe za razvoj vodilja* je prezentiran upitnik, na kojem je bio izlistan nacrt preporuka. Od članova Grupe je zahtijevano da za svaku preporuku navedu misle li da se treba uključiti onakva kakva jest, uključiti sa modifikacijama ili isključiti. Ovaj pristup putem upitnika osigurao je da su svi članovi Grupe imali jednaku priliku da izraze svoje mišljenje u vezi s preporukom. Ispitivanje odgovorâ iz upitnika omogućilo je da se identificiraju sporne preporuke radi diskusije i postizanja konsenzusa.

Jačina dokaza na kojem se preporuka bazira je pokazana u tabeli. Prihvaćeno je da se u ovom sistemu klasificiranja sam dokaz ne klasificira prema kvalitetu, iako se o tome narativno raspravljalo u tekstu koji podržava svaku od preporuka.

Također je prihvaćeno da randomizirane kliničke studije nisu uvijek moguće u praksi

(naprimjer, istraživanja dijagnostičkih testova). Postoje klinička pitanja na koja se može odgovoriti jedino putem opservacijskih istraživanja. Takve preporuke će automatski biti klasificirane pod B ili C. Validnost preporuka iz klase C može biti upitna, jer te preporuke nisu zasnovane na nepobitnim dokazima.

Preporuke	Nivo dokaza	Tipovi studija
A	Ia	Sistematski pregledi randomiziranih kliničkih studija (RCT) sa metaanalizom i bez metaanalize
	Ib	Pojedinačne veće randomizirane kliničke studije – RCT ili slabiji sistematski pregledi randomiziranih kliničkih studija sa metaanalizom, bez metaanalize.
B	IIa	Sistematski pregledi kohortnih studija, te pojedinačne randomizirane kliničke studije - RCT male veličine ili slabije kvalitete
	IIb	Pojedinačne kohortne studije ili slabiji sistematski pregledi kohortnih studija
C	IIIa	Sistematski pregled <i>case control</i> studija bez ili sa minimalno prisutnim <i>bias</i> -om te slabije kohortne studije
	IIIb	Pojedinačne <i>case control</i> studije
	IV	Studije serije slučajeva / studije pojedinačnih slučajeva, te slabije <i>case-control</i> studije
D	V	Ekspertna mišljenja/ kliničko iskustvo

2.8 Pregled i ažuriranje

Ista ili slična radna grupa formirat će se za ažuriranje ove *Vodilje* nakon što budu dostupni novi dokazi, ali ne u periodu kraćem od dvije godine i ne dužem od tri godine od dana završnog nacrtu *Vodilje*.

3 PREGLED PREPORUKA

B

Preporuka 1

Sve zdravstvene ustanove u kojima se izvodi procedura prekida trudnoće trebaju ženama učiniti dostupnim tačne i nepristrasne pisane informacije o prekidu trudnoće (letak, brošura, plakat).

Preporuka 2

Savjetovanje prije i nakon prekida trudnoće treba formalizirati putem dodatne edukacije zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika.

Preporuka 3

Preporučuje se maksimalno osiguranje privatnosti pacijentice tokom savjetovanja.

Preporuka 4

Savjetovanje je dobrovoljno i zdravstveni radnici će u svakom pojedinačnom slučaju odrediti može li žena percipirati i shvatiti pružene informacije i savjete.

Preporuka 5

Zdravstveni radnici u zdravstvenim ustanovama u kojima se izvodi procedura prekida trudnoće moraju se posebno držati etičkog kodeksa struke, osobito u pogledu povjerljivosti svega što se saznalo tokom savjetovanja i tokom procedure prekida trudnoće.

Preporuka 6

Ukoliko se provode klinička istraživanja, osnovna prava žene nakon njenog dobrovoljnog pristanka na kliničko istraživanje ne smiju biti narušena. Autonomiju žene treba zaštititi potpisivanjem informiranog pristanka na kliničko istraživanje u kojem će biti opisani svrha, ciljevi i očekivane koristi od istraživanja.

Preporuka 7

U savjetovanje o prekidu trudnoće i u vezi s planiranjem porodice poželjno je uključiti ženinog partnera. Ne može se prihvatiti jednostrana partnerova odluka, dok se jednostrana odluka žene prihvaća samo u slučaju kad partner insistira u stvarima koje su protivne interesima i zdravlju žene.

Preporuka 8

Zdravstveni radnici trebaju prepoznati one žene koje zahtijevaju dodatnu podršku u donošenju odluke, odnosno one koje imaju povećani rizik od negativne psihološke reakcije.

B

Preporuka 9

Ženama koje imaju povećani rizik od negativne psihološke reakcije ili postoji opravdana sumnja u iskrenost njihovih odgovora ili je stručno ocijenjeno da žena ne može procijeniti situaciju u kojoj se našla, potrebna je dodatna podrška zdravstvenih saradnika (psihologa, socijalnog radnika).

Preporuka 10

Vremenski okviri pružanja usluga trebaju biti takvi da se:

- idealno, svim ženama koje zahtijevaju pobačaj osigura jednak pristup kliničkoj procjeni u roku od 2 dana od iskazanog zahtjeva
- idealno, svim ženama izvrši pobačaj u roku od 5 dana nakon što je donesena odluka da se to uradi.

C

Preporuka 11

Zdravstveni radnici su dužni pružiti potrebne informacije o mogućim komplikacijama i posljedicama pobačaja, što je neohodno radi dobivanja validnog informiranog pristanka žene na prekid trudnoće.

D

- 11.1 Rizik od krvarenja u vrijeme pobačaja je nizak.
- 11.2 Rizik od perforacije uterusa za vrijeme hirurškog pobačaja je srednji. Manji je što je trudnoća vremenski niža i što je ginekolog koji izvodi pobačaj iskusniji.
- 11.3 Rizik od povrede vrata maternice je nizak. Smanjuje se što je trudnoća niža i što je ginekolog koji izvodi pobačaj iskusniji.
- 11.4 Rizik od neuspjelog pobačaja je nizak. Ovaj rizik se smanjuje ukoliko je trudnoća vremenski niža. Neuspjeh se može desiti kod žena višerotki ako se primijeni neodgovarajuća vakuum-sonda, te kod žena koje imaju anomaliju uterusa.
- 11.5 Infekcije genitalnog trakta nakon pobačaja nastaju u najviše 10% slučajeva. Rizik se smanjuje pri profilaktičkoj upotrebi antibiotika, a idealno je da se radi i skrining donjeg genitalnog trakta.
- 11.6 Daljnji reproduktivni ishodi. Nema dokazane povezanosti između pobačaja i posljedica u vidu vanmaterične trudnoće, placente previje ili sterilnosti. Pobačaj može biti povezan sa malim rizikom od spontanog pobačaja ili prijevremenog porođaja.
- 11.7 Psihološke posljedice. Neke studije ukazuju da je stepen psihijatrijskih oboljenja i samokažnjavanja veći među ženama koje su imale pobačaj nego među ženama koje su rodile ili ženama koje nisu bile trudne a slične su dobi. Ipak, ove studije ne ukazuju na uzročno-posljedičnu vezu.

B

Preporuka 12

Prije nego što napuste ustanovu u kojoj je izvedena procedura prekida trudnoće, sa svakom ženom treba prodiskutirati o metodama kontracepcije, savjetovati je i ponuditi joj odgovarajuću metodu kontracepcije ako to žena traži. Sa izabranom metodom kontracepcije treba odmah započeti nakon prekida trudnoće.

Preporuka 13

Informacije o metodama kontracepcije, uključujući način upotrebe, kontraindikacije, neželjene efekte i dostupnost pružaju se i u pisanoj formi u obliku brošura o kontracepciji, za svaku izabranu metodu.

Preporuka 14

Insercija IUD odmah nakon prekida trudnoće praktična je i sigurna metoda kontracepcije.

A

4 OKVIR ZA SAVJETOVANJE

4.1 Definicije

Savjetovanje se može definirati kao proces povećanja sposobnosti neke osobe da procijeni i shvati vlastitu situaciju, evalvira raspoložive opcije, učini informirane izbore i/ili donese odluke nakon što joj se na obazriv, nepresuđujući i neutralan način iznesu sveobuhvatne informacije.¹²

Prema HFEA Kodeksu prakse,¹³ postoje tri različite vrste savjetovanja:

1. **Implikacijsko savjetovanje**, kojem je cilj razumijevanje implikacija predloženog toka akcije, kako za samu ženu tako i za njenu porodicu.
2. **Podržavajuće savjetovanje**, kojim se ženi daje emocionalna podrška u vrijeme njenoga stresa.
3. **Terapeutsko savjetovanje**, kojim se pomaže ženi da se suoči s posljedicama svojih odluka i riješi probleme u vezi s tim.

Pružanje savjeta (“podrška”) kao dio rutinske odgovornosti svih zdravstvenih profesionalaca treba razlikovati od formalnog savjetovanja, osobito kad je riječ o terapeutskom savjetovanju, za što su potrebni posebno obučeni stručnjaci.

4.2 Svrha savjetovanja

Savjetovanje prije i nakon prekida trudnoće ima svrhu da se žena informira, da se obrati pažnja na njeno emotivno stanje i podrži proces njenog odlučivanja. Savjetovanje ima kritičnu ulogu u procesu prekida trudnoće, kako za klijenticu tako i za samog zdravstvenog profesionalca.

Tačne, potpune i pravovremene informacije, usmene i napisane, značajno ublažuju osjećaje neizvjesnosti, tuge, zebnje i straha i ženi omogućuju da stekne jasnu predodžbu šta može očekivati tokom i nakon procedure prekida trudnoće i koji su upozoravajući znakovi da je neophodna medicinska pomoć.

B

Preporuka 1

Sve zdravstvene ustanove u kojima se izvodi procedura prekida trudnoće trebaju ženama učiniti dostupnim tačne i nepristrasne pisane informacije o prekidu trudnoće (letak, brošura, plakat).

Na temelju informativnog materijala žena treba shvatiti dostupne izbore i proceduru pobačaja. Uz to, ona treba imati i dovoljno vremena da razmisli kako će postupiti. Nadalje, savjetnik treba biti svjestan osjećaja i potreba klijentice, ali i vlastitih potreba i osjećaja. Pritom je empatija ključna u izgradnji snažnog odnosa s klijenticom.

U slučaju kada je žena neodlučna ili zbunjena ili je pod pritiskom partnera i članova porodice, dužnost je savjetnika da joj ponudi informirane izbore, uključujući nastavak trudnoće i roditeljstvo, odnosno prekid trudnoće. Međutim, u većini slučajeva žena dolazi liječniku sa čvrstom odlukom da prekine trudnoću. I u takvim okolnostima savjetnik može

ispuniti svoju ulogu: kad postoji mogućnost izbora, naprimjer, između medikamentoznog i hirurškog prekida trudnoće, savjetnik će objasniti ženi prednosti i nedostatke svake od metoda prekida trudnoće i podržati ženu u njenom izboru.

Na koncu, savjetnik treba biti pripremljen da ženi može opisati proceduru pobačaja, svrhu kontrolnih pregleda, kontracepciju i, ako to iziskuje stanje klijentice – uputiti je drugim zdravstvenim profesionalcima, naprimjer, kliničkom psihologu ili socijalnom radniku. U slučaju kad se prekid trudnoće kosi sa svjetonazorom zdravstvenog profesionalca, to ga ne oslobađa obaveze da klijenticu savjetuje i uputi je drugom zdravstvenom profesionalcu, koji hoće i može riješiti problem.

4.3 Savjetnici

Ko može davati savjete? Liječnici, medicinske sestre i babice. Međutim, biti savjetnik zahtijeva formalnu obuku radi usvajanja znanja, vještina i stavova. Za početak, treba se koristiti ovim *vodiljama* i vještine savjetovanja ugraditi u svakodnevni posao. Kada je savjetovanje odgovornost sveukupnog osoblja koje dolazi u kontakt s klijenticom, pa makar to bilo samo kratko vrijeme, tada može zadobiti karakter neformalnoga i nenadziranoga.

Preporuka 2

Savjetovanje prije i nakon prekida trudnoće treba formalizirati putem dodatne edukacije zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika.

Savjetovanje treba formalizirati putem obuke, preraspodjele stručnjaka ili putem otvaranja novog radnog mjesta i vođenja odgovarajuće evidencije o savjetovanju.¹⁴ Osim toga, kliničkim psiholozima i socijalnim radnicima, koji su također prošli odgovarajuću obuku, treba dati veću ulogu u vezi sa savjetovanjem o prekidu trudnoće.¹⁵

4.4 Ambijent za savjetovanje i komunikacija sa ženom

Procedura savjetovanja zahtijeva odgovarajući ambijent u zdravstvenoj ustanovi. Budući da se radi o veoma osjetljivom pitanju, osiguranje i održavanje vizualne i zvučne privatnosti (posebna soba za savjetovanje, paravani) predstavlja uvjet bez kojeg se ne može. Pritom treba osigurati da se razgovor ne prekida telefonskim pozivima ili ulaskom trećih osoba u prostoriju. Povjerenje koje se gradi između savjetnika i klijentice temelj je za vjerodostojnost i uspjeh savjetovanja. Pritom, klijentice privatnost i povjerljivost stavljaju uvijek visoko na ljestvici zadovoljstva kvalitetom pruženih zdravstvenih usluga.

Preporuka 3

Preporučuje se da tokom savjetovanja bude maksimalno osigurana privatnost pacijentice.

Preporučuje se osiguranje posebne prostorije za savjetovanje. Ukoliko to nije moguće, treba osigurati barem vizuelnu i zvučnu privatnost.

4.5 Spremnost žene za savjetovanje

Proces procjene spremnosti žene za razgovor ovisi o njenom stanju, lokalnoj kulturi i mjestu gdje se odvija savjetovanje. Liječnik u svakom slučaju treba procijeniti spremnost žene na saradnju i savjetovanje i to evidentirati. Prije svega, liječnik treba obratiti pažnju na stanje svijesti i opći izgled (pospanost, bolan izraz lica, uznemirenost, preplašenost, održavanje očnog kontakta).

Faktori koji općenito utječu na emocionalno stanje žene, a samim tim i na nivo saradnje, obuhvataju: njezina osjećanja u pogledu trudnoće i fertiliteta i u pogledu stavova, uvjerenja i osjećanja njezina partnera; prethodna iskustva sa zdravstvenom zaštitom; percepciju kvaliteta usluga prilikom prekida trudnoće, a naročito u vezi sa dostupnošću ginekološke zaštite; stavove i ponašanje zdravstvenih profesionalaca; te nivo neugode, odnosno narušavanja prava žene kao pacijenta.

D

Preporuka 4

Savjetovanje je dobrovoljno i zdravstveni radnici će u svakom pojedinačnom slučaju odrediti može li žena percipirati i shvatiti pružene informacije i savjete.

4.6 Prava žene tokom savjetovanja i procedure prekida trudnoće

Poštivanje prava žene ključno je za kvalitet procedure prekida trudnoće i kontinuitet zaštite.¹⁶ Žena ima pravo na:

1. **informacije** u vezi sa reproduktivnim zdravljem, opcijama za pobačaj i kontracepcijom;
2. **pristup** koji je pravičan bez obzira na religiju, nacionalnost, godine, bračno i ekonomsko stanje;
3. **izbor** metode pobačaja (ako izbor postoji) i kontracepcije;
4. **sigurnost** u pogledu prekida trudnoće i učinkovite kontracepcije;
5. **privatnost** tokom savjetovanja i procedure pobačaja;
6. **povjerljivost** u smislu povjerljivosti osobnih i medicinskih podataka;
7. **dostojanstvo** tako da bude tretira s ljubaznošću, obzirom i s pažnjom;
8. **ugodnost**, tako da se osjeća zadovoljnom u pogledu ambijenta, komunikacije i tokom izvođenja prekida trudnoće;
9. **kontinuitet** s obzirom na kontrolne preglede i kontracepciju, toliko dugo koliko joj bude potrebno;
10. **svoje mišljenje** u pogledu ponuđenih usluga savjetovanja i prekida trudnoće.

Važno je da na temelju informiranog izbora i odluke žena stekne osjećaj kontrole nad informacijama i procesom, a samim tim i nad svojim životom. Savjetnik mora izgraditi povjerenje i uvažavati mišljenje žene, jer ona najbolje zna šta je dobro za njenu sigurnost i kvalitet života.

Budući da se u našem zdravstvenom sistemu osobne informacije rijetko tretiraju s visokim stupnjem zaštite, ne može se dovoljno istaknuti koliko je važno – u tako osjetljivom pitanju

kao što je prekid trudnoće – sačuvati povjerljivost dobivenih informacija do kojih može doći treća strana (drugo nenadležno osoblje, roditelji, partner i dr.).

Preporuka 5

Zdravstveni radnici u zdravstvenim ustanovama u kojima se izvode procedure prekida trudnoće moraju se posebno držati etičkog kodeksa struke, naročito u pogledu povjerljivosti svega što se saznalo tokom savjetovanja i procedure prekida trudnoće.

D

4.7 Prava žene tokom kliničkih istraživanja

Kada se savjetovanje i prekid trudnoće odvijaju u okviru kliničkog istraživanja, žena koja je pristala da u tome učestvuje treba imati ista prava koja su gore opisana i koja joj pripadaju i kad nije učesnica u kliničkim istraživanjima. Osim toga, žena koja je pristala da sudjeluje u kliničkom istraživanju treba dobiti dopunske informacije u vezi sa svrhom, ciljevima i očekivanim koristima od istraživanja. Ženu također treba upoznati na pravo da u svakom trenutku može povući svoj pristanak na kliničko istraživanje bez posljedica, tj. bez kompromitiranja njezine buduće zaštite u istoj kliničkoj ustanovi.

Učesnice u kliničkom istraživanju trebaju potpisati odgovarajući obrazac za informirani pristanak u kliničkom istraživanju i da mogu postavljati određena pitanja.

Preporuka 6

Ukoliko se provode klinička istraživanja, osnovna prava žene nakon njenog dobrovoljnog pristanka na kliničko istraživanje ne smiju biti narušena. Autonomiju žene treba zaštititi potpisivanjem obrasca informiranog pristanka na kliničko istraživanje, u kojem će biti opisani svrha, ciljevi i očekivane koristi od istraživanja.

D

4.8 Uloga partnera

Muškarac ima značajnu ulogu u reproduktivnom zdravlju žene. Zbog toga savjetnik treba nastojati da u diskusiju o prekidu trudnoće i kontracepciji uključi ženina partnera. Neki muškarci mogu odbijati kontracepciju zbog pogrešnih shvaćanja ili predrasuda o sigurnosti metoda, nuspojavama ili raspoloživosti metode, a neki, opet, vjeruju da planiranje porodice vodi bračnoj nevjernosti, ili pak miješanju u Božje stvari prokreacije.

Izbor metode kontracepcije treba da bude u dogovoru. Ako se partner, bez obzira na očigledne prednosti, ne slaže s nekim ženinim izborom metode kontracepcije, preporuka je da žena sama odluči o svojoj zaštiti bez partnerova znanja. Dakle, posljednju riječ ima žena bez obzira na pritiske od strane muškarca da ona prekine trudnoću ili da joj on zabrani prekid trudnoće ili pak jednostrano odredi metodu kontracepcije.

Medikamentozni prekid trudnoće omogućava partneru da se može aktivnije uključiti u cjelokupni proces prekida trudnoće, budući da hirurški pobačaj u većini slučajeva isključuje mogućnost prisutnosti partnera u prostoriji gdje se izvodi pobačaj. To nije slučaj s medikamentoznim prekidom trudnoće, pa partner (ili druga osoba koja ženi daje podršku) može biti prisutan tokom posjeta ginekologu i biti na ispomoći nakon što žena uzme misoprostol i dobije krvarenje i grčeve.

D**Preporuka 7**

U savjetovanje o prekidu trudnoće i u vezi s planiranjem porodice poželjno je uključiti ženina partnera. Ne može se prihvatiti jednostrana partnerova odluka, dok se jednostrana ženina odluka prihvaća samo u slučaju kad partner insistira u stvarima koje su protivne interesima i zdravlju žene.

5 PROCEDURA SAVJETOVANJA

5.1 Pregled opcija savjetovanja

Kvalitet savjetovanja koje prima žena suočena s neželjenom trudnoćom uveliko određuje njenu sposobnost da donese odgovarajuće odluke u pogledu trudnoće i kontracepcije. Bitno je da svaka žena dobije onaj nivo savjetovanja koji ona zahtijeva, što može biti u rasponu od rutinskog informiranja do rasprave o njenoj percepciji nekih prednosti i nedostataka raspoloživih izbora unutar njenog sistema vrijednosti i realnosti života. Gledajući hronološki, procedura savjetovanja može uključiti neke ili sve pobrojene elemente:¹⁷

1. savjetovanje u svrhu odlučivanja
2. savjetovanje radi podrške i informiranog pristanka
3. savjetovanje radi upućivanja drugim stručnjacima (prije i nakon prekida trudnoće, npr. klinički psiholog, socijalni radnik)
4. savjetovanje u vezi s kontracepcijom (prije i nakon prekida trudnoće)
5. savjetovanje tokom kontrolnih pregleda

Savjetovanje pod tačkama 1. i 2. i djelomično 3. i 4 odvija se prije prekida trudnoće, a savjetovanje pod tačkama 3. i 4. - djelomično i tačkom 5. – isključivo, odvija se nakon prekida trudnoće.

Savjetovanje prije prekida trudnoće

5.2 Početni kontakt

Početni kontakt ostvaruje se bilo osobno bilo telefonom. U svakom slučaju, osoblje koje je uključeno u savjetovanje klijentica ili potencijalnih klijentica treba biti prijemčivo na potrebe žene, informirano o svim opcijama prekida trudnoće i kontracepcije i spremno da ženi ponudi tačne inicijalne informacije i svu pomoć.

Ženu od samog početka treba tretirati s poštovanjem i informirati je o pravu na povjerljivost. Početni kontakt, odnosno proces zakazivanja posjete omogućuje uvid u kliničko stanje žene (naprimjer, datum posljednje menstruacije) i njezino emocionalno stanje. Ako je žena **ambivalentna** u pogledu prekida trudnoće, odmah je treba uputiti savjetniku radi razgovora o svim mogućim opcijama.

Telefonski kontakt u novom pristupu prekidu trudnoće ima značajnu ulogu, osobito nakon medikamentoznog pobačaja. Inicijalni telefonski kontakt radi zakazivanja posjete potpuno je opravdan i siguran jer obično ne uključuje pitanja trijaže. Međutim, dobra telefonska konsultacija mora se dokumentirati (snimanjem ili zapisivanjem kratkog sadržaja razgovora i vremena poziva).¹⁸ S tim u vezi, treba voditi **evidenciju o savjetovanju**, koja treba biti sastavni dio dosijea klijentice kako bi se unaprijedio proces organiziranja i pružanja usluga savjetovanja u partnerstvu zdravstvenih službi za prekid trudnoće i drugih organizacija u lokalnoj zajednici. (**Prilog A**)

5.3 Zakazivanje posjete

Bez obzira radi li se o telefonskom ili osobnom kontaktu ili je žena došla s uputnicom, veoma je važno odvojiti dovoljno vremena za savjetovanje i klinički pregled. Ponekad će žena zatražiti još dodatnog vremena da s partnerom ili članovima porodice razmotri sve opcije, osobito ako je neodlučna. Svakoj ženi, bez obzira je li uzela dovoljno vremena da razmisli o prekidu trudnoće, uručuju se informativni materijali (letak, brošura) o svim aspektima pobačaja (**Prilog B**).

5.4 Prvo savjetovanje radi odlučivanja

Odluka o prekidu trudnoće može biti veoma teška za ženu i ona često osjeća potrebu da s nekim razgovara o tom problemu, posebno kad nema podršku partnera. Razgovor sa osobom koja je puna razumijevanja treba joj pomoći da sagleda sve razloge *za* i *protiv* kako bi donijela odluku zbog koje kasnije neće zažaliti. Ako žena ipak misli da ne može roditi dijete, da nema uvjeta za to, donijet će bolnu odluku da prekine trudnoću. **Bez obzira na savjet koji će dobiti, žena će uvijek sama donijeti konačnu odluku o nastavku ili prekidu svoje trudnoće.** Na liječniku je da prepozna trudnoću kao posljedicu nasilja u porodici, ali ta problematika izlazi iz okvira ove *Vodilje*.

Prvo savjetovanje, savjetovanje radi odlučivanja žene veoma je delikatno budući da treba uzeti u obzir cjelokupni kontekst života dotične žene, ne samo njezina osjećanja u pogledu neželjene trudnoće već i mnogobrojne faktore, kao što su: odnos i uključenost partnera i porodice u odluku, njene godine, nivo edukacije, finansijska situacija, prethodno iskustvo s trudnoćom, njene religijske i moralne vrijednosti i dr.

Relativno kratko vrijeme ne omogućuje dublje poniranje u problem, pa razgovor treba usmjeriti na identifikaciju glavnih pitanja, istraživanje alternativa i donošenje odluke.

Treba imati na umu da se većina žena kad donosi konačnu odluku oslanja na mišljenje liječnika, pa ne bi trebalo davati pretjerano težište nijednoj opciji. Odluka mora biti slobodna i bez liječničke prisile. Emocionalni intenzitet tokom procesa odlučivanja može u nekih žena blokirati sposobnost recepcije informacija i savjeta, ali će joj atmosfera puna podrške omogućiti da se deblokira i izrazi svoja osjećanja.

Držeći se datoga okvira za savjetovanje, savjetnik će sa ženom prodiskutirati sljedeće teme:

1. postojeće znanje žene i njezina uvjerenja o opcijama prekida trudnoće;
2. znanje o medikamentoznom prekidu trudnoće i koja je razlika između toga i hirurškog pobačaja;
3. prethodna iskustva s prekidom trudnoće;
4. opcije za kontracepciju;
5. opće reproduktivno zdravlje.

Kad je žena već donijela odluku da izvrši pobačaj, pred savjetnikom je drugi zadatak: ponuditi ženi opcije hirurškog i medikamentoznog pobačaja.

Nakon informiranja, neke žene će medikamentozni pobačaj percipirati kao manje invazivan u nastojanju da izbjegnu hiruršku intervenciju. Za neke žene medikamentozni pobačaj bit će lakši i prirodniji (nalik na sponatni pobačaj).¹⁹

Neke će žene, opet, imati osjećaj da će tako zadobiti kontrolu nad situacijom.

Međutim, za razliku od rane vakuum-aspiracije, koja traje kratko, medikamentozni pobačaj zahtijeva barem dvije posjete, što ovisi o protokolu koji se koristi. Iako većina žena završi pobačaj u okviru 24 sata od uzimanja druge medikacije (misoprostol), za neke žene će biti potrebno nekoliko dana do nekoliko sedmica (od vremena prve medikacije) da bi se pobačaj završio. Ženi treba objasniti da medikamentozni pobačaj zahtijeva njeno aktivno učešće u višestepenom procesu. To će nekim ženama odgovarati, a nekima neće. Osim toga, ženi treba reći da se medikamentozni pobačaj u nekim slučajevima mora okončati vakuum-aspiracijom.

Obje metode imaju veoma visoke stope uspjeha (vakuum-aspiracija 99%; medikamentozni pobačaj 95 – 99%) i obje su sigurne u ranoj trudnoći.^{20,21}

Bitno je istaknuti da ovo informiranje zahtijeva vrijeme, ali to je dobra investicija jer će žena bolje sarađivati tokom budućih posjeta (ako izabere medikamentozni pobačaj). Dobro objašnjena procedura i očekivane nuspojave mogu značajno umanjiti broj telefonskih poziva od kuće kad žena traži osiguranje da se ništa ozbiljno ne događa. S tim u vezi, žena koja stanuje daleko od dispanzera ili bolnice ili nema telefon nije pogodna za medikamentozni pobačaj. U prvom slučaju može zatrebati hitna intervencija, a u drugom telefonsko savjetovanje. Da bi žena bila pogodna za medikamentozni prekid trudnoće, mora ispuniti više kriterija:

KRITERIJI ZA MEDIKAMENTOZNI POBAČAJ

1	Jak bol koji se ne ublažava oralnim analgeticima
2	Vaginalno krvarenje u vidu dva jako obilnog odljeva u jednom satu u dva uzastopna sata
3	Uporna temperatura ili pojava temperature u danima nakon misoprostola
4	Jaki abdominalni grčevi ili loš osjećaj u trbuhu koji traju duže od 24 sata nakon uzimanja misoprostola
5	loše opće stanje, slabost, malaksalost, mučnina, povraćanje ili dijareja koji traju duže od 24 sata nakon uzimanja misoprostola

Savjetnik mora dobro objasniti varijacije u krvarenju (količinu, kvalitet, trajanje) i kontrolu bola. To će u velikom broju slučajeva spriječiti nepotrebne telefonske pozive nakon medikamentoznog pobačaja.²² U rjeđim slučajevima, 3 – 5 sedmica nakon započinjanja medikamentoznog pobačaja (mifepristone / misoprostol) krvarenje može biti tako obilno da zahtijeva hiruršku intervenciju.²³ Dobra priprema žene smanjit će vjerovatnoću pojave anksioznosti zbog krvarenja.²⁴

Ženu također treba upozoriti na mogućnost pojave mučnine, povraćanja i dijareje. Mučnina se javlja u približno 40% žena nakon medikamentoznog pobačaja, dok se u

manjem procentu javljaju povraćanje i proljev. Mogući su i osjet topline, vrućica, drhtavica i umor. Stanja koja zahtijevaju transfuziju krvi, laparotomiju ili histerektomiju su izuzetna i javljaju se u manje od 0,2 procenta mifeproston / misoprostol pobačaja.²⁵

INDIKACIJE ZA TELEFONSKI POZIV²⁶

1	Žena je sigurna da želi pobačaj
2	Starost gestacije odgovara
3	Žena je u stanju da slijedi protokol i da dolazi na kontrolne preglede
4	Spremna je da medikamentozni pobačaj okonča hirurškim
5	Sposobna je da dâ informirani pristanak
6	Ima pristup telefonu
7	Stanuje ili boravi dovoljno blizu ustanove u slučaju potrebe za hitnom intervencijom
8	Žena ima partnerovu podršku

Uz usmene savjete ženi uvijek treba dati pisane instrukcije jer je česta pojava da ona zaboravi informacije ili preporuke. Informacije se odnose na način i vrijeme uzimanja misoprostola kod kuće, analgeziju ili bilo koju restrikciju u medikaciji. U brošuri trebaju biti navedeni uobičajeni simptomi, nuspojave kao i to kad žena treba zvati telefonom radi savjeta. Poželjno je imati otvorenu 24-satnu telefonsku liniju.

Ženi će se kazati da će iduća posjeta biti za jednu ili dvije sedmice nakon uzimanja misoprostola. Tu posjetu savjetnik treba iskoristiti za fokusiranje na ženino iskustvo u vezi sa medikamentoznim pobačajem. Ta posjeta je dobra prilika i za savjetovanje u vezi sa kontracepcijom.

Ako pobačaj nije kompletiran, ženi se nude dvije mogućnosti: ponovljena doza misoprostola ili vakuum-aspiracija. Vakuum-aspiracija je indicirana ako se ultrazvučnim pregledom nakon 2 sedmice od započinjanja tretmana utvrdi nastavljanje razvoja embrija, budući da je režim teratogen. U toj fazi savjetnik ima veliku ulogu - da ohrabri ženu i tako joj umanjí anksioznost.

5.5 Trijaža

Profesionalci koji savjetuju žene trebaju imati na umu da se kod jednog manjeg broja žena javlja **negativna psihološka reakcija**, koja može otežati donošenje odluke i/ili dovesti do ozbiljnijeg narušavanja njihova psihičkog stanja.

Od riziko faktora vezanih za negativnu psihološku reakciju prije i nakon prekida trudnoće najrelevantnijim su se pokazali:

- historija psihijatrijskog liječenja
- izražena prisutnost simptoma anksioznosti i / ili depresivnosti (osjećaj straha kojem se ne uočava uzrok, napetost, razdražljivost, sniženo raspoloženje, zabrinutost)

- dokazi o postojanju prisile na abortus
- nedostatak socijalne podrške
- ambivalencija u odnosu na prekid trudnoće.

Preporuka 8

Zdravstveni radnici trebaju prepoznati one žene koje traže dodatnu podršku u donošenju odluke, odnosno one koje imaju povećani rizik od negativne psihološke reakcije.

Preporuka 9

Ženama koje imaju povećan rizik od negativne psihološke reakcije ili postoji opravdana sumnja u iskrenost njihovih odgovora ili je stručno ocijenjeno da ne mogu procijeniti situaciju u kojoj se nalaze potrebna je dodatna podrška zdravstvenih saradnika (psihologa, socijalnog radnika).

Kad u ocjeni riziko faktora dominira **socijalni moment** (naprimjer, koje će posljedice imati odluka o prekidu trudnoće u porodičnom i socijalnom okruženju, kakvo će biti djetinjstvo i kasniji život neželjenog djeteta, hoće li žena imati dovoljno sredstava da izdržava dijete, je li bolje roditi neželjeno dijete i dati ga na usvojenje ili prekinuti trudnoću, kakve su relacije žene prema partneru i dr.), treba se konsultirati sa socijalnim radnikom.

5.6 Klinički pregled

Klinički pregled žene sastavni je dio savjetovanja čija je svrha da se utvrdi trudnoća, trajanje trudnoće i podesnost žene za prekid trudnoće, i u tom okviru podesnost za određenu metodu pobačaja. Pregledom se također isključuju određena oboljenja i stanja koja su prepreka za prekid trudnoće. Pregled žene obuhvaća anamnezu i fizikalni pregled s bimanuelnim ginekološkim pregledom i ultrazvučnim pregledom, a ako je moguće i sa transvaginalnom sondom. Pritom je važno objasniti ženi zašto se vrši pregled, šta se može očekivati nakon pregleda i koje neugodnosti ona može očekivati tokom ginekološkog pregleda.

Za detalje kliničkog pregleda vidjeti Obrazac protokola za klinički pregled žene u **prilogu C**.

Preporuka 10

Vremenski okviri pružanja usluga trebaju biti takvi da se:

- idealno, svim ženama koje zahtijevaju pobačaj osigura jednak pristup kliničkoj procjeni u roku od 2 dana nakon iskazanog zahtjeva
- idealno, svim ženama izvrši pobačaj u roku od 5 dana nakon što je donesena odluka da se to uradi.

B

C

5.7 Informiranje i savjetovanje radi informiranog pristanka

Opcije za prekid trudnoće

Kad žena odluči da je prekid trudnoće njezin najbolji izbor, uz emocionalnu podršku, ključni dio procedure savjetovanja jest potanko iznošenje svih detalja o metodama i tehnikama medikamentoznog i hirurškog prekida trudnoće. Savjetnik jednostavnim riječima ženi treba objasniti sljedeće:

1. procedure obje metode prekida trudnoće; karakteristike medikamentoznog prekida trudnoće i vakuum-aspiracije uključujući nuspojave, rizike, moguće komplikacije i trajanje svake procedure;
2. cijenu svake procedure
3. ulogu žene u procesu
4. mogućnost da se uradi Papa-test prije prekida trudnoće
5. informirani pristanak na prekid trudnoće (vidjeti u **Prilogu D**)
6. informirani pristanak na kliničko istraživanje ako se ono trenutno izvodi i ako žena na to pristaje.

Vidjeti vodilju za procedure prekida trudnoće.

5.8 Informiranje žene o rizicima i komplikacijama

Neposredne komplikacije uključuju krvarenje, perforaciju maternice, razdor vrata maternice i anesteziološke komplikacije. Žene moraju biti informirane o tome kako daljnji tretman, ukoliko se desi neka od spomenutih komplikacija, može zahtijevati transfuziju krvi, laparoskopiju ili laparotomiju.

Komplikacije u prvim sedmicama, koje mogu nastati nakon prekida trudnoće jesu: nepotpuni pobačaj, što zahtijeva reevakuaciju, nastavak trudnoće, što zahtijeva daljnju pobačajnu proceduru, infekcija karlice i kratkotrajna emocionalna bol.

Dugoročni efekti, koji mogu, ali rijetko, biti povezani sa prekidom trudnoće jesu: spontani pobačaj ili prijevremeni porođaj kao i psihološki problemi.

U razmatranju stepena rizika od raznih komplikacija i posljedica koje su povezane sa prekidom trudnoće upotrijebili smo shemu koju je predložio Calman 1996. godine.²⁷

PROCJENA RIZIKA

Pojam	Stepen rizika
Beznačajno	<1 u 1 000 000
Minimalno	1 u 1 000 000 do 1 u 100 000
Veoma nisko	1 u 100 000 do 1 u 10 000
Nisko	1 u 10 000 do 1 u 1 000
Srednje	1 u 1 000 do 1 u 100
Visoko	>1 u 100

Preporuka 11

Zdravstveni radnici su dužni pružiti potrebne informacije o mogućim komplikacijama i posljedicama pobačaja, što je neophodno radi dobivanja validnog informiranog pristanka žene na prekid trudnoće.

- 11.1 Rizik od **krvarenja** tokom pobačaja je nizak.
- 11.2 Rizik od **perforacije uterusa** tokom hirurškog pobačaja je srednji. Manji je što je trudnoća vremenski niža i što je ginekolog koji izvodi pobačaj iskusniji.
- 11.3 Rizik od **povrede vrata** maternice je nizak. Manji je što je trudnoća vremenski niža i što je ginekolog koji izvodi pobačaj iskusniji.
- 11.4 Rizik od **neuspjelog pobačaja** je nizak. Ovaj rizik je manji ukoliko je trudnoća vremenski niža. Neuspjeh se može desiti kod žena višerotki ako se primijeni neodgovarajuća vakuum-sonda, te kod žena koje imaju anomaliju uterusa.
- 11.5 **Infekcije genitalnog trakta** nakon pobačaja nastaju u najviše 10% slučajeva. Rizik se smanjuje pri profilaktičkoj upotrebi antibiotika, a idealno je da se radi i skrining donjeg genitalnog trakta.
- 11.6 Daljnji **reproduktivni ishodi**. Nema dokazane povezanosti između pobačaja i posljedica u vidu vanmaterične trudnoće, placente previje ili sterilnosti. Pobačaj može biti povezan sa malim rizikom od spontanog pobačaja ili prijevremenog porođaja.
- 11.7 **Psihološke posljedice**. Neke studije ukazuju da je stepen psihijatrijskih oboljenja i samokažnjavanja veći među ženama koje su imale pobačaj nego među ženama koje su rodile ili ženama koje nisu bile trudne, a slične su dobi. Ipak, ove studije ne ukazuju na uzročno-posljedičnu vezu.

5.9 Informirani pristanak

Nakon što je žena donijela odluku o prekidu trudnoće pošto za to ne postoje kliničke i psiho-socijalne kontraindikacije i kad je informirana o potencijalnim rizicima prekida trudnoće, od nje se zahtijeva da potpiše obrazac za informirani pristanak. Najbolje je da ista osoba koja je bila savjetnik odgovori ženi na sve nejasnoće u vezi sa izjavama u obrascu za informirani pristanak.

Ženi treba dati dovoljno vremena za čitanje izjave date u obrascu za informirani pristanak i zahtijevati da taj obrazac, ako je saglasna, potpiše. Ako se klijentica u međuvremenu predomisli i ne pristupi proceduri pobačaja, osoblje je treba uvjeriti da to neće ostaviti nikakve posljedice u vezi s njenom budućom zaštitom u toj zdravstvenoj ustanovi, a dužno je savjetovati je prema svom najboljem saznanju i uputiti je kompetentnom stručnjaku.

5.10 Papa-test prije prekida trudnoće

Papa-test je jednostavan i relativno brzo izvodljiv test, koji se najčešće izvodi u liječničkoj ordinaciji s ciljem otkrivanja abnormalnosti cervikalnih ćelija (*screening*). Osim što spada u rutinsku proceduru za sve žene jednaput godišnje, može se koristiti u okviru obavezne pripreme pacijentice prije obavljanja pobačaja (*Preabortion workup*).

Tamo gdje postoje mogućnosti, ženu treba savjetovati da uradi Papa-test prije pobačaja, a obavezno ako prihvati IUD odmah nakon prekida trudnoće. Ipak, Papa-test ne treba postaviti kao uvjet da se može izvršiti pobačaj. Ako žena prihvati testiranje, praksa treba ostati u kontaktu s pacijenticom putem telefona, e-maila ili pošte s ciljem naknadnog informiranja o rezultatima testa i eventualne revizije postavljene spirale.

Detalji procedure Papa testa prije prekida trudnoće mogu se vidjeti u *Vodilji za proceduru prekida trudnoće*.

5.11 Savjetovanje u vezi s planiranjem porodice prije prekida trudnoće

Prvo savjetovanje obuhvaća i opcije za kontracepciju u sklopu planiranja porodice i budućih planova žene. To je veoma važno da bi žena mogla, nakon detaljnog informiranja o metodama kontracepcije, izabrati onu za koju smatra da je za nju najpodesnija. Žena, prije svega, treba upoznati način kako se primjenjuje izabrana metoda, koje su moguće komplikacije nakon primjene te metode i kada su potrebni redovni kontrolni pregledi kod ginekologa.

Opće savjetovanje žene u vezi s planiranjem porodice treba obuhvatiti:

1. upozorenje da može ostati trudna odmah nakon 10. dana poslije prekida trudnoće
2. upoznavanje sa svim metodama kontracepcije koje su dostupne i koje mogu spriječiti buduću neželjenu trudnoću
3. upoznavanje sa pilulama za hitnu kontracepciju, koje se mogu upotrijebiti u okviru 72 sata
4. upoznavanje s mogućnošću plasiranja spirale odmah nakon pobačaja – *Intrauterine Device* (IUD)
5. informiranje o mogućnostima opskrbe kontracepcijskim sredstvima u lokalnoj zajednici
6. savjetovanje o dijagnostici i tretmanu seksualno prenosivih bolesti.

Ako i kad žena izabere neku metodu kontracepcije, treba joj dati sljedeće informacije o toj metodi:

1. učinkovitost
2. rizici i koristi
3. način primjene metode
4. najčešće nuspojave i kako ih kontrolirati
5. kako osigurati redovnu nabavku sredstava radi primjene određene metode kontracepcije.

Poželjno je ženu savjetovati o kontracepciji **prije procedure prekida trudnoće**, tako da se IUD može primijeniti odmah nakon izvršene procedure. To treba uraditi obazrivo budući da su neke žene pod stresom zbog predstojećeg prekida trudnoće i da mogu imati poteškoća u razumijevanju metode kontracepcije.

Savjetovanje o kontracepciji treba obuhvatiti i diskusiju o prethodnim ženinim iskustvima s kontracepcijom i o bilo kojem problemu koji se tiče prethodne kontracepcije.

Savjetovanje nakon prekida trudnoće

5.12 Savjetovanje u vezi s planiranjem porodice

Za većinu žena i njihovih partnera savjetovanje o planiranju porodice odmah nakon pobačaja jest jedna od rijetkih prilika da budu u direktnom kontaktu sa zdravstvenom službom. Zbog toga je to veoma važna prilika za pružanje informacija i usluga u vezi sa kontracepcijom. U savjetovanje u vezi sa kontracepcijom nakon namjernog prekida trudnoće treba uključiti sljedeće komponente dobrog planiranja porodice:

1. savjetovanje o kontraceptivnim potrebama u svjetlu reproduktivnih ciljeva klijentice;
2. informiranje i savjetovanje o svim raspoloživim metodama, njihovim karakteristikama, učinkovitosti i neželjenim efektima;
3. izbor između metoda (naprimjer, kratkotrajne i dugotrajne, hormonalne i nehormonalne);
4. mogućnost dolaska na kontrolne preglede.
5. informacije o potrebi zaštite od STD (seksualno prenosivih bolesti)

Kada započeti s planiranjem porodice?

Planiranje porodice nakon pobačaja također treba biti bazirano na različitosti situacija u kojima se nalaze pojedine žene. Dakle, treba voditi računa o:

1. personalnim karakteristikama žene;
2. općem zdravstvenom stanju;
3. pristupačnosti zdravstvene zaštite u sredini gdje žena živi.

Planiranje porodice treba započeti odmah jer se ovulacija može javiti između 7 i 10 dana nakon pobačaja i obično prethodi prvom menstrualnom krvarenju nakon pobačaja. Kao minimum, svim ženama koje su uključene u zaštitu nakon prekida trudnoće treba dati informacije i savjetovati ih da razumiju kako:

1. mogu ponovo ostati trudne prije sljedeće menstruacije;
2. postoje sigurne kontraceptivne metode da se spriječi ili odloži trudnoća i
3. gdje i kako mogu doći do službe za planiranje porodice i pojedinih metoda zaštite.

Izbor metode kontracepcije

Sve savremene metode kontracepcije mogu biti prikladne za upotrebu sve dok savjetnik:

- ne uradi *screening* žena za standardne indikacije i kontraindikacije u vezi s primjenom pojedinih metoda,
- ne pruži adekvatno savjetovanje o određenoj metodi.

Preporuka 12

Prije nego što napuste ustanovu u kojoj je izvedena procedura prekida trudnoće, sa svakom ženom treba prodiskutirati o metodama kontracepcije, savjetovati je i ponuditi joj odgovarajuću metodu kontracepcije ako to žena traži. Sa izabranim metodom kontracepcije treba započeti odmah nakon prekida trudnoće.

Preporuka 13

Informacije o metodama kontracepcije, uključujući način upotrebe, kontraindikacije, neželjene efekte i dostupnost pružaju se i u pisanoj formi u obliku brošura o kontracepciji, za svaku izabranu metodu.

Pri odabiru metode kontracepcije treba imati na umu da je neplanirana trudnoća za bolesnice s određenim hroničnim bolestima veći rizik od nepovoljnih učinaka kontraceptiva. Dakle, ženi s nekom hroničnom bolesti neophodna je kontracepcija, koja minimalno djeluje na osnovnu bolest. Također, neophodna je uska saradnja ginekologa s liječnikom koji liječi osnovnu bolest, te česte kontrole kliničkih i laboratorijskih pokazatelja stanja osnovne bolesti tokom primjene određene metode kontracepcije.

Detalji o izboru metode kontracepcije mogu se vidjeti u **Prilogu E**.

5.13 Savjetovanje u vezi sa apliciranjem spirale odmah nakon pobačaja

Ova se metoda pokazala superiornom u odnosu na sve druge metode planiranja porodice. Efikasnost spirale iznosi 98 – 99%, ovisno o njenom obliku. Insercija IUD odmah nakon obavljenog pobačaja ima nekoliko prednosti, na koje treba ženi skrenuti pažnju:

1. Nakon namjernog prekida trudnoće žene nerado dolaze na naknadno postavljanje spirale.
2. Žena sigurno nije trudna (velika briga mnogih kliničara).
3. Mjesto i vrijeme djeluju ubjedljivo na odluku žene za kontracepciju, jer motivacija za kontracepciju tada dostiže najveći nivo.
4. Izbjegava se neugodnost vezana za sam postupak stavljanja spirale.
5. Stavljanje spirale odmah nakon pobačaja je sigurna i praktična metoda kontracepcije.

Ali, ženi također treba skrenuti pažnju da postoji izvjestan stepen rizika od komplikacija koji uključuje:

1. mogućnost produženog menstrualnog krvarenja uz bolove
2. mogućnost uvođenja infekcije u genitalni trakt žene
3. mogućnost spontane ekspulzije i perforacije uterusa
4. rizik ektopične trudnoće

Preporuka 14

Insercija IUD odmah nakon prekida trudnoće praktična je i sigurna metoda kontracepcije.

Ukoliko se odluči na apliciranje IUD odmah nakon abortusa, ženi se pruže potrebne informacije i savjet prije procedure abortusa, a ostale metode se razmatraju i savjetovanje se obavlja nakon prekida trudnoće. Postupak insercije IUD odmah nakon pobačaja može se vidjeti u *Vodilji za proceduru prekida trudnoće*.

Savjetovanje također treba obuhvatiti buduće namjere žene u pogledu trudnoće, naprimjer, kada ima namjeru ponovno zatrudnjeti. S tim odgovorom savjetnik može informirati ženu mnogo sprecifičnije o metodi kontracepcije, ali njoj mora prepustiti konačnu odluku.

6 DOKAZI KOJI PODRŽAVAJU PREPORUKE

B

Preporuka 1

Sve zdravstvene ustanove koje izvode proceduru prekida trudnoće ženama trebaju učiniti dostupnim tačne i nepristrasne pisane informacije o prekidu trudnoće (letak, brošura, plakat).

Značajno je da sve pisane informacije koje se dijele ženama budu dobrog kvaliteta, tačne, nepristrane, dobro prezentirane i lako razumljive. Općenito, žene žele da prime pisane informacije o medicinskim i hirurškim intervencijama a pisane informacije će vjerovatnije dovesti do većeg zadovoljstva odnosom pacijentica -zdravstveni radnik.^{28,29,30} Studijom iz 2002. godine ispitivan je kvalitet informacija o prekidu trudnoće za širu javnost na Internetu.³¹ Netačne i neodgovarajuće informacije bile su česte. Upravo zbog lakog pristupa takvim nekvalitetnim informacijama naglašava se značaj pribavljanja tačnih i lokalno relevantnih informacija od profesionalaca koji izvode prekid trudnoće.

Treba uzeti u obzir da su neke žene nepismene, slijepe ili sa oštećenjem vida, pa bi pisane informacije trebalo pripremiti i u audio-formatu. Također treba voditi računa o lokalnim uvjetima radi prezentacije materijala na b/h/s jezicima. Kad je riječ o stranim državljanima, da bi privatnost bila osigurana, treba izbjegavati prevodioca koliko god je to moguće.³²

Dio kulture treba biti i korištenje informacija u obliku letaka i brošura, a jedno randomizirano kontrolirano istraživanje pokazuje da pribavljanje letaka poboljšava znanje o kontracepciji u vezi sa upotrebom oralnih kontraceptivnih pilula.³³

Jedno istraživanje bavilo se formalnom analizom sadržaja 44 letka koji se koriste u britanskom nacionalnom zdravstvenom sistemu i u privatnoj praksi.³⁴ Ocijenjeno je da je adekvatnost informacija bila niska u pogledu medikamentoznog i hirurškog prekida trudnoće i njege nakon pobačaja. Skor 'čitljivosti' bio je također loš.

Jedno istraživanje provedeno u Danskoj³⁵ upućuje da žene trebaju primiti sljedeće usmene i pisane informacije: 1. mogućnost upućivanja u socijalne službe u zajednici; 2. tok i trajanje procedure pobačaja; 3. opis same procedure, uključujući anesteziju i metode pobačaja; 4. upoznavanje s posljedicama pobačaja, kao što su krvarenje i bol; 5. komplikacije, psihološki efekti, simptomi u donjem abdomenu i zaostalo fetalno tkivo; 6. kontrolni pregledi i buduća kontracepcija.

S druge strane, istraživanje provedeno u Italiji³⁶ pokazalo je na uzorku od 212 anketiranih ispitanica da zapravo žene ne pokazuju dovoljan interes za pisane informacije prije pobačaja, što je protumačeno nekim psihološkim faktorima, kao što su izbjegavanje, stid i depresija. Informacije o anesteziji tražilo je samo 27% žena, o samoj proceduri pobačaja 38%, o osjećanjima i dojmovima 27% žena, a o situaciji nakon prekida trudnoće 40%. Informacije su tražile uglavnom mlađe žene i one bez prethodnih pobačaja u anamnezi. Što se tiče vrste informacija koje treba uključiti u brošuru, najveći značaj ispitanice su dale materijalu o proceduri prekida trudnoće i situaciji nakon pobačaja.

Dobra alternativa širenju tačnih i medicinski provjerenih informacija jesu web-stranice. Jednim istraživanjem ispitano je korištenje Interneta u širenju informacija o medikamentoznom prekidu trudnoće na adresi www.medicationabortion.com.³⁷

U jednogodišnjem promatranom periodu broj posjetitelja bio je 78.000 sa približno 240.000 zahtjeva za preglede stranica. Resursi su predstavljeni na engleskom, španskom, arapskom i francuskom jeziku. Analizom pregleda pojedinačnih stranica na različitim jezicima, autori zaključuju da postoje različiti prioriteti različitih web posjetitelja, na temelju kojih se mogu osvijetliti posebno interesantne oblasti, planirati edukacija žena, suradnja i istraživanje.

Posebno treba voditi računa o tačnim informacijama za žene u vezi sa *antenatalnom izlaganju lijekovima, hemikalijama i radijaciji kako bi se prevenirali slučajevi nepotrebnog prekida trudnoće*. Jedno kanadsko istraživanje³⁸ pokazalo je da je nakon pravilnog informiranja i savjetovanja većina žena nastavila s trudnoćom. Istraživanjem je također otkriveno da u takvih žena postoje drugi očigledni razlozi za prekid trudnoće, pri čemu je izlaganje neteratogenima samo dobar izgovor.

Preporuka 2

Savjetovanje prije i nakon prekida trudnoće treba formalizirati putem dodatne edukacije zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika.

Profesija savjetnika za prekid trudnoće kreirana je u SAD nakon legalizacije pobačaja.³⁹ Ipak, desetljećima nakon toga konstatira se – nakon provođenja velike nacionalne ankete, da je edukacija iz oblasti zaštite žene, pobačaja i savjetovanja nedostatna i da ove teme treba obavezno ugraditi u kliničku edukaciju.^{40,41}

Zdravstveni radnici i saradnici koji će obavljati savjetovanje prije i nakon prekida trudnoće trebaju biti licencirani, tj. trebaju imati dozvolu profesionalnih tijela nakon što su završili dodatnu edukaciju i obuku. Ovo se odnosi kako na ginekologe i akušere tako i na sestre akušerke. Liječnici porodične medicine također se mogu obučiti za savjetnike.⁴²

Savjetnik za prekid trudnoće trebao bi imati izvjestan nivo naobrazbe iz područja humane seksualnosti, psihologije, sociologije i psihijatrije. Uže oblasti koje bi trebalo uključiti u kurikulum je: seksualna psihologija, socijalni rad i dinamika porodice, poznavanje izvjesnih psihijatrijskih sindroma, prodromalnih znakova krize, disimulacije i agravacije, bavljenje specijalnim problemima, prepoznavanje nasilja u porodici i ovisnosti, poznavanje tehnika izvedbe pobačaja, metoda kontracepcije i dr. Formalna obuka morala bi obuhvatiti i tehnike savjetovanja, uključujući savjetovanje oba partnera i grupne sesije.⁴³ Osim toga, budući savjetnici bi trebali biti upoznati sa izvorima vlastitog stresa i profesionalnog 'sagorijevanja' (*burn-out*).⁴⁴

Budući da postoje etička, medicinska i legalna odgovornost savjetnika u tako osjetljivoj materiji kao što je prekid trudnoće, neophodno je razviti sistem skrininga za aplikante, te formalno nadgledati, bilježiti, pratiti i ocjenjivati rad savjetnika u oblasti prekida trudnoće.^{45,46}

Jedna od mogućnosti jest evalvacija savjetovanja od strane klijentica⁴⁷ i klinička revizija savjetovanja u skladu s određenim kriterijima.

Jedna davno obavljena revizija prakse savjetovanja⁴⁸ pokazala je da nije bilo signifikante razlike između skupina savjetovanih i nesavjetovanih žena, i to u pogledu: kasnije primjene kontracepcije, ponovljenog pobačaja u narednih 12 mjeseci, dolaska na kontrolne preglede nakon pobačaja, i spremnosti žena da razmotre i druge opcije (osim pobačaja). Nađeno je da savjetovana grupa žena ima manje negativnih osjećanja prije i nakon pobačaja, ali

su te razlike iščezle 6 mjeseci kasnije. Savjetovana grupa imala je i veći nivo znanja o kontracepciji. Ove nalaze treba provjeriti novim istraživanjima, odnosno kliničkim revizijama.

Kriteriji za izbor savjetnika uglavnom se odnose na personalne crte kandidata: sposobnost empatije, neposredna srdačnost, iskrenost i neusiljenost. Osim toga, poželjni su zrelost osobe, fleksibilnost, otvorenost za promjene i nove ideje te spremnost da se ženi pomogne kako bi donijela vlastitu odluku.⁴⁹ Savjetnik treba biti maksimalno objektivan i ne smije utjecati na odluku žene. On, prije svega, ženu treba da vodi ka preuzimanju kontrole nad situacijom.⁵⁰ Na koncu, dobar savjetnik mora podnositi ambivalenciju žene, dvosmislenost i neizvjesnost situacije. Neka iskustva govore da je za savjetnika najbolje birati one žene koje su i same iskusile pobačaj. Samo po sebi to ne osigurava pozitivan stav, ali savjetnici omogućuju da se brzo veže za ženu koju savjetuje.⁵¹

Zdravstveni radnici koji će savjetovati i / ili vršiti prekid trudnoće moraju ispitati vlastita stajališta o pobačaju, odnosno vlastite vrijednosti i pristranosti.⁵² U slučaju “prigovora savjesti”, koji im ne “dozvoljava” da savjetuju i vrše pobačaj, etička i zakonska obaveza je da pacijenticu upute drugom ginekologu.⁵³ Treba imati na umu da sadašnja zakonska rješenja kod nas ne sadrže takvu vrstu odredbe. U jednom istraživanju u New Yorku, kojim su ispitani stavovi ginekologa o spremnosti da prekinu trudnoću,⁵⁴ ukazuje da su najprominentniji faktori koji bi djelovali na liječničku odluku bili nedovoljna obuka za vršenje pobačaja te etička i religiozna uvjerenja. Nađena je signifikatna pozitivna korelacija između skora za stavove i skora prakse ($r=.42$, $P < .001$).

Čini se da u našim uvjetima medicinske sestre mogu dobrim dijelom preuzeti na sebe ulogu savjetnica nakon formalne obuke, kao što je to slučaj u drugim zemljama.⁵⁵ Incijalni kontakt je veoma značajan za ženu budući da prve impresije mogu odrediti budući tok savjetovanja i cjelokupnoga tretmana.⁵⁶ Pritom je od najveće važnosti emocionalna podrška, vještine rješavanja problema i razrješenje konflikta.^{57,58} Medicinske sestre također mogu olakšati proces odlučivanja između medikamentoznog i hirurškog prekida trudnoće.⁵⁹

Druga je mogućnost veće uključivanje socijalnih radnika u savjetovanje, posebno kad je riječ o ženama koje su neodlučne u pogledu pobačaja. Odjel za socijalni rad jedne australijske bolnice razvio je protokole za sve visoko rizične indikatore s ciljem definiranja potencijalnih tema za savjetovanje, kliničkih standarda, obrazaca za monitoring savjetovanja i modalitet tretmana, koji uključuje intervenciju u slučaju krize, rješavanje problema, psihoedukaciju i primjenu teorije sućuti te tješnja zbog gubitka.⁶⁰

Jednim istraživanjem kojim je ispitivano znanje žena o pobačaju pronađeno je da 40% ispitanica uopće nije bilo upoznato s mogućnostima konsultacije sa socijalnim radnikom.⁶¹ Nažalost, i tamo gdje postoje dobre mogućnosti za savjetovanje, rad socijalnog radnika često se obezvređuje davanjem primata medicinskoj perspektivi, kao što svjedoči ispovijest socijalne radnice iz jedne njujorške klinike.⁶²

D Preporuka 3

Preporučuje se maksimalno osiguranje privatnosti pacijentice tokom savjetovanja.

Privatnost je jedno od osnovnih prava žene tokom procedure prekida trudnoće. Ako je to tako, čemu onda služi zakonska regulativa? U interpretaciji značenja građanskih sloboda narušavanje privatnosti žene moguće je u drugom trimestru, kad se prekid trudnoće može ograničiti u interesu zdravlja žene, a u trećem trimestru potpuno zabraniti radi zaštite ljudskog života, ali nikada ako je ženino zdravlje ugroženo.⁶³

Kad je riječ o prekidu trudnoće u prvom trimestru kao slobodne ženine odluke i čuvanja njezine privatnosti, tu ne bi trebalo biti prostora za zakonodavca. Međutim, ženina percepcija privatnosti može biti različita – ovisno o okolnostima – kad je riječ o medikamentoznom ili hirurškom pobačaju. Naime, neke žene radije će birati medikamentozni pobačaj kod kuće upravo iz razloga privatnosti; druge će pak radije izabrati hirurški pobačaj kao brzu metodu koja im nudi privatnost ako hoće da izbjegnú neugodna pitanja partnera ili porodice.⁶⁴ U skladu s tim, savjetnik će procijeniti, zajedno sa ženom, je li vakuum-aspiracija, kojom se pobačaj okončava jednom posjetom (ne računajući kontrolni pregled), u najboljem interesu žene u kontekstu njezine privatnosti.⁶⁵

Preporuka 4

Savjetovanje je dobrovoljno i zdravstveni radnici će u svakom pojedinačnom slučaju odrediti može li žena percipirati i shvatiti pružene informacije i savjete.

D

Obavezno savjetovanje za žene koje imaju neželjenu trudnoću jest neprihvatljivo uplitanje u njezin fizički i psihološki prostor. Žena treba biti autonomna u odluci da potraži pomoć savjetnika. Neke zemlje zakonom propisuju obavezno savjetovanje žene prije prekida trudnoće, ali to može dovesti do daljnjeg traumatiziranja pacijentice i pogoršanja depresije, osjećaja krivice i ambivalencije.⁶⁶ Jedna od uobičajenih tehnika savjetovanja jest omogućiti ženi postavljanje pitanja. Priroda ženinih upita savjetniku omogućuje da on brzo otkrije nivo razumijevanja pruženih informacija.

Preporuka 5

Zdravstveni radnici u zdravstvenim ustanovama koje izvode proceduru prekida trudnoće moraju se posebno držati etičkog kodeksa struke, naročito u pogledu povjerljivosti svega što se saznalo tokom savjetovanja i procedure prekida trudnoće.

D

Zdravstveni radnici i zdravstveni saradnici ne smiju davati informacije trećim osobama bez pristanka žene, osim u iznimnim situacijama, naprimjer radi konsultacije (kad je to neophodno) s drugim zdravstvenim profesionalcima. Čak i u tim situacijama žena treba znati kome je upućena i šta je tome razlog. Zdravstvene kartone, druge zabilješke i kompjuterske fajlove koji se odnose na savjetovanje i prekid trudnoće treba čuvati na sigurnim mjestima i na siguran način.

Neka istraživanja žena iz ruralnih sredina⁶⁷ pokazuju da žene povjerljivost stavljaju visoko na ljestvici kad je riječ o prekidu trudnoće na lokalnom nivou (seoska ambulanta). Zbog toga mnoge žene odlaze u veće gradove radi prekida trudnoće. Situacija nije drugačija ni u bivšim komunističkim zemljama. Tako se, naprimjer, u publikaciji WHO o pobačaju i kontracepciji u Rumuniji⁶⁸ navodi da je nedostatak privatnosti i povjerljivosti veliki problem. Žene prekidaju trudnoću u neuslovnim prostorima, u kojima je teško sačuvati privatnost i povjerljivost, čak se i prozivaju imenom. To može biti jedan od razloga zašto žene preferiraju privatni sektor. Nedostatak privatnosti i povjerljivosti, uz visoke troškove, navodi se u publikaciji IPAS-a kao glavni razlog za loš kvalitet usluga pobačaja.⁶⁹

Statistika o pobačaju u koju je uključen različit broj zdravstvenih jedinica može narušiti povjerljivost. Stoga treba zaštititi sve detalje o ženi, ime osobe koja je obavila proceduru savjetovanja i prekida trudnoće i naziv zdravstvene ustanove.⁷⁰

Preporuka 6

Ukoliko se provode klinička istraživanja, osnovna prava žene nakon njenog dobrovoljnog pristanka na kliničko istraživanje ne smiju biti narušena. Autonomiju žene treba zaštititi potpisivanjem informiranog pristanka na kliničko istraživanje, gdje će biti opisani svrha, ciljevi i očekivane koristi od istraživanja.

U skladu sa Deklaracijom Svjetske medicinske asocijacije o etičkim principima za medicinska istraživanja koja uključuje ljude,⁷¹ zdravlje pacijenta i zaštita njegovih prava moraju biti na prvom mjestu. U tački 22. kaže se: *U bilo kojem istraživanju na ljudskim bićima, svaki potencijalni subjekt mora se adekvatno informirati o ciljevima, metodama, izvorima finansiranja, bilo kojem potencijalnom sukobu interesa, institucionalnoj afilijaciji istraživača, predviđenim koristima i potencijalnim rizicima istraživanja i neugodi koja može biti posljedica studije. Subjekt treba da bude informiran o pravu na neučestvovanje u istraživanju ili može povući svoj pristanak na učešće u bilo koje vrijeme i bez posljedica po njega. Nakon što je subjekt razumio informacije, liječnik treba da dobije njegov slobodno dan informirani pristanak, poželjno je da bude u pisanom obliku. Ako se pristanak ne može dobiti napismeno, nepisani pristanak mora se formalno dokumentirati i ovjeriti svjedočenjem.* U tačkama 23. i 24. preciziraju se izbjegavanja mogućeg sukoba interesa u dobivanju informiranog pristanka, odnosno dobivanje pristanka pacijenta u slučaju njegove fizičke ili mentalne nesposobnosti. U tački 25. Deklaracije razmatra se pitanja dobivanja pristanka u slučaju pravne nesposobnosti (djeca). Uključivanje subjekata u istraživanje za koje nije dobiven informirani pristanak, i za što treba odobrenje etičkog komiteta, razmatra se u tački 26.

Preporuka 7

U savjetovanje o prekidu trudnoće i u vezi s planiranjem porodice poželjno je uključiti ženinog partnera. Ne može se prihvatiti jednostrana partnerova odluka, dok se jednostrana ženina odluka prihvaća samo u slučaju kad partner insistira u stvarima koje su protivne interesima i zdravlju žene.

Neka ranija istraživanja pokazuju da žene donose odluku o prekidu trudnoće ‘na svoju ruku’, bez upoznavanja partnera.^{72,73} S druge strane, neki autori nalaze da su žene rijetko ostavljene od partnera da same donesu odluku.⁷⁴

Jedno istraživanje na 60 muškaraca koji su bili u pratnji svojih partnerica pokazalo je da se muškarci osjećaju odgovornim u prevenciji neželjene trudnoće i u vezi s odlukom o pobačaju.⁷⁵ I muškarci i žene često ispoljavaju ambivalenciju^{76,77,78,79} i često imaju probleme da riješe dilemu – održati trudnoću ili je prekinuti. Međutim, stav da će dijete dovesti do gubitka slobode češći je u muškaraca.⁸⁰ Ambivalencija, odnosno nesigurnost u ispravnost odluke čest je fenomen i može se kretati u rasponu od 30% žena u vrijeme kad je pobačaj okončan, do 44% žena prije pobačaja. U tom svjetlu treba promatrati prethodnu diskusiju partnera – naime, kako postupiti u slučaju neželjene trudnoće. U istraživanju Kero A. i saradnika (1999.), kojim je bilo obuhvaćeno 75 muškaraca, više od polovice obavilo je prethodni razgovor s partnerom i otprilike polovica ispitanika odlučila se za pobačaj, mada je preko 50% imalo ambivalentna osjećanja o prekidu trudnoće, kao što su anksioznost, odgovornost, krivica, olakšanje i žalost. Zaključak je autora da u prevenciju pobačaja svakako treba uključiti muškarce kao ciljnu grupu. Autori drugih istraživanja^{81,82} dolaze do sličnog zaključka: muškarce treba uključiti u savjetovanje nakon pobačaja u vezi s pitanjima kontracepcije, rizika HIV transmisije i značaja promocije spolne jednakosti, budući da imaju ulogu u procesu odlučivanja i u davanju podrške.

Preporuka 8

Zdravstveni radnici trebaju prepoznati one žene koje zahtijevaju dodatnu podršku u donošenju odluke, odnosno one koje imaju povećani rizik od negativne psihološke reakcije.

Putem intenzivnog proučavanja novijih studija psiholoških posljedica vezanih uz pobačaj moglo se uočiti da su u čitavu raspravu snažno uključeni politički, etički i moralni aspekti. Ozbiljnost pitanja stručne interpretacije dobivenih rezultata je naglašena u posljednje vrijeme budući je postalo evidentno kako se zaključci koriste za podupiranje teza vezanih za pobačaj od strane protivnika, odnosno pobornika ove medicinske usluge, te značajno utječu na kreiranje politika i zakona o slobodnom pobačaju. Zbog toga se postavljaju sve strožiji kriteriji pred istraživače u ovom području, a tiču se metodološke ispravnosti provedenih istraživanja i adekvatne interpretacije dobivenih rezultata.

Navedene preporuke smo pokušali zasnovati na visoko ocijenjenim studijama, s tim što smo prednost davali onim novijim. Jedna studija objavljena 2003. godine⁸³ ukazuje da je izazvani pobačaj povećao rizik za pojavu poremećaja raspoloženja, suštinski dovoljnog da provocira samopovređivanje.

Stotlandova studija, objavljena 1997. godine,⁸⁴ ukazuje na to da "osoblje iz centara za pobačaj treba imati na umu to da prekid trudnoće može biti doživljen kao gubitak čak i onda kada je rezultat dobrovoljnog izbora". S druge strane, isti autor ističe da sistematski pregled literature indicira da su ozbiljne psihijatrijske bolesti najmanje osam puta više prisutne među porodiljama nego među ženama koje su imale pobačaj.

O pobačaju kao potencijalnoj traumi izjasnila su se i dvojica britanskih autora⁸⁵ nakon provedenog sistematskog pregleda literature objavljene nakon 1990. godine. Naime, autori smatraju da su rezultati njihovog istraživanja "osnažili razumijevanje pobačaja kao potencijalne traume".

Jedna od studija koje se često navode u novijim istraživanjima je ona od Dagga⁸⁶ koji, nakon sistematskog pregleda dostupne literature o psihološkim sekvelama terapijskog pobačaja, zaključuje da se negativne sekvele dese manjoj grupi žena, i kada se takvi simptomi pojave, obično se čini da su nastavak simptoma koji su se javili prije prekida trudnoće i gube se ubrzo nakon pobačaja.

Veoma angažiran autor posljednjih godina u ovom području, Brenda Major, zajedno sa grupom autora,⁸⁷ zaključuje da "većina žena ne doživljava psihološke probleme ili kajanje zbog vlastitog pobačaja nakon dvije godine od događaja, ali neke žene ipak doživljavaju. Smatra se da su one kojima se to desi osobe s ranijom historijom depresije.

Na temelju jedne longitudinalne kohortne studije iz 2005. godine, u kojoj je ispitano 1.247 žena koje su imale namjerni prekid prve trudnoće nije se moglo pokazati da postoji relacija sa depresijom (odds ratio 1,19, 95% interval pouzdanosti 0,85 do 1,66).⁸⁸

U skladu s ovim su zaključci tribine koju je organiziralo Američko udruženje psihologa što je prezentirala grupa autora u svome pregledu, objavljenom u oktobru 1992. godine,⁸⁹ a gdje se ističu dokazi da pobačaj vjerovatno nije praćen ozbiljnim psihološkim reakcijama, te da se psihološki aspekti mogu bolje razumjeti u okviru normalnog stresa i njegovog savladavanja prije nego psihopatološkim modelom.

Pored ispitivanja samog efekta induciranog pobačaja na psihološko stanje žene, nas je interesiralo i na koji način procijentice imaju povećan rizik od spomenute negativne psihološke reakcije prije i nakon prekida trudnoće. Smatrali smo da bi evidentiranje relevantnih faktora rizika pomoglo kliničarima u identificiranju onih osoba kojima je potrebna dodatna podrška (npr. psihološko savjetovanje). U prethodno spomenutom Stotlandovom istraživanju, kao faktori odgovorni za psihološke teškoće nakon pobačaja identificirani su: ranija ili trenutna psihijatrijska bolest, prisiljavanje na pobačaj, genetske ili medicinske indikacije, nedostatak socijalne podrške, ambivalencija, rastuće trajanje gestacije. Brenda Major i saradnici (2000.) identificiraju prijašnju istoriju depresivnih tegoba kao bitan prediktor psiholoških problema nakon pobačaja. Grupa švedskih autora⁹⁰ kao rizične faktore identificira ove: osoba živi sama, loša emocionalna podrška od porodice i prijatelja, negativne promjene u odnosu s partnerom koje su se desile nakon pobačaja, ambivalencija ili negativan stav prema pobačaju, aktivna religioznost. U jednoj novoj studiji (2006.) grupa autora iz Norveške⁹¹ kao prediktore simptoma anksioznosti i depresije koji prate pobačaj vide trenutne životne događaje i raniju psihijatrijsku bolest. Tome dodaju da su simptomi depresije povezani sa sumnjom u odluku o pobačaju, dok su simptomi anksioznosti povezani s negativnim stavom prema namjernom pobačaju.

Prezentirani rezultati studija o psihološkim posljedicama vezanim za pobačaj ukazuju na to da, kao prvo, prekid trudnoće nije nužno povezan s negativnom psihološkom reakcijom pošto većina kvalitetnijih studija to nije dokazala (tj. ne postoji kauzalna povezanost), te u pogledu ovog pitanja vlada priličan konsenzus. Međutim, većina studija ipak ukazuje na to da kod određene, manje grupe žena dolazi do izvjesnih psiholoških poteškoća i tendencije ka samopovređivanju.

Razlozi za ovakve, negativne efekte po psihičko zdravlje žene nalaze se u faktorima koji su u vezi s prijašnjim ili aktuelnim psihičkim tegobama, socijalnim statusom, stavovima prema pobačaju, pritiskom od strane partnera, itd. Proizlazi da je pobačaj trauma samo u slučaju kada postoji određena predisponiranost, koja se ispoljava u vidu raznih nepovoljnih životnih momenata. Naravno, važno je imati na umu da je i ženama koje nemaju izražene negativne psihološke reakcije potreban senzitivn pristup, odnosno treba voditi računa o tome da su različite osobe u različitim stadijima donošenja odluke, te im u skladu s tim treba ponuditi podršku i savjetovanje prilagođeno svakoj pojedinoj ženi.

Jasno je da kliničar ne može (niti je to u njegovu opisa posla) obavljati sva tri oblika savjetovanja, pa bi trebalo u proceduru prije i nakon pobačaja uključiti stručnjake koji se bave psihološkim i socijalnim aspektima u zdravstvu (psihologe, socijalne radnike, eventualno psihijatre).

Zanimljivo je psihoanalitičko tumačenje dinamike koja motivira ponašanje žena koje traže pobačaj. Postulira se da neriješeni konflikti mogu zaostati iz ženinog ranog odnosa s majkom ili da je iskustvo pobačaja refleksija ženine želje da se ostvari kao osoba i odvoji od majke.⁹² Drugi uvidi ukazuju da neke žene imaju u svojoj historiji traumatična iskustva iz djetinjstvu i da putem prekida trudnoće traže sigurnost u neodgovarajućoj ljubavnoj vezi. Jedno od mogućih objašnjenja za ponavljane pobačaje (10-15% svih pobačaja) jest slika seksualnosti kao nečeg ponižavajućeg, samokažnjavajuće sadomazohističke crte ličnosti i pasivnost.⁹³

U svakom slučaju, dodatnu psihološku pomoć treba zatražiti kad žena nakon mjesec dana nakon pobačaja izjavljuje da osjeća strah, da izvršeni pobačaj osjeća kao gubitak i da joj se pobačaj kao sam doživljaj često javlja u mislima.

Gore nabrojani simptomi samo su neki dio onih koji mogu ukazati da se kod žene može razviti *posttraumatski stresni poremećaj* ili *ostpobačajni sindrom*.⁹⁴

Preporuka 9

Ženi koja ima povećan rizik od negativne psihološke reakcije ili postoji opravdana sumnja u iskrenost njenih odgovora ili je stručno ocijenjeno da ne može procijeniti situaciju u kojoj se nalazi potrebna je dodatna podrška zdravstvenih saradnika (psihologa, socijalnog radnika, psihijatra).

B

U dijelu koji se odnosi na procedure prije abortusa, tj. donošenje odluke o abortusu, prezentirali smo dokaze koji podupiru naše zaključke vezane za psihološke posljedice vezane za abortus. Zaključak je da ipak postoji manja grupa žena kod kojih postoji veća vjerovatnoća od pojave negativnih psiholoških posljedica u periodu prije i nakon pobačaja. U tom slučaju mi pod tim negativnim psihološkim posljedicama nakon namjernog prekida trudnoće podrazumijevamo dugotrajnije psihološke probleme, koji se ne mogu objasniti u okviru normalnog i očekivanog stresa. Iako se, kako smo vidjeli, radi o manjem broju žena, neophodno je osigurati usluge dodatne podrške i/ili savjetovanja koje bi bile integrirane u proceduru zaštite žene nakon pobačaja.

I u ovom slučaju smo pokušali olakšati kliničarima posao vezan za procjenu posebno ranjivih osoba, pa smo naveli manju grupu relevantnih faktora rizika. Razlika u odnosu na dio prije prekida trudnoće je u dodatnom faktoru koji je u vezi s negativnim promjenama u relaciji s partnerom nakon pobačaja, koje su identificirane u spomenutom istraživanju Soderberga i saradnika (1998), a za koje smo smatrali kako je logično da ih uključimo u procjenu ponašanja žene nakon pobačaja. U svakom slučaju liječnici primarne zaštite trebaju izbjegavati rutinske psihijatrijske konsultacije, osim u slučajevima koji mogu uputiti na psihološke sekvele nakon pobačaja.⁹⁵

Treba također imati na umu da iz medicinsko-legalnih razloga svaku ženu treba obavijestiti o mogućim udaljenim psihološkim sekvelama nakon pobačaja.⁹⁶ Mada slobodna odluka o pobačaju leži na ženi, tj. njezinoj odgovornosti, samo mala mogućnost – da neka klijentica nije o tome informirana, a da je kasnije zadobila takve posljedice – omogućuje joj da tuži doktora i ustanovu u kojoj je obavljen pobačaj. Nekoliko takvih sporova već se vodi u svijetu.⁹⁷

Važno je voditi računa da pobačaj zauvijek mijenja ženu, bilo pozitivno, bilo negativno. Te emocionalne promjene javljaju se i kad ženin život nije promijenjen. Cilj savjetovanja, pored ostalog, jest da se žena prilagodi tim promjenama. Zanimljivo je da zakoni kojima je regulirano pitanje pobačaja ne određuju važnost savjetovanja u tom smislu.^{98,99}

Preporuka 10

Vremenski okviri pružanja usluga trebaju biti takvi da se:

- **idealno, svim ženama koje zahtijevaju pobačaj osigura jednak pristup kliničkoj procjeni u roku od 2 dana nakon iskazanog zahtjeva**
- **idealno, svim ženama izvrši pobačaj u roku od 5 dana nakon što je donesena odluka da se to uradi.**

C

Ova preporuka, zapravo, reflektira stanje stvari u vezi s pobačajem u zemljama Zapadne Evrope i teško da je to slika sadašnjeg stanja u našim uvjetima. Vremenski okvir je zadržan u preporuci kako bi se ostavilo vrijeme potrebno ženi da nakon informiranja / savjetovanja prije procedure razmisli o svojoj odluci kada je u dvojbenoj situaciji.

U okviru rasprave o novom „modelu savjetovanja“, u nizozemskom zakonu o pobačaju, Sjef Gevers¹⁰⁰ dovodi u sumnju zakonski period čekanja u trajanju od pet dana. U odgovoru na pitanje iz upitnika o obaveznom čekanju na proceduru pobačaja, 40 posto žena ocijenilo je to vrijeme kao nepotrebnu prepreku, 40 posto imalo je neutralno mišljenje a samo 20 posto se izjasnilo u korist zakonski propisanog vremena čekanja na pobačaj. Većina zdravstvenih profesionalaca i šefova klinika u obavljenim intervjuima izjasnila se da je 5 dana obaveznog čekanja suvišno vrijeme i da predstavlja paternalističku zapreku, posebno u situacijama u kojima je žena od samog početka uvjerena da mora prekinuti trudnoću i kad nema razloga za bilo kakvu sumnju u ispravnost te odluke. U zaključku se kaže da praksa pokazuje kako je ostavljeno vrijeme za razmišljanje često duže od pet dana, pa propisano obavezno vrijeme čekanja nije neophodno za osiguranje pažljivog procesa odlučivanja. Zbog toga se preporučuje da zakon samo precizira da je potrebno određeno vrijeme između početnog zahtjeva i eventualnog prekida trudnoće, dovoljno dugo za pažljivo odlučivanje.

Buduća iskustva i ankete koje treba provesti u našim uvjetima trebaju osvijetliti da li je preporučeno vrijeme za odluku prepreka ili dobar agens promjena.

Preporuka 11

Zdravstveni radnici su dužni pružiti potrebne informacije o mogućim komplikacijama i posljedicama pobačaja, što je neophodno radi dobivanja validnog informiranog pristanka žene na prekid trudnoće.

- 11.1 Rizik od **krvarenja** u vrijeme pobačaja je nizak.
- 11.2 Rizik od **perforacije uterusa** za vrijeme hirurškog pobačaja je srednji. Smanjuje se što je trudnoća vremenski niža i što je ginekolog koji izvodi pobačaj iskusniji.
- 11.3 Rizik od **povrede vrata maternice** je nizak. Smanjuje se što je trudnoća niža i što je ginekolog koji izvodi pobačaj iskusniji.
- 11.4 Rizik od **neuspjelog pobačaja** je nizak. Ovaj rizik se smanjuje ukoliko je trudnoća vremenski niža. Neuspjeh se može desiti kod žena višerotki ako se primijeni neodgovarajuća vakuum-sonda, te kod žena koje imaju anomaliju uterusa.
- 11.5 **Infekcije genitalnog trakta** nakon pobačaja nastaju u najviše 10% slučajeva. Rizik se smanjuje pri profilaktičkoj upotrebi antibiotika, a idealno je da se radi i skrining donjeg genitalnog trakta.
- 11.6 Daljnji **reproduktivni ishodi**. Nema dokazane povezanosti između pobačaja i posljedica u vidu vanmaterične trudnoće, placente previje ili sterilnosti... Pobačaj može biti povezan sa malim rizikom od spontanog pobačaja ili prijevremenog porođaja.
- 11.7 **Psihološke posljedice**. Neke studije ukazuju da je stepen psihijatrijskih oboljenja i samokažnjavanja veći među ženama koje su imale pobačaj nego među ženama koje su rodile ili ženama koje nisu bile trudne, a slične su dobi. Ipak, ove studije ne ukazuju na uzročno-posljedičnu vezu.

Liječnici, prema najviše citiranoj vodilji - Royal College of Obstetricians and Gynaecologists: *The Care of Women requesting Induced Abortion, September 2004.*, trebaju biti osposobljeni tako da ženama mogu pružiti sljedeće informacije:

- opis metoda prekida trudnoće koji se izvodi u toj ustanovi za određeni gestacijski period
- neposredne komplikacije:
- komplikacije u prvim sedmicama nakon prekida trudnoće
- dugotrajni učinci
- stanja koja su udružena s prekidom trudnoće, ali su potrebni novi dokazi, kao što su karcinom dojke i neplodnost.

Neposredne (momentane) komplikacije kao što su krvarenje, perforacija maternice, razdor vrata maternice, zadržani produkti začeca, maternalna smrt i anesteziološke komplikacije su rijetke i, prema nekim izvještajima,^{101,102} ne prelaze 0,7% svih namjernih pobačaja. Zbog toga se ženama savjetuje kontrolni pregled nakon dvije sedmice od pobačaja. Žene koje su pod rizikom psiholoških sekvela također se naručuju radi savjetovanja.

Zdravstveni profesionalac koji radi kao savjetnik treba da zna incidenciju neposrednih i udaljenih komplikacija na lokalnom nivou (ustanove, regije).

Nakon informiranja odrasle osobe i ostavljanja vremena za postavljanje pitanja kako bi pristanak bio validan, koji mora biti dobrovoljan. Sposobnost za pristanak određuje se ispunjenošću sljedeće tri stavke:

- žena može razumjeti proceduru i ponuđene opcije
- pristanak je dobrovoljan
- odluka se zasniva na dovoljnim i tačnim informacijama.

Da bi se testirala sposobnost žene za razumijevanje i donošenje odluke prihvatanja ili odbijanja procedure prekida trudnoće, uobičajeno se provjerava u kojoj mjeri pacijentica može primiti i reproducirati informacije, koliko u njih vjeruje i, na koji, način vaga potrebe i rizike.

Međutim, sama procedura za informirani pristanak i svrha informiranog pristanka nisu uvijek jasni pacijenticama, posebno kad je riječ o pravnim implikacijama.¹⁰³ To može biti jedna od stvari koje doktor mora objasniti ženama. Pitanja na koja najčešće treba odgovoriti su: koje su implikacije potpisivanja, odnosno nepotpisivanja pristanka; može li se procedura obaviti bez pisanog pristanka; i koje su implikacije u vezi s kompenzacijom. Pacijentice uglavnom ne vide da je informirani pristanak primarno u njihovom interesu. Većina vjeruje da se na taj način ambulanta ili bolnica štite od parničenja. Svrha informiranog pristanka je osiguranje da su sve relevantne informacije date na sistematski način i sveobuhvatno.

Informirani pristanak na pobačaj je i dobra mjera za očuvanje psihičkog zdravlja žene. Neinformiranje žene o pobačaju, nedostatak pristanka na proceduru pobačaja (što je dosad bio slučaj), osjećaj žena da se događaji koji se tiču njihova tijela i psihe odvijaju izvan njihove kontrole, neljubaznost zdravstvenih radnika - mogu biti izvor posttraumatskog stresnog poremećaja.¹⁰⁴

Za razliku od evropske legislative, američka zahtijeva od ginekologa da ženi koja traži prekid trudnoće detaljno predoči fetalni razvoj i vizuelno prezentira aktuelna veličina ploda. Preporučuje se da se takve informacije ženama daju tek na njihov zahtjev.^{105,106}

Preporuka 12

Prije nego što napuste ustanovu u kojoj je izvedena procedura prekida trudnoće, sa svakom ženom treba prodiskutirati o metodama kontracepcije, savjetovati je i ponuditi joj odgovarajuću metodu kontracepcije, ako to žena traži. Sa izabranim metodom kontracepcije treba odmah započeti nakon prekida trudnoće.

Započinjanje kontracepcije odmah nakon izazvanog prekida trudnoće ima svoje prednosti. Žena zna da nije trudna, njezina motivacija za učinkovitu kontracepciju je visoka i ona je već pristupila zdravstvenoj zaštiti. Osim toga, dokazano je da ovulacija nastupa unutar jednog mjeseca od pobačaja prvog trimestra u preko 90% žena.¹⁰⁷

Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use Svjetske zdravstvene organizacije (WHOMEC) daje preporuke zasnovane na dokazima o pogodnostima kontracepcije.¹⁰⁸

Kombinirana oralna kontraceptivna pilula jest najčešća metoda kontracepcije za žene u dobi od 16 do 49 godina. Oko 18% žena koje koriste bilo koju vrstu kontracepcije primjenjuju upravo ovu metodu.¹⁰⁹ WHOMEC preporučuje da koristi kombinirane oralne kontraceptivne pilule odmah nakon prekida trudnoće pretežu rizike. Slično, progesteronske kontraceptivne pilule mogu se odmah dati nakon prekida trudnoće. Idealno, s obje metode treba započeti u vrijeme prekida trudnoće, kada je kontraceptivna zaštita momentalna.

U dvije randomizirane studije procijenjeni su učinci kombinirane oralne kontracepcije započete odmah nakon ranog medikamentoznog pobačaja.^{110,111} Obje studije zaključuju da je sigurno ponuditi kombinirano oralnu kontracepciju odmah nakon medikamentoznog pobačaja, kao i to da ona nema učinka na trajanje ili količinu vaginalnog krvarenja. Sa kombiniranim oralnim pilulama može se započeti na dan primjene misoprostola (3-ći dan), čak i ako treba 7-14 dana da se proces pobačaja okonča.¹¹²

U nedavnom ispitivanju 6 kontroliranih randomiziranih studija od strane Cochrane Collaboration nađeno je da sve studije nisu bile kvalitetne (mali broj ispitanica, gubljenje iz istraživanja). Samo je jedno istraživanje zadovoljilo kriterije i pokazalo da će žene koje primaju ponavljano, strukturirano savjetovanje vjerovatno nastaviti s injekcionim kontraceptivima u odnosu na one koje su samo rutinski savjetovane. Isto istraživanje je pokazalo da će žene koje primaju strukturirano savjetovanje rjeđe prekinuti uzimanje kontraceptiva zbog menstrualnih promjena.¹¹³

Zanimljiv prijedlog dolazi iz Francuske: autori predlažu korištenje kartične naprave za podsjećanje žena na redovno uzimanje oralnih kontraceptiva. Istraživanje je pokazalo da je *compliance* u žena koje su koristile kartične naprave za podsjećanje bio značajno veći i da su bile upozorene barem u jednoj prilici o propuštanju uzimanja pilule. Među korisnicama, njih 98 posto se izjasnilo da je kartična naprava za podsjećanja laka za korištenje, a 97 posto žena bilo je zadovoljno karticom.¹¹⁴

Neuspješnost trenutno korištenih kontraceptivnih metoda najčešći je razlog za primjenu hitne kontracepcije (HK), koja se definira kao bilo koja metoda kad se koristi nakon nezaštićenoga spolnog odnosa i prije implantacije.¹¹⁵ HK se razmatra kod svih žena koje su imale nezaštićen odnos u okviru 72 sata, bilo samovoljni, bilo prisilni, kao i u slučaju ejakulacije na vanjskim genitalijama tokom odnosa.^{116,117} Nema objavljenih studija kojima je dokazano da je HK kontraindicirana u stanjima kad je kontraindicirana upotreba oralnih kontraceptiva. Iako su doze hormona znatno veće, uzimanje je veoma kratko.

Mučnina i povraćanje najčešće su nuspojave. One se mogu smanjiti korištenjem antiemetika jedan sat prije početka terapije. Većina će krvariti u vrijeme očekivane menstruacije, ali određeni broj žena može dobiti prijevremeno krvarenje ili će menstruacija kasniti, ovisno o tome u kojoj fazi menstrualnog ciklusa je lijek uzet.

Najčešće korištena hormonalna metoda je *Yuzpe metoda*,¹¹⁸ koja se sastoji od 100 mcg estradiola (EE) i 500 mcg levonorgestrela, podijeljeno u dvije doze, gdje se druga doza uzima 12 sati nakon prve, a prva se doza uzima unutar 72 sata od nezaštićenoga odnosa. Mogu se dati i preparati kojih ima na tržištu kao *Levonelle-2* (Schering-Evropa) i *Plan B* (SAD) ili u nas, u nedostatku registriranih preparata posebno za tu namjenu, neki oralni kontraceptivi (npr. *Stediril D 2x2* ili *Triquilar* tablete). Prvu dozu treba uzeti što prije nakon nezaštićenoga odnosa jer novija istraživanja pokazuju da efikasnost opada što je veći razmak između tog odnosa i prve doze lijeka.

Danazol (Danoval caps. 100 mg) sintetski je androgen, koji u dozi od 2x600 mg efikasno smanjuje rizik nastanka trudnoće.

Mifepriston (RU-486) je sintetski steroid s jakim antiprogesteronskim djelovanjem, u pojedinačnoj dozi od 10 do 600 mg, najefikasniji je preparat za hitnu kontracepciju. (U nas nije registriran.)

IUD se može postaviti u roku od pet dana (po nekima čak i okviru sedam dana) od nezaštićenoga odnosa i pogodan je za one žene koje žele nastaviti s metodom dugotrajne zaštite. Ova metoda je indicirana i kada je prekasno za početak hormonske HK.¹¹⁹

Da bi ženama mogli savjetovati korištenje HK, ginekolozi i savjetnici na prvom mjestu moraju potanko biti upoznati sa HK. U jednom je istraživanju pronađeno da davaoci usluga nemaju dovoljno znanja o HK, uz postojanje određenih predrasuda.¹²⁰ Nađeno je također da malo liječnika educira žene o HK tokom savjetovanja.^{121,122} Nedostatak ispravnog savjetovanja i loše komunikacije sa ženom ogleda se u neznanju korisnica o mogućnostima takve kontracepcije. Jedno istraživanje je pokazalo da 77% žena ništa nije znalo o HK, pri čemu je u dvije trećine slučajeva otkriveno da se HK mogla uspješno primijeniti.¹²³ Općenito, dva glavna razloga koja objašnjavaju smanjeno korištenje HK jesu nepoznavanje činjenica o HK od strane davalaca usluga i žena i ograničen pristup takvoj kontracepciji.^{124,125} Važan faktor može biti i nedostatak svijesti žene o riziku trudnoće.^{126,127} Opisani su i drugi limitirajući faktori, kao što su cijena¹²⁸ i bojazan od nuspojava lijeka,¹²⁹ naprimjer, mučnina, povraćanje i umor. Ipak, u jednom istraživanju 118 žena, 92% je odgovorilo da bi opet koristile istu metodu.¹³⁰

Dvije nedavne studije - u Švedskoj¹³¹ i Škotskoj¹³² bavile su se utjecajem HK na stopu pobačaja. Nije primijećeno da je HK dovela do reduciranja stopa pobačaja. Razlog tome su mnogobrojni socijalni i ekonomski faktori koji djeluju na stope pobačaja, pa je teško pokazati da samo jedan faktor, kao što je HK, može dovesti do pada broja prekida trudnoće.¹³³

Glavne preporuke koje proizlaze iz ove rasprave jesu:

- **HK je učinkovit način za smanjenje broja neželjenih trudnoća.**
- **Ginekolozi trebaju preuzeti aktivnu ulogu u edukaciji i informiranju žena o HK.**
- **HK je sigurna metoda, koja ne može zamijeniti regularnu kontracepciju i ne smije biti trajni izbor kontraceptivne metode.**

A

- **HK treba primijeniti što prije, jer njezina efikasnost opada s vremenom.**
- Yuzpeova preporuka je standard i trenutno najdostupnija u našoj zemlji.
- Gestagenska metoda je uspješnija i s najmanje nuspojava.
- Intrauterini uložak treba predložiti onim ženama kojima je potrebna trajna kontracepcija i/ili je prošlo previše vremena od nezaštićenoga odnosa (do 5 dana).

Općenito, savjetovanje prije prekida trudnoće kombinirano sa pribavljanjem odgovarajuće kontracepcije odmah nakon pobačaja značajno uvećava njezino korištenje u idućih 6 mjeseci.^{134,135} Također je opaženo da savjetovanje nakon prekida trudnoće značajno uvećava primjenu kontracepcije.¹³⁶

Posebno pitanje jest savjetovanje žena o kontracepciji koje su u premenopauzi i žena koje imaju određene zdravstvene probleme.

Žene u premenopauzi

Potrebe za kontracepcijom u kasnijoj reproduktivnoj dobi umnogome se razlikuju od takvih potreba mlađih žena. Iako je trudnoća u kasnijoj reproduktivnoj dobi znatno rjeđa, ona je obično praćena s višim maternalnim morbiditetom i mortalitetom, te s povećanom učestalošću prirođenih fetalnih malformacija. Ističe se potreba za pažljivim odabirom kontracepcijske opcije, koja sa jedne strane treba biti učinkovita, a s druge strane prihvatljiva i sa što manje nuspojava. U toj dobi su češće i bolesti poput dijabetesa, hipertenzije, dislipidemije te oboljenja kardio-vaskularnog sistema, a sve te bolesti nose povećan rizik za trudnicu i za ishod trudnoće i sužavaju izbor sigurnih kontraceptivnih metoda bez povećanog rizika u tim stanjima. Pobačaj u toj životnoj dobi ili u prisustvu dodatnih bolesti može biti praćen dodatnim rizicima i komplikacijama, kao i povećanim psiho-socijalnim traumama. To dodatno može ugroziti opće zdravstveno stanje žene.

Prema statistici, u našem podneblju prosječna dob menopauze je oko 51 godine. Prema podacima iz SAD, više od polovice djece rođenih u dobi 45-49 godina starosti majke bilo je neplanirano. Prema istim podacima, učestalost namjernog prekida trudnoće u toj dobi bila je veoma visoka. Iako su ženama u kasnijoj reproduktivnoj dobi na raspolaganju mnoge vrste kontracepcije, postoje velike razlike u geografskom i socijalnom pogledu. Neke od savremenih metoda su mnogo povoljnije, ali se češće koriste druge, iako manje pouzdane, posebno u zemljama u razvoju. Općenito, žene sa 40 godina života rjeđe koriste kontraceptive. U razvijenim zemljama najviše ih pribjegava trajnoj sterilizaciji, a najmanje oralnoj kontracepciji, nasuprot ženama mlađe dobi koje najčešće koriste taj oblik zaštite. U SAD-u se oko 15% parova odlučuje za podvezivanje jajovoda i oko 12% za vazektomiju. Obje metode su vrlo pouzdane i efikasne u porodicama sa završenim planiranjem porodice. Kod nas se one veoma rijetko primjenjuju, posebno vazektomija. S druge strane, veoma je rasprostranjena upotreba mehaničkih kontraceptivnih sredstava (kondomi, dijafragme i različita spermicidna sredstva).¹³⁷

Žene sa zdravstvenim problemima

Neplanirana trudnoća kod žena s nereguliranom ili loše reguliranom kroničnom bolesti izlaže ženu i dijete visokom riziku morbiditeta i mortaliteta. Zbog toga ta skupina žena mora imati najučinkovitiju kontracepciju, koja ujedno ne narušava njihovo zdravlje, odnosno ne komplicira osnovnu bolest.¹³⁸

Različite su mogućnosti kontracepcije i načelno ih dijelimo u tri skupine. U skupinu tzv. *metoda barijere* ubrajaju se muški i ženski kondom, dijafragma, cervikalne kape, spermicidna sredstva i sl. Ta su sredstva metabolički neutralna, relativno su nesigurna, ali nema gotovo niti jedne medicinske kontraindikacije za njihovu primjenu. U drugu skupinu ubrajaju se *intrauterini ulošci*, bakreni ili hormonski, poput uloška s levonorgestrelom (LNG-IUD). Metabolički su neutralni, pouzdani i dobro su rješenje za pravilno odabranu skupinu korisnica. Treću skupinu čine *hormonski kontraceptivi*, koji imaju različite metaboličke učinke, a ovisni su o vrsti hormona, dozi i načinu primjene. Za primjenu hormonskih kontraceptiva kod žena s kroničnim bolestima važno je poznavati njihove učinke na metabolizam lipida, ugljikohidrate i na faktore koagulacije.^{139,140,141}

Prema Šimuniću i Barišiću (2002), pri odabiru metode kontracepcije treba imati na umu da je neplanirana trudnoća za bolesnice s određenim hroničnim bolestima veći rizik od nepovoljnih učinaka kontraceptiva. Ipak, ženi s nekom hroničnom bolesti neophodna je kontracepcija koja minimalno djeluje na osnovnu bolest. Također, neophodna je uska suradnja ginekologa s liječnikom koji liječi njezinu osnovnu bolest, te česte kontrole kliničkih i laboratorijskih pokazatelja stanja osnovne bolesti tokom primjene kontracepcije.

Preporuka 13

Informacije o metodama kontracepcije, uključujući način upotrebe, kontraindikacije, neželjene učinke i dostupnost pružaju se i u pisanoj formi u obliku brošura o kontracepciji, za svaku izabranu metodu.

B

Općenito je prihvaćeno da su brošure, poster i leci namijenjeni pacijenticama korisno sredstvo za edukaciju i informiranje žena u vezi sa kontracepcijom. Međutim, učinkovitost tih edukacijskih intervencija podržana je uglavnom nekontroliranim i nerandomiziranim istraživanjima.^{142,143} U jednom randomiziranom istraživanju,¹⁴⁴ 636 žena bilo je podijeljeno u tri grupe u skladu s vrstom ponuđenih informacija o kontracepciji. Svaka grupa podijeljena je u dvije podgrupe na bazi savjetovanja i informiranja od strane liječnika, odnosno sestara. Edukacija, koja je procijenjena upitnikom, imala je značajan učinak na znanje o faktorima koji dovode do neuspjeha zaštite, o hitnoj kontracepciji i na pravilno uzimanje pilula. Autori zaključuju da leci, uz ostavljanje vremena za postavljanje pitanja, što, naravno, iziskuje veći napor osoblja, jesu najbolji način edukacije žena o kontracepciji.

Istraživanja o znanju, stavovima i najadekvatnijim informacijskim izvorima pokazala su da žene najviše cijene živu riječ ginekologa i štampane materijale u odnosu na medije.¹⁴⁵ Žene najviše traže informacije o korektnom korištenju kontracepcijskih metoda, nuspojavama i potencijalnim rizicima, i pritom preferiraju veće brošure s detaljnim informacijama.^{146,147}

U jednom randomiziranom istraživanju dvije skupine žena, jedne koja je primila preporučeni službeni paket informacija o intrauterinoj kontracepciji, i druge – koja je bila obavještena od strane kompanije, bolje je ocijenjena kompletnost i informacijski sadržaj ove posljednje. Istraživanje je pokazalo da se žene žele obavijestiti o načinu kako djeluje kontracepcija, kako se koristi, ko je može koristiti; kako spirala izgleda (slika!), o potencijalnim neželjenim učincima i dr. Žene su također izrazile zahtjev da brošuru pročitaju prije insercije spirale.^{148,149}

Neki istraživači su primijetili da leci više podržavaju informirani *compliance* u okviru propisane zaštite, a manje informirane izbore žena. Šira diseminacija letaka pozitivno utječe na promociju informiranih izbora.¹⁵⁰

Istraživanje na uzorku žena koje su imale više pobačaja pokazalo je da takve žene iziskuju razgovor s ginekologom uz objašnjavanje putem prigodnih brošura i slika.¹⁵¹

A

Preporuka 14 **Insercija IUD odmah nakon prekida trudnoće praktična je i sigurna metoda kontracepcije.**

Sistematski pregledi 9 randomiziranih studija sa ukupno 4.476 žena ukazuju da je insercija bakarne intrauterine kontraceptivne spirale (IUCD) u vrijeme hirurškog prekida trudnoće sigurna i praktična.¹⁵² Međutim, rezultati tih multicentričnih istraživanja rijetko su se primjenjivali u kliničkoj praksi.

Iz metaanaliza multicentričnih istraživanja¹⁵³ vidljivo je da je apliciranje IUD odmah nakon pobačaja sigurno i praktično. Stopa ekspanzije u većoj trudnoći (drugi trimester) je veća nego prilikom apliciranja izvan trudnoće. Stopa spontane ekspanzije u početnoj trudnoći je veoma mala, gotovo kao i van trudnoće. Pri tome je nađeno da je TCu 220C bolja u poređenju sa Lippes Loop i Copper 7 u sprečavanju trudnoće i postizanju manje stope spontane ekspanzije. Također, levonorgestrel IUD uspješnija je za sprečavanje trudnoće nego Nova T.

Nema dovoljno dokaza za prednost momentane naspram odgođene insercije. WHOMEK, međutim, preporučuje da postoje koristi intrauterine kontracepcije odmah nakon završetka trudnoće u prvom trimestru (neograničeno korištenje).

U jednom istraživanju nisu pronađene razlike u stopama ponovnog prijema zbog pelvične infekcije nakon prekida trudnoće u prvom trimestru u 229 žena kojima je inserirana IUCD u odnosu na 594 žene kod kojih nije inserirana spirala.¹⁵⁴ Stopa nastavljanja nošenja IUCD u prvoj godini bila je 72,8% bez profilaktičkog korištenja antibiotika.

Jedno malo randomizirano istraživanje odnosilo se na ispitivanje obrasca krvarenja koji je udružen s insercijom spirale nakon prekida trudnoće. Rezultati upućuju da je obrazac krvarenja sa spiralom sličan onome nakon insercije koja slijedi menstrualno krvarenje. Nažalost, broj ispitanica koje su se izgubile na kontrolnim pregledima bio je visok.

Nerandomizirane komparativne studije daju daljnje dokaze koji podržavaju sigurnost, učinkovitost i prihvatljivost momentane postabortusne intrauterine kontracepcije.^{155,156,157}

Postoji veoma malo podataka koji se specifično odnose na inserciju spirale nakon medikamentoznog prekida trudnoće. Mi sugeriramo da se IUCD može odmah inserirati (unutar 48 sati) nakon prekida trudnoće u prvom trimestru. Inače bi inserciju trebalo odložiti 4 sedmice nakon medikamentoznog pobačaja, kao kod postpartalne insercije (WHO, 2001).

7 KRITERIJI ZA KLINIČKU REVIZIJU I AKREDITACIJU

Veoma je bitno da je proces razvoja *vodilja* uvezan s aktivnostima kliničke revizije. Preporučuje se da zdravstvene službe koje izvode prekid trudnoće provode redovnu kliničku reviziju. Pritom je bitno razlikovati kliničku reviziju od znanstvenog istraživanja, odnosno pisanja stručnih radova.¹⁵⁸ Nakon prve revizije i obrade prikupljenih podataka konstatira se rutinska praksa u ustanovi i potom primijene poboljšaja tamo gdje su uočeni nedostaci. U drugoj kliničkoj reviziji treba utvrditi je li na temelju odabranih kriterija (preporuka iz vodilja) došlo do uočljivog poboljšanja prakse.¹⁵⁹

7.1 Organizacija usluga

- Sučelje primarna / sekundarna zaštita može se vrednovati procjenom da li intervali između zakazanih pregleda padaju unutar granica određenih vodiljom.
- Zabilješke o ženama koje su izvršile prekid trudnoće mogu se procjenjivati kao stopa dnevne hirurgije, odnosno hospitalizacije zbog pojave komplikacija.

7.2 Informacije za žene

- Lokalne službe mogu obavljati kliničku reviziju informiranja žena s obzirom na tačnost i nepristranost informacija, posebno kad je riječ o potencijalnim sekvelama.

7.3 Menadžment prije prekida trudnoće

- Mogu se analizirati slučajevi kad nije data antibiotska profilaksa i urađen skrining za seksualno prenosive bolesti i istražiti razlozi za to
- Još detaljnije, mogu se istražiti stope žena s antibiotskom profilaksom ili skriningom na infekcije donjeg genitalnog trakta i potom analizirati pozitivni dobijeni rezultati.
- Može se analizirati praksa uzimanja cervikalnog brisa.

7.4 Procedura prekida trudnoće

- Kliničkom revizijom može se analizirati koji je analog prostaglandina E korišten u medikamentoznom pobačaju.
- Mogu se pregledati doze mifepristona za rani pobačaj nasuprot 200 mg standarda.
- Postotak žena kojima je ponuđena prihvatljiva lokalna anestezija.

7.5 Njega nakon prekida trudnoće

- Sve Rh negativne žene kojima je izvršen prekid trudnoće a da nisu primile anti-D imunoglobulin ili su ga primile u neodgovarajućoj dozi
- Stopa savjetovanih žena i utvrđen plan kontracepcije
- Zakazan kontrolni pregled unutar 2 sedmice od procedure pobačaja

7.6 Primjeri

Klinička revizija provedena u Engleskoj i Walesu¹⁶⁰ na temelju dizajniranog upitnika, koji je upućen na adrese 324 ustanove u kojima se obavlja namjerni prekid trudnoće s odgovorom iz 240 ustanova (stopa odziva = 74%) na sveukupno 176.000 analiziranih pobačaja – utvrdila je da postoji značajan prostor za poboljšanje usluga u proceduri pobačaja, kao što su npr. izbor metode i skrining infekcije. Revizijom je također otkriveno da se u nekim ustanovama i nadalje ženama rutinski određuje krvna grupa a da neke ustanove mogu smanjiti doze lijekova ili ponuditi alternative u tretmanu, što bi dovelo do značajnih ušteda. Samo je jedna polovica zdravstvenih ustanova pregledala procedure i komplikacije pobačaja. Treba istaknuti da je ova kontrola provedena prije odobrenja RCOG vodilja.

Nakon što su RCOG vodilje široko prihvaćene u Velikoj Britaniji i drugim zemljama, jedna grupa autora pokušala je da ocijeni zapreke u implementaciji vodilje u zdravstvenim ustanovama Škotske.¹⁶¹ Ukupno je pregledano 507 slučajeva na prihvatanje preporuka iz vodilje za dva kriterija: pregled unutar 5 dana od upućivanja žene i snabdijevanje kontraceptivima nakon pobačaja. Za prvi kriterij pridržavanje je bilo nisko. Manje varijacije nađene su u vezi s pridržavanjem drugog kriterija.

Indikatori o savjetovanju prije i nakon namjernog prekida trudnoće (prije prekida trudnoće)

	Kriterija	Ko	Kada	Kako	Indikator (%)	Očekivani output
1	Klinička procjena	Ljekar	Prva posjeta	Pregled (anamneza, status i ostalo)	Ispunjen list procjene u istoriji pacijentice	List kliničke procjene i procjene rizika prije prekida trudnoće
2	Individualni savjet	Ljekar i sestra	Prva posjeta	Savjet Informacija	Evidentirano u istoriju pacijentice	Distribuirana «Brošura za ženu o reproduktivnom zdravlju»
3	Informativni materijal	Sestra (akušerka)	Prva posjeta	Distribucija pisanog materijala	Evidencija distribucije letka/brošure	
4	Anketiranje pacijentice (ako se ukaže potreba)	Psiholog i/ili socijalni radnik	Zakazana posjeta	Intervju i/ili upitnik	Objektivna bodovna skala Savjetovanje	Upitnik emotivne spremnosti - Mapa emocija
5	Telefonski kontakti sa pacijenticom	Sestra (akušerka)	nakon 3 dana	Informacija		Evidencija telefonskog kontakta
6	Pristanak	Ljekar i sestra	nakon maksimalno 5 dana	Informacija		Informirani pristanak žene

Indikatori o savjetovanju prije i nakon namjernog prekida trudnoće (nakon prekida trudnoće)

Kriterija		Ko	Kada	Kako	Indikator (%)	Očekivani output
1	Klinička procjena	Ljekar	Kontrolna posjeta	Pregled (anamneza, status)	Ispunjen list procjene u historiji pacijentice	List kliničke procjene i procjene rizika poslije prekida trudnoće
2	Individualni savjet	Ljekar i sestra	Unutar 7 dana	Savjet Informacija 24-satna telefonska linija	Evidentirani broj poziva	Distribuirana «Brošura za ženu nakon prekida trudnoće»
3	Informativni materijal	Sestra (akušerka)	Kontrolna posjeta (7 i 14 dana)	Distribucija pisanog materijala	Evidencija distribucije letka/brošure	
4	Anketiranje pacijentice ako se ukaže potreba	Psiholog i/ili socijalni radnik	Zakazana posjeta	Intervju i/ili upitnik	Objektivna bodovna skala Savjetovanje	Upitnik emotivnog doživljaja Mapa emocija

REFERENCE

- ¹ Alan Guttmacher Institute: Sharing responsibility: women, society and abortion worldwide. New York and Washington DC; The Alan Guttmacher Institute 1999.
- ² Reproductive Health in FBiH, Public Health Institute of FBiH, Sarajevo 1998.
- ³ Bongaarts J, Westoff CF. The potential role of contraception in reducing abortion. *Studies in Family Planning* 2000;31:193-202.
- ⁴ Zakon o uslovima i postupku za prekid trudnoće Sl. List SRBiH, 29/77.
- ⁵ Breitbart V, Callaway D. The Counseling Component of Medical Abortion. *JAMWA* 2000;55:164-6.
- ⁶ Gynuity Health Projects. Providing medical abortion in developing countries, 2004. www.gynuity.org/documents/guidebook_eng.pdf.
- ⁷ National Abortion Federation. 2006 Clinical Policy Guidelines. www.prochoice.org.
- ⁸ Breitbart V. Counseling for medical abortion. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183(2 Suppl):S26-33.
- ⁹ Picker Institute for the Kaiser Family Foundation. From the Patient's Perspective: Quality of Abortion Care, May 1999. www.kff.org or www.picker.org.
- ¹⁰ Svjetska zdravstvena organizacija. Siguran pobačaj: Tehnički i regulatorni vodič za zdravstvene sisteme, 2003. Prevod: Asocijacija za seksualno i reproduktivno zdravlje.
- ¹¹ Teresa McInerney, Traci L. Baird, Alyson G. Hyman, Amanda B. Huber. Chapter 6: Monitoring and Evaluation Programs. In: *A Guide to Providing Abortion Care*, ed. Merril Wolf. Ipas 2001: 50-1. www.ipas.org.
- ¹² Royal College of Obstetricians and Gynaecologists The Care of Women requesting Induced Abortion, September 2004. http://www.rcog.org.uk/resources/Public/pdf/induced_abortionfull.pdf.
- ¹³ Human Fertilisation and Embriology Authority. Code of Practice. London: Human Fertilisation and Embriology Authority, 1995.
- ¹⁴ EngenderHealth. Session 7: Postabortion Counseling. In: *Counselling the Postabortion Client: A Training Curriculum*, 2003. http://engenderhealth.org/res/offc/pac/counsel-curr/pdf/pac_curriculum.pdf.
- ¹⁵ Abortion Supervisory Committee. Standards of Practice for the Provision of Counselling. Counselling Advisory Committee, April 1998. www.abortion.gen.nz/docs/guides98.pdf
- ¹⁶ Sudha Talluri-Rao, Traci L. Baird. Information and Training Guide for Medical-Abortion Counseling. Ipas 2003.
- ¹⁷ Provincial Health Service Authority. Best Practices in Abortion Care. Guidelines for British Columbia, July 2004. <http://www.whv.org.au/Articles/BC-abortion-care.pdf>
- ¹⁸ Car J, Sheikh A. Telephone consultations. *BMJ* 2003;326:966-9.
- ¹⁹ Hurvey SM, Beckman LJ, Castle MA, Coeytaux F. Knowledge and perceptions of medical abortion among potential users. *Fam Plann Perspect* 1955;27:203-7.
- ²⁰ Winikoff B, Sivin I, Coayi KJ et al. Safety, efficacy, and acceptability of medical abortion in China, Cuba and India: a comparative trial of mifepristone-misoprostol versus surgical abortion. *Am J Obstet Gynecol* 1997;176:431-7.
- ²¹ Henshaw RC, Naji SA, Russel IT, Templeton AA. Comparison of medical abortion with surgical aspiration: women's preferences and acceptability of treatment. *BMJ* 1993;307:714-7.
- ²² Wiebe E, Fowler D, Trouton K, Fu N. Comparing patients' telephone calls after medical and surgical abortions. *Contraception* 2006;73:271-3.
- ²³ Allen RH, Westhoff C, De Nonno L, Fielding SL, Schaff EA. Curettage after mifepristone-induced abortion: frequency, timing, and indications. *Obstet Gynecol* 2001;98:101-6.
- ²⁴ Harper C, Winikoff B, Ellertson C, Coyaji K. Blood loss with mifepristone-misoprostol abortion: measures from a trial in China, Cuba, and India. *Int J Gynecol Obstet* 1998;63:39-49.
- ²⁵ Kruse B, Poppema S, Creinin MD, Paul M. management of side effects and complications in medical abortion. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183(SSuppl):S65-S75.
- ²⁶ www.prochoice.org
- ²⁷ Calman KC. Cancer: science and society and the communication of risk. *BMJ* 1996;313:799-802.
- ²⁸ Edwards MH. Satisfying patients' needs for surgical information. *Br J Surg* 1990;77:463-5.
- ²⁹ Hawkey GM, Hawkey CJ. Effect of information leaflets on knowledge in patient with gastrointestinal disease. *Gut* 1989;30:1641-6.

- ³⁰ Dixon M. Assertions about patient information are not supported. *BMJ* 1995;311:946.
- ³¹ Mashlach R, Seidman GI, Seidman DS. Use of mifepristone as an example of conflicting and misleading medical information on the Internet. *BJOG* 2002;109:437-42.
- ³² Barbier Y. Role of the physician qualified to provide a notice in compliance of the viewpoint of non-criminal interruption of pregnancy. Experience in the Cantonal Commission of Consultation and Petitions of the canton of Vaud. *Rev Med Suisse Romande* 1991;111:165-7.
- ³³ Little P, Griffin S, Kelly J, Dickson N, Sadler C. Effect of educational leaflets and questions on knowledge of contraception on women taking the combined contraceptive pill: randomized control trial. *BMJ* 1998;316:1948-52.
- ³⁴ Wong SSM, Bekker HL, Thornton JG, Gbolade BA. Choices of abortion method: assessing the quality of patient information leaflets in England and Wales. *BJOG* 2003;110:263-6.
- ³⁵ Nielsen R, Christensen TG, Christensen OM, Larsen J, Staehr P. Information for women applying for abortion. *Ugeske Laeger* 1988;150:2644-6.
- ³⁶ Bengtsson Agistono M. Information needs among Italian abortion patients. *Gynecol Obstet Invest* 1997;42:84-8.
- ³⁷ Foster AM, Wynn L, Rouhana A, Diaz-Olavarrieta C, Schaffer K, Trussell J. Providing medication abortion information to diverse communities: use patterns of a multilingual web site. *Contraception* 2006 (article in press).
- ³⁸ Koren G, Pastuszak A. Prevention of unnecessary pregnancy termination by counselling women on drug, chemical, and radiation exposure during the first trimester. *Teratology* 1990;41:657-61.
- ³⁹ Landy U. Abortion counselling – a new component of medical care. *Clin Obstet Gynaecol* 1986;13:33-41.
- ⁴⁰ Foster AM, Polis C, Alee MK, Simmonds K, Zurek M, Brown A. Abortion education in nurse practitioner, physician assistant and certified nurse-midwifery programs: a national survey. *Contraception* 2006;73:408-14.
- ⁴¹ Caro-Bruce E, Schoenfeld E, Nothnagle M, Taylor J. Addressing gaps in abortion education: a sexual health elective created by medical students. *Medical Teacher* 2006;28:244-7.
- ⁴² Gold M. Abortion training in family medicine. *Fam Med* 1996;28(4):287-8.
- ⁴³ Asher JD. Abortion Counseling. *AJPH* 1972;62:686-8.
- ⁴⁴ Joffe C. Abortion work: strains, coping strategies, policy implications. *Soc Work* 1979;24:485-90.
- ⁴⁵ Walzer RS. Legal aspects of employing “counselors” in a clinical practice. *Conn Med* 1989;53(3):147-51.
- ⁴⁶ Kaminsky BA, Shekter LA. Abortion counseling in a general hospital. *Health Soc Work* 1979;4:92-103.
- ⁴⁷ Hunton RB, Spoicer J. An evaluation of the counselling given to patients having a therapeutic abortion. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1979;19:169-73.
- ⁴⁸ Marcus RJ. Evaluating abortion counselling. *Dimens Health Serv* 1979;56(8):16-18.
- ⁴⁹ Canfield E. Pregnancy and birth control counseling. *Fam Plann Resum* 1977;1:114-6.
- ⁵⁰ Urman J, Meginnis SK. The process of problem pregnancy counseling. *J Am Coll Health Assoc* 1980;28:308-15.
- ⁵¹ Dauber B. Profile of an abortion counselor. *Fam Plann Perspect* 1974;6:185-7.
- ⁵² Singer J. Options counseling: techniques for caring for women with unintended pregnancies. *J Midwifery Womens Health* 2004;49:235-42.
- ⁵³ Doctors’ right to refuse to perform abortions (letter). *BMJ* 1994;309:1582.
- ⁵⁴ Aiyer AN, Ruiz G, Steinman A, Ho GYF. Influence of physician attitudes on willingness to perform abortion. *Obstetrics and Gynecology* 1999;93:576-80.
- ⁵⁵ Newton JR, Iddenden DA, Newton P. Abortion counselling by nurse specialists. *Contraception* 1979;20:429-39.
- ⁵⁶ Corstiaensen J, Kruiswijk C. Nursing care of clients in an abortion clinic. *Tijdschr Ziekenverpl* 1981;34:739-44.
- ⁵⁷ Anders RL. Program consultation by a clinical specialist. *J Nurs Adm* 1978;8(11):34-8.
- ⁵⁸ Simmonds KE, Likis FE. Providing options counseling for women with unintended pregnancies. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005;34:373-9.
- ⁵⁹ Murphy F, Jordan S, Jones L. Care of women having termination of first-trimester pregnancy. *Br J Nurs* 2000;9(21):2235-41.
- ⁶⁰ Gameau B. Termination of pregnancy development of a high-risk screening and counseling program. *Soc Work Health Care* 1993;18(3-4):179-91.

- ⁶¹ Christensen TG, Nielsen R, Lund J, Christensen OM, Larsen J. Women applying for abortion and their knowledge about abortion. *Ugeskr Laeger* 1988;150(44):2643-4.
- ⁶² Simonds W. At an impasse: inside an abortion clinic. *Curr Res Occup Prof* 1991;6:99-115.
- ⁶³ Privacy and Abortion: The Politics of Interpretation and Civil Liberties (part 2). www.la.utexas.edu/ampol/privacy2web.ppt.
- ⁶⁴ Wiebe ER. Choosing between surgical abortion and medical abortions induced with methotrexate and misoprostol. *Contraception* 1997;55:65-71.
- ⁶⁵ National Abortion Federation. Module 3: Counseling for Medical Abortion. www.prochoice.org/education/cme/online_cme/m3counsel.asp.
- ⁶⁶ Anonymous. Counseling. How to help without intruding. *Afr Women Health* 1993;1:22-4.
- ⁶⁷ Gupte, M; Bandewar, S; Pisal, H: Abortion Needs of Women in India: A Case Study of Rural Maharashtra. *Reproductive Health Matters* 1997;5(9):77-86.
- ⁶⁸ WHO, Geneva. Abortion and contraception in Romania. A strategic assessment of policy, programme and research issues. 2004.
- ⁶⁹ Ipas. Ensuring Women's Access to Safe Abortion Care in Europe. www.ipas.org/publications/en/ICPD_04/ICPDEUFLY_E03_en.pdf.
- ⁷⁰ Office for National Statistics, London. Review of the Dissemination of Health Statistics: Confidentiality Guidance. Working Paper 2: Risk Assessment, 2006. www.statistics.gov.uk/about/Consultations/downloads/Health_Stats/Health_Stats_2_Risk_Assessment.pdf.
- ⁷¹ The World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Adopted by the 18th WMA General Assembly, Helsinki, Finland, June 1964 and amended, Tokyo 2004. www.wma.net/e/policy/pdf/17c.pdf
- ⁷² Homgren K. Time of decision to undergo a legal abortion. *Gynecol Obstet Invest* 1988;26:289-95.
- ⁷³ Kero A, Lalos A, Hogberg U, Jacobsson L. The male partner involved in legal abortion. *Human Reproduction* 1999;14:2669-75.
- ⁷⁴ Graff-Iversen, Kristoffersen M. The role of male partner in contraception and the decision of abortion. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1990;110:1497-1500.
- ⁷⁵ Rothstein AA. Men's reactions to their partners' elective abortions. *Am J Obstet Gynecol* 1977;128:141-50.
- ⁷⁶ Homgren K, Uddenberg N. Ambivalence during early pregnancy among expectant mothers. *Gynecol Obstet Invest* 1993;36:15-20.
- ⁷⁷ Alianson S, Astbury J. The abortion: reasons and ambivalence. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1995;16:123-36.
- ⁷⁸ Husfeldt C, Hansen SK, Lyngberg A, Noddebo M, Petersson B. Ambivalence among women applying for abortion. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1995;74:813-7.
- ⁷⁹ Ambivalence – a logical response to legal abortion: a prospective study among women and men. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2000;21:81-91.
- ⁸⁰ Wikman M, Jacobsson L, Joelsson I et al. Ambivalence towards parenthood among pregnant women and their men. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993;72:619-26.
- ⁸¹ Rasch V, Lyaruu MA. Unsafe abortion in Tanzania and the need for involving men in postabortion contraceptive counseling. *Studies Fam Planning* 2005;36:301-10.
- ⁸² Beenhaker B, Becker S, Hires S, Molano Di Targiana N, Blumenthal P, Huggins G. Are partners available for post-abortion contraceptive counseling? A pilot study in a Baltimore City clinic. *Contraception* 2004;69:419-23.
- ⁸³ Thorp JM Jr, Hartmann KE, Shadigian E. Long term Physical and Psychological Health Consequences of Induced Abortion: Review of the Evidence. *Obstetrical and Gynecological Survey* 1993;58(1): 67-79.
- ⁸⁴ Stotland NL. Psychosocial aspects of induced abortion. *Obstet Gynecol.* 1997;40(3): 673-86.
- ⁸⁵ Bradshaw Z, Slade P. The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: a critical review of the literature. *Clin Psychol Rev* 2003; 23(7): 929-58.
- ⁸⁶ Dagg PK. The psychological sequelae of therapeutic abortion—denied and completed. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 578-585.

- ⁸⁷ Major B, Cozzarelli C, Cooper ML, Zubek J, Richards C, Wilhite M, Gramzov RH. Psychological Responses of Women After First-Trimester Abortion. *Arch Gen Psychiatry*, 2000; 57: 777-784.
- ⁸⁸ Schmiede S, Russo NF. Depression and unwanted first pregnancy: longitudinal cohort study. *BMJ* 2005;331:1303.
- ⁸⁹ Adler NE, David HP, Major BN, Roth SH, Russo NF, Wyatt GE. Psychological factors in abortion. A review. *AM Psychol*. 1992; 47(10): 1194-204.
- ⁹⁰ Soderberg H, Janzon L, Sjoberg NO. Emotional distress following induced abortion: a study of 1st incidence and determinants among abortees in Malmo, Sweden. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1998; 79(2):173-8.
- ⁹¹ Broen AN, Moum T, Boddtker AS, Ekeberg O. Predictors of anxiety and depression following pregnancy termination: a longitudinal five-year follow-up study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85(3): 317-23.
- ⁹² Loader B. Unplanned pregnancies and abortion counselling. Some thoughts on unconscious motivations. *Psychodyn Couns* 1995;1:363-76.
- ⁹³ Mouniq C, Moron P. Psychological aspects of induced abortion. *Psychol Med (Paris)* 1982;14:1181-5.
- ⁹⁴ Speckhard N. Postabortion syndrome; an emergency public health concern. *J Soc Issues* 1992;48:95-119.
- ⁹⁵ Butler C. Late psychological sequelae of abortion: questions from a primary care perspective. *J Fam Pract* 1996;43:396-401.
- ⁹⁶ Hess RF. Dimensions of women's long-term postabortion experience. *MCN AM J Matern Child Nurs* 2004;29(3):193-8.
- ⁹⁷ Dyer C. Women sues not being warned about psychological effects of abortion. *BMJ* 2002;324:1477.
- ⁹⁸ Steinberg TN. Abortion counseling: to benefit maternal health. *Am J Law Med* 1989;15:483-517.
- ⁹⁹ Lemkau JP. Emotional sequelae of abortion: implications for clinical practice. *Psychol Women Q* 1988;12:461-72.
- ¹⁰⁰ Gevers S. Abortion Legislation and the Future of the 'Counselling Model'. *European Journal of Health Law* 2006;13:27-40.
- ¹⁰¹ Ferris LE, McMains-Klein M, Colodny N, Fellows GF, Lamont J. Factors associated with immediate abortion complications. *Can Med Assoc J* 1996;154:1677-85.
- ¹⁰² Ferris LE. Hospital and Clinic abortion complication rates. (letter). www.bmj.com/cgi/eletters/323/7322/1149/g
- ¹⁰³ Akkad A, Jackson C, Kenyon S, Dixon-Woods M, Taub N, Habiba M. Patients' perception of written consent: questionnaire study. *BMJ* 2006;333:528.
- ¹⁰⁴ Menage J. Post-traumatic stress disorder in women who have undergone obstetric and/or gynaecological procedures. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 1993;11:221-8.
- ¹⁰⁵ Donovan P. Informed consent to abortion: ensuring a knowledgeable choice or interfering with woman's constitutional right. *JOICFP Rev* 1980;9:10-13.
- ¹⁰⁶ Bird K, Smith P. Introducing Fully Informed Consent to Abortion. CCF Glasgow Worldview Conference, 2003. www.ccfwebsite.com.
- ¹⁰⁷ Cameron IT, Baird DT. The return to ovulation following early abortion: a comparison between vacuum aspiration and prostaglandin. *Acta Endocrinol (Copenh)* 1988;118:161-7.
- ¹⁰⁸ WHO. Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use. Geneva: WHO, 2001.
- ¹⁰⁹ Dawe F, Meltzer H. Contraception and Sexual Health 2001. London: Office for National Statistics, 2003.
- ¹¹⁰ Tang OS, Gao PP, Cheng L, Lee SWH, Ho PC. A randomized double-blind placebo-controlled study to assess the effect of oral contraceptive pills on the outcome of medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Hum Reprod* 1999;14:722-5.
- ¹¹¹ Tang OS, Xu J, Cheng L, Lee SWH, Ho PC. The effect of contraceptive pills on the measured blood loss in medical termination of pregnancy by mifepristone and misoprostol: a randomized placebo controlled trial. *Hum Reprod* 2002;17:99-102.
- ¹¹² Mittal S. Contraception after medical abortion. *Contraception* 2006;74:56-60.
- ¹¹³ Halpern V, Grimes DA, Lopez L, Gallo MF. Strategies to improve adherence and acceptability of hormonal methods for contraception. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006 Issue 4. www.cochrane.org/reviews/en/aboo4317.html.

- ¹¹⁴ Lachowsky M, Levy-Toledano R. Improving compliance in oral contraception: 'the reminder card'. *European J of Contraception and Reproductive Health Care* 2002;7:210-6.
- ¹¹⁵ Davis V, Dunn S. SOCG Clinical Practice Guidelines. Emergency Postcoital Contraception. *Journal SOCG* 2000;22:544-8.
- ¹¹⁶ Cochrane review topics – Fertility Regulation. <http://www.cochrane.org/reviews/en/aboo4317.html>
- ¹¹⁷ Šimunić V, Poljak B. Hitna kontracepcija. U: Kontracepcija i reprodukcijsko zdravlje, ur. Šimunić V. FotoSoft, 2002., str. 189-191.
- ¹¹⁸ Trussell J, Ellertson C, Stewart F. The effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Fam Plan Perspect* 1996; 28: 58-64.
- ¹¹⁹ Cheng L, Gülmezoglu AM, Van Oel CJ, Piaggio G, Ezcurra E, Van Look PFA. The Cochrane Review. Intervention for emergency contraception. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006 Issue 4. www.cochrane.org/reviews/en/aboo1324.html.
- ¹²⁰ Uzuner A, Unalan P, Akman M, Cifcili S, Tuncer I, Coban E, Yklkan H, Agkun T. Providers' knowledge of, attitude to and practice of emergency contraception. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 2005;10:43-50.
- ¹²¹ Weisberg E, Fraser IS, Carrick SE, Wilde FM. Emergency contraception: general practitioner knowledge, attitudes and practice in New South Wales. *Med J Aust* 1995;162:136-8.
- ¹²² Delbanco SF, Stewart FH, Koenig JD et al. Are we making progress with emergency contraception? Recent findings on American adults and health professionals. *J Am Med Womens Assoc* 1998;53:242-6.
- ¹²³ Isaacs JN, Creinin MD. Miscommunication between healthcare providers and patients may result in unplanned pregnancies. *Contraception* 2003;68:373-6.
- ¹²⁴ Ellertson C, Shochet T, Blanchard K, Trussell J. Emergency contraception: a review of the programmatic and social science literature. *Contraception* 2000;61:145-86.
- ¹²⁵ Karasz A, Kirchen NT, Gold M. The visit before the morning after: barriers to prescribing emergency contraception. *Ann Fam Med* 2004;2:345-50.
- ¹²⁶ Aneblom G, Larsson M, Odland V, Tyden T. Knowledge, use and attitudes towards emergency contraceptive pills among Swedish women presenting for induced abortion. *BJOG* 2002;109:105.
- ¹²⁷ Sorensen MB, Pedersen BL, Nyrnberg LE. Differences between users and non-users of emergency contraception after a recognized unprotected intercourse *Contraception* 2000;62:1-3
- ¹²⁸ Skenk KD. Emergency contraception: lesson learned from the UK. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2003;29:35-40.
- ¹²⁹ Moreau C, Bouyer J, Goulard H, Bajos N. The remaining barriers to the use of emergency contraception: perception of pregnancy risk by women undergoing induced abortions. *Contraception* 2005;71:202-7.
- ¹³⁰ Hakim-Elahi E, Breitbart V. Experience and acceptability of emergency hormonal contraception. *Primary Care Update for OB/GYNS* 1998;5:172.
- ¹³¹ Tyden T, Aneblom G, von Essen L, Haggstrom-Nordin E, Larsson M, Odland V. No reduced number of abortions despite easily available emergency contraceptive pills. *Studies of women's knowledge attitudes and experience of the method. Lakartidningen* 2002;99:4730-2.
- ¹³² Glasier A, Fairhurst K, Wyke S et al. Advanced provision of emergency contraception does not reduce abortion rates. *Contraception* 2004;69:361-6.
- ¹³³ Glasier A. Emergency contraception. Is it worth all the fuss?. *BMJ* 2006;333:560-61.
- ¹³⁴ Ortayli N, Bulut A, Nalbant H. The effectiveness of preabortion contraceptive counseling. *Int J Gynecol Obstet* 2001;74:281-5.
- ¹³⁵ Yassin AS, Corwell D. Does dedicated pre-abortion contraception counselling help to improve post-abortion contraception uptake? *J Fam Plann Reproductive Health Care* 2005;31:115-16.
- ¹³⁶ Fasbuaa O, Ojo O. Impact of post-abortion counselling in a semi-urban town of Western Nigeria. *J Obstet Gynaecol* 2004;24:298-303.
- ¹³⁷ Latin V, Radončić E. Hormonska kontracepcija u premenopauzi. U: Kontracepcija i reprodukcijsko zdravlje, ur. Šimunić V. FotoSoft, 2002., str.129-137.

- ¹³⁸ Barišić D. Kontracepcija u žena s kroničnim bolestima. Klinika za ženske bolesti i porode, KBC Zagreb.
- ¹³⁹ Kjos SL. Contraception in diabetic women. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1996;23:243-58.
- ¹⁴⁰ WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception: Acute myocardial infarction and combined oral contraceptives: results of an international multicenter case-control study. *Lancet* 1997;349:1202-9.
- ¹⁴¹ Croft P, Hannaford PC. Risk factors for acute myocardial infarction in women: Evidence from the Royal College of General Practitioners oral contraception study. *Br Med J* 1989; 298:165-8.
- ¹⁴² Metson D, Kassianos G, Moriarty J, Norman D. Effect of information leaflets on long term recall—useful or useless? *Br J Fam Plan* 1992;17:21-23.
- ¹⁴³ Smith L, Whitfield M. Women's knowledge of taking the oral contraceptive pill correctly and of emergency contraception: effect of providing information leaflets in general practice. *Br J Gen Pract* 1995;45:409-415.
- ¹⁴⁴ Little P, Griffin S, Kelly J, Dickson N, Sadler C. Effect of educational leaflets and questions on knowledge of contraception in women taking the combined contraceptive pill: randomised controlled trial. *BMJ* 1998;316:1498-52.
- ¹⁴⁵ Fleckenstein L, Joubert P, Lawrence R, Patsner B, Mazzulo JM, Lasagna L. Oral contraceptive patient information. A questionnaire study of attitudes, knowledge, and preferred information sources. *JAMA* 1976;29:1331-6.
- ¹⁴⁶ Morris LA, Mazis M, Gordon E. A survey of the effects of oral contraceptive patient information, *JAMA* 1977;238:2504-8.
- ¹⁴⁷ Mazis M, Morris LA, Gordon E. Patient attitudes about two forms of printed oral contraceptive information. *Med Care* 1978;16:1045-54.
- ¹⁴⁸ Benson H, Place V. Intrauterine contraception information for the patient. *Drug Inf J* 1978;12:65-9.
- ¹⁴⁹ Benson H, Gordon I, Mitchell C, Place V. Patient education and intrauterine contraception: a study of two package inserts. *Am J Pub Health* 1977;67:446-9.
- ¹⁵⁰ Stapleton H, Kirkham M, Thomas G. Qualitative study of evidence based leaflets in maternity care. *BMJ* 2002;16:324:639.
- ¹⁵¹ Xinh TT, Binh PT, Phuong VH, Goto A. Counseling about contraception among repeated aborters in Ho Chi Minh City, Vietnam. *Health Care Women Inter* 2004;25:20-39.
- ¹⁵² Grimes D, Schulz K, Stanwood N. Immediate postabortal inseretion of intrauterine devices. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1):CD003036.
- ¹⁵³ Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF, Stanwood N. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006 Issue 4. www.cochrane.org/reviews/en/ab001777.html
- ¹⁵⁴ Tuveng JM, Skjeldestad FE, Iverson T. Postabortal insertion of IUD. *Adv Contracept* 1986;2:387-92.
- ¹⁵⁵ Ortayli N, Bulut A, Sahin T, Sivin I. Immediate postabortal contraception with lovonorgestrel intrauterine device, Norplant, and traditional methods. *Contraception* 2001;63:309-14.
- ¹⁵⁶ Gocmen A, Demirpolat N, Aysin H. The efficacy of immediate post-abortion intrauterine device innsertion. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2002;29:274-6.
- ¹⁵⁷ El-Tagy A, Sakr E, Sokal DC, Issa AH. Safety and acceptability of post-abortal IUD insertion and the importance of counselling. *Contraception* 2003;67:229-34.
- ¹⁵⁸ Novo A. Klinički audit. *BQM* 2006; 1:15-6. www.akaz.ba/BQM/BQM2_forsite.pdf
- ¹⁵⁹ Penney GC, Glasier A, Templeton A. Multicentre criterion based audit of the management of induced abortion. *BMJ* 1994;309:15-8.
- ¹⁶⁰ Thomas J, Paranjothy S, Tempeton A. An audit of the management of induced abortion in England and Wales. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2003;83:327-34.
- ¹⁶¹ Foy R, Walkner A, Ramsey C, Penney G, Grimshaw J, Francis J. Theory-based identification of barriers to quality improvement: induced abortion care. *Int J Qual Healath Care* 2005;17:147-55.

II dio

**Procedure prije i nakon
namjernog ranog
prekida trudnoće**

Vodilja zasnovana na dokazima i dobroj praksi

SADRŽAJ

1 UVOD	67
2 RAZVOJ VODILJA ZA PROCEDURU POBAČAJA	68
2.1 Potreba za vodiljama	68
2.2 Korisnici vodilja	68
2.3 Svrha vodilja za izvođenje procedure pobačaja	68
2.4 Ciljna Populacija	69
2.5 Multidisciplinarna grupa za razvoj	69
2.6 Neovisnost razvoja	69
2.7 Metodologija razvoja vodilje	69
2.8 Pregled i ažuriranje	71
3 ORGANIZACIJA USLUGA	72
3.1 Pristup uslugama i sistem upućivanja	72
3.2 Preporuke za organizaciju usluga	72
3.3 Preporuke za osiguranje prostora i ambijenta radi pobačaja	73
4 PROCEDURE PRIJE POBAČAJA	74
4.1 Odluka žene o pobačaju	74
4.2 Informiranje žene o rizicima i komplikacijama	74
4.3 Informirani pristanak	76
4.4 Klinički pregled	76
4.5 Preporuke za klinički pregled	76
5 PROCEDURE POBAČAJA	77
5.1 Preporuke za hirurški pobačaj	77
5.2 Preporuke za medikamentozni pobačaj	78
6 PROCEDURE NAKON POBAČAJA	80
6.1 Apliciranje intrauterinog uloška (IUU) - “spirale”	80
6.2 Papa test i IUU	80
7. DOKAZI KOJI PODRŽAVAJU PREPORUKE	81
7.1 Dokazi koji podržavaju preporuke za hirurški pobačaj	81
7.2 Dokazi koja podržavaju preporuke za medikamentozni pobačaj	83
7.3 Dokazi koji podržavaju preporuku da je insercija IUU odmah nakon prekida trudnoće praktična i sigurna metoda kontracepcije.	86
7.4 Dokazi koji podržavaju preporuke za papa test prije ugradnje IUD	87
8 KRITERIJI ZA KLINIČKU REVIZIJU I AKREDITACIJU	88
8.1 Organizacija usluga	88
8.2 Informacije za žene	88
8.3 Menadžment prije prekida trudnoće	88
8.4 Procedura prekida trudnoće	88
8.5 Njega nakon prekida trudnoće	88
REFERENCE	89
PRILOZI	93
II DIO: PROCEDURE PRIJE I NAKON NAMJERNOG RANOG PREKIDA TRUDNOĆE	65

1 UVOD

Podaci Svjetske zdravstvene organizacije pokazuju da od 210 miliona trudnoća koje se dese svake godine, oko 22% završi namjernim prekidom trudnoće i, posmatrano globalno, vjerovatnoća je da ogromna većina žena ima bar jedan pobačaj do 45. godine života.¹

Iako aktuelni Program zdravstveno-statističkih istraživanja u BiH predviđa provođenje statistike namjernog prekida trudnoće, i dalje su ovi podaci nedostatni, jer prikupljanje podataka nije redovno. Raspoloživi podaci na temelju kojih se procjenjuje veličina problema u Bosni i Hercegovini rezultat su populacione cross-sekcionalne studije, koja je u BiH provedena 1998. godine na uzorku od 1000 žena reproduktivne dobi 15-49 godina, koje su bile aktuelno udane ili su bile udane ili su živjele u zajednici sa muškarcem. Rezultati studije pokazuju da je gotovo svaka treća žena imala namjerni prekid trudnoće, od čega je njih 7% imalo 3 ili više pobačaja. Ukupno 7% žena je imalo namjerni prekid trudnoće prije prvog porođaja, a gotovo 51% žena je imalo namjerni prekid trudnoće između prvog i posljednjeg porođaja. Od ukupnog broja ispitanica koje su izvjestile da su izvršile prekid trudnoće, njih 12% je imalo neku komplikaciju. Ukupno 14% žena je izjavilo da su nakon prekida trudnoće bile depresivne, od čega 10% veoma depresivne.²

Tamo gdje su efektivne kontraceptivne metode dostupne i široko korištene, ukupan broj pobačaja se veoma smanjio,³ ali se i dalje namjerni prekid trudnoće pojavljuje u značajnom procentu kao metoda planiranja porodice sa svim posljedicama i rizicima po reproduktivno zdravlje žene.

Ipak, uvažavajući sve rizike po reproduktivno zdravlje žene i zdravlje žene uopće koje sobom nosi namjerni prekid trudnoće, važno je istaknuti da je pravo na namjerni prekid trudnoće reproduktivno pravo i sloboda svake žene, što u ukupnosti čini pravo na slobodno roditeljstvo.⁴

Sve ovo ukazuje na značaj problema i neophodnost integriranja zdravstvene zaštite žena u procesu namjernog prekida trudnoće. Stalno unapređenje zdravstvene zaštite žena u tom periodu, inovativni pristupi u skladu sa savremenim zdravstvenim i kliničkim metodama je imperativna potreba u zaštiti zdravlja žena, posebno u veoma osjetljivom tranzicionom momentu u kojem je sad Bosna i Hercegovina.

Implementacija protokola za provođenje medikamentoznog pobačaja, koji je u svjetskoj literaturi visoko preporučen do 9. sedmice gestacijske starosti, jest inovacija koja je u potpunosti prikazana u ovim vodiljama i ozbiljno je preporučena kliničarima / praktičarima u Bosni i Hercegovini.

FIGO je 1999. godini objavio osam preporuka koje se tiču namjernog pobačaja zbog "nemedicinskih razloga". Ukratko, preporuka je bila da "nakon odgovarajućeg savjetovanja žena ima pravo na pristup medicinskom ili hirurškom pobačaju, i da su zdravstvene službe obavezne osigurati takve usluge što je moguće bolje". WHO je u 2003. godini objavila *Technical and Policy Guidance on Safe Abortion*⁵ s ciljem da pomogne zdravstvenim sistemima da legalni pobačaj učine sigurnim i dostupnim.

Radna grupa koja je radila na razvoju ovih *Vodilja* smatra da je zahtjev za namjerni prekid trudnoće relativno čest u našem zdravstvenom sistemu, te je potrebno razvijati vodilje za sve faze procesa namjernoga pobačaja. Podržan je koncept da je savjetovanje prije i nakon pobačaja samo manji, ali važan segment, koji treba osigurati u sklopu širih usluga iz oblasti reproduktivnog i seksualnog zdravlja žene.

2 RAZVOJ VODILJA ZA PROCEDURU POBAČAJA

2.1 Potreba za vodiljama

U našem zdravstvenom sistemu dosad se nisu koristile vodilje za izvođenje procedure prekida trudnoće.

Kliničkim vodiljama za proceduru prekida trudnoće želi se formalizirati i standardizirati postupak pobačaja da bi se spriječile dosadašnje varijacije u praksi.

2.2 Korisnici vodilja

*Kliničke vodilje za proceduru prekida trudnoće namijenjene su prije svega **specijalistima ginekologije i akušerstva** koji rade u javnim i privatnim zdravstvenim ustanovama, ali mogu pomoći i **liječnicima porodične medicine, sestrama akušerkama, medicinskim i patronažnim sestrama, kliničkim psiholozima i socijalnim radnicima**. Vodilje također mogu biti od pomoći i onima koji planiraju usluge vezane za pobačaj, profesionalcima u javnom zdravstvu i direktorima kliničkih ustanova.*

Ono što je novina jest **uvođenje medikamentoznog pobačaja i kriterija za kliničku reviziju** radi pregleda i kontrole vlastite prakse. Stimulativno finansiranje zdravstvenih ustanova koje implementiraju vodilju, uz sveukupno poboljšanje kvaliteta procedure prekida trudnoće, a na temelju pridržavanja vodilja, što se dokumentira kliničkom revizijom, može biti odgovor na potencijalne prepreke u njenom korištenju.

U ovom trenutku teško je izračunati troškove razvoja, dopunjavanja, diseminacije i implementacije *vodilja za savjetovanje* u odnosu na očekivane dobiti u: reduciranju broja prekida trudnoće, smanjenju komplikacija, poboljšanju komfora za ženu i, na koncu, u boljem planiranju porodice. Rezultati ovakvih analiza mogu se očekivati tek nakon dugotrajnije primjene medikamentoznog pobačaja. Ipak, praktična iskustva na drugim mjestima govore nam da uvođenje medikamentoznog pobačaja može uveliko unaprijediti ovaj vid zaštite žena, te na taj način društvu uštedjeti značajna sredstva.

2.3 Svrha vodilja za izvođenje procedure pobačaja

Osnovna svha *kliničkih vodilja za izvođenje procedure pobačaja* jest da se kod zdravstvenih profesionalaca razviju i održe profesionalna znanja i vještine u odgovarajućem pristupu namjernom prekidu trudnoće.

Sistematski razvijene izjave u vodiljama trebaju pomoći zdravstvenim profesionalcima i drugima u osiguranju da sve žene koje traže pobačaj imaju ujednačeno visok kvalitet zaštite i usluga prije i nakon namjernog prekida trudnoće. Nadati se da će *Vodilje* biti implementirane u svim relevantnim područjima zdravstvene zaštite i da će se tako promovirati konzistentan standard, bez obzira na sektore u kojima pojedine žene traže usluge.

2.4 Ciljna populacija

Vodilje se odnose na namjerni prekid trudnoće žena u dobi iznad 18 godina i zaključno sa 9. sedmicom trudnoće. Prema tome, vodilje se ne odnose na mlađi, adolescentni uzrast.

2.5 Multidisciplinarna grupa za razvoj

U razvoju vodilje postignuta je multidisciplinarnost, bez obzira na ograničen broj stručnjaka koji su u tome učestvovali. Radna grupa za razvoj obuhvatila je ginekologe, babice, predstavnika pacijentica i stručnjake za organizaciju i metodologiju razvoja.

Članovi radne grupe:

1. dr. Jadranka DIZDAREVIĆ, koordinatorica Radne grupe, KCU Sarajevo
2. dr. Zoran RIĐANOVIĆ, koordinator procesa izrade Vodilja, AKAZ
3. dr. Fadila SERDAREVIĆ, stručnjakinja za metodologiju razvoja Vodilja zasnovanih na dokazima, Medicinski fakultet Univerziteta u Sarajevu
4. dr. Rajna ŠARENAC, ginekolog, Opšta bolnica Zvornik
5. dr. Mithat KURTOVIĆ, ginekolog, Zavod za zaštitu žena i materinstva Sarajevo
6. Ajdina PANDŽA, predstavnica pacijentica
7. dr. Feđa OMERAGIĆ, ginekolog, Privatna poliklinika, Tuzla
8. dr. Jadranka TOPIĆ, ginekologinja
9. dr. Anja TOMIĆ-ČIČA, ginekologinja-citolog, Zavod za zaštitu žena i materinstva Sarajevo

2.6 Neovisnost razvoja

UNFPA je finansijski i stručno podržao članove tima za razvoj *Vodilje*, ali mišljenja i interesi nisu imali utjecaja na konačne preporuke.

2.7 Metodologija razvoja vodilje

Za izradu ove *Vodilje* korištena je nova metoda adaptacije postojećih vodilja, i to primarno RCOG vodilje, zasnovane na dokazima do kraja 2002 godine. Ova metoda podrazumijeva adaptaciju i modifikaciju postojećih RCOG preporuka prema našim uvjetima, kao i ažuriranje literature od početka 2003. godine do danas, te pokušaj da se odgovori na neka nova pitanja, koja nisu postavljena u RCOG vodilji, a tiču se naše sredine.

Strategija pretrage literature

Kao osnovni izvorni dokument za ovu Vodilju se primarno koristila škotska RCOG vodilja radi pregleda već evidentiranih dokaza. Zbog pronalaženja dokaza, koji nisu navedeni u ovoj Vodilji, izvršen je sistematski pregled dodatne literature. Cilj dodatne pretrage je bio da se identificiraju i sintetiziraju relevantni dokazi objavljeni nakon izdavanja RCOG vodilje - 2003. pa sve do kraja 2006. godine, te da se evidentiraju studije koje se odnose na pitanja koja nisu navedena u njoj, a tiču se naše sredine. Na taj način se omogućava da preporuke vezane za kliničku praksu budu zasnovane na dokazima gdje god je to moguće.

Za izradu ove Vodilje kao bazični dokument za adaptaciju korištene su odabrane pojedinačne preporuke iz škotske vodilje, zasnovane na dokazima do kraja 2002. godine. Pored navedenog, izvršena su istraživanja elektronskih baza podataka MEDLINE i EMBASE za period od 1999. do 2006. godine, sa posebnim osvrtom na period od 2003. do 2006. (razdoblje koje nije uključeno u škotsku vodilju), te na studije izvedene u manje razvijenim zemljama, kojima i mi pripadamo. Pretraga je uključivala publikacije na engleskom i na b/h/s jezicima. Pretraživanja su urađena korištenjem relevantnih izraza i riječi u naslovima teksta koje se odnose na odgovarajuće oblasti. Primarno su tražene postojeće vodilje, pa zatim sistematski pregledi sa i bez metaanaliza, te pojedinačne randomizirane kliničke studije. Cochrane baza podataka je također bila pretražena s ciljem da se identificiraju sistematski pregledi, metaanalize i randomizirane kliničke studije. Ukoliko ti dokazi nisu bili dostupni, tražene su opservacione kohortne studije, te studije kontrole slučaja ili čak serije slučajeva i pojedinačnih slučajeva.

Selekcija literature

Dobivena literatura je pažljivo pregledana, te su potpuni dokumenti bili dobiveni ako su oni bili relevantni za temu. Literatura koja se primarno ne odnosi na problematiku bila je odbačena, kao i literatura u kojoj relevantni rezultati nisu bili objavljeni. Za sva tematska područja korištene su objavljene vodilje i sistematski pregledi ili metaanalize - ako su bili dostupni. Ako to nije postojalo, tražene su pojedinačne randomizirane kliničke studije. Za tematska područja gdje su sistematski pregledi ili randomizirane kliničke studije bili dostupni nisu se sistematično tražile studije sa manje kvalitetnim dizajnom. Gdje nije bilo objavljenih relevantnih randomiziranih kliničkih studija, tražile su se druge odgovarajuće opservacione studije, a ako ni one nisu bile dostupne, studije slučaja i serije slučajeva. Ako nije bilo nikakvih dokaza, uzeto je u obzir konsenzualno ekspertno mišljenje kao primarno.

Sintetiziranje dokaza

Identificirane vodilje i članci su bili procijenjeni metodološki, i najbolji dostupni dokazi su iskorišteni radi adaptacije, modifikacije i formiranja preporuka. Ako je postojao dobar sistematski pregled, metaanaliza ili randomizirane kliničke studije u okviru postojećih vodilja ili izvan njih, istraživanja slabijeg dizajna su bila ignorirana. Dokaz je sintetiziran korištenjem kvalitativnih metoda. One su uključivale rezimiranje sadržaja identificiranih dokumenata (primarno iz RCOG vodilje) i usklađivanje kratkih izjava o preporukama koje se odnose na relevantni dokaz. Kvantitativne tehnike (metaanaliza) nisu bile izvedene zbog vremenskih ograničenja i teškoća u kombiniranju studija različitog dizajna.

Formiranje i klasificiranje preporuka

Preporuke su proizašle iz dostupnog istraživačkog dokaza i zatim adaptirane za postojeće lokalne prilike metodom konsenzusa. Tamo gdje su postojala područja bez dostupnog istraživačkog dokaza (preporuke D), opet se koristio konsenzus.

Kao dio procesa konsenzusa, članovima Grupe za razvoj vodilja priložen je upitnik, na kojem je bio izlistan Nacrt preporuka. Za svaku preporuku od članova je bilo traženo da navedu misle li da bi se preporuka trebala uključiti onakva kakva jest, uključiti sa modifikacijama ili isključiti. Ovaj pristup putem upitnika osigurava da svi članovi grupe imaju jednaku priliku da izraze svoje poglede na preporuke. Ispitivanje odgovora iz upitnika omogućava da se identificiraju sporne preporuke radi diskusije i postizanja konsenzusa.

Jačina dokaza na kojem se preporuka bazira pokazana je u tabeli. Prihvaćeno je da se, u ovom sistemu klasificiranja, sam dokaz ne klasificira prema kvalitetu, iako se o tome narativno diskutiralo u okviru teksta koji podržava svaku preporuku.

Također je prihvaćeno da randomizirane kliničke studije nisu uvijek moguće u praksi (naprimjer, istraživanja dijagnostičkih testova). Postoje klinička pitanja na koja se može odgovoriti jedino putem opservacionih istraživanja. Takve preporuke će automatski biti klasificirane pod B ili C. Validnost preporuka iz klase C može biti upitna jer nisu zasnovane na nepobitnim dokazima.

Preporuke	Nivo dokaza	Tipovi studija
A	Ia	Sistematski pregledi randomiziranih kliničkih studija (RCT) sa metaanalizom i bez metaanalize
	Ib	Pojedinačne veće randomizirane kliničke studije – RCT ili slabiji sistematski pregledi randomiziranih kliničkih studija sa metaanalizom, bez metaanalize.
B	IIa	Sistematski pregledi kohortnih studija, te pojedinačne randomizirane kliničke studije - RCT male veličine ili slabije kvalitete
	IIb	Pojedinačne kohortne studije ili slabiji sistematski pregledi kohortnih studija
C	IIIa	Sistematski pregled <i>case control</i> studija bez ili sa minimalno prisutnim <i>bias</i> -om te slabije kohortne studije
	IIIb	Pojedinačne <i>case control</i> studije
	IV	Studije serije slučajeva / studije pojedinačnih slučajeva, te slabije <i>case-control</i> studije
D	V	Ekspertna mišljenja/ kliničko iskustvo

2.8 Pregled i ažuriranje

Ista ili slična radna grupa formirat će se za ažuriranje ove *Vodilje* nakon što budu dostupni novi dokazi, ali tek nakon dvije godine, ali ne nakon tri godine od dana završnog nacrtu *Vodilje*.

3 ORGANIZACIJA USLUGA

3.1 Pristup uslugama i sistem upućivanja

Sigurne i efikasne usluge prilikom pobačaja mogu biti poboljšane adaptacijom postojećih usluga zdravstvene zaštite (minimalna dodatna oprema, trening za davaoce usluge itd.). Planiranje u tom smislu obuhvaća pregled sljedećeg:

- zakon i regulacije
- nivo trenutnih usluga
- kvalitet trenutnih usluga u pogledu tipa procedura i sredstava za liječenje komplikacija
- karakteristike žena koje koriste postojeće usluge
- stavovi i znanje davaoca usluga.

3.2 Preporuke za organizaciju usluga

Preporuka 1

Minimalno, sve usluge moraju biti u mogućnosti da se ponudi pobačaj jednom od preporučenih metoda za svaki period gestacije.

D

U našoj zemlji, do sada, oni koji vrše pobačaj odlučuju o metodi.

Preporuka 2

Idealno, u uslugama pobačaja mora postojati mogućnost da se ponudi izbor preporučenih metoda za odgovarajući period gestacije.

B

Preporuka 3

Što se pobačaj prije izvede, manji je rizik od komplikacija. Stoga usluge pobačaja trebaju biti organizirane tako da se minimalizira odgoda.

Preporuka 4

Idealno, svim ženama koje zahtijevaju pobačaj treba ponuditi minimalan termin, u roku od dva dana od obraćanja liječniku.

D

Preporuka 5

Sve žene bi trebale biti u mogućnosti da dobiju usluge pobačaja u roku od sedam dana nakon što je odluka usaglašena.

Preporuka 6

Ukoliko nisu u 9-toj sedmici gestacije, kao minimalni standard, sve žene bi trebale izvršiti pobačaj u roku od dvije sedmice od dana kad je odluka usaglašena.

Preporuka 7

Pristup uslugama bi trebalo osigurati za žene sa specijalnim potrebama (siromašne žene, izbjeglice, žrtve nasilja, bez obzira je li trudnoća posljedica nasilja, HIV inficirane žene itd.)

Preporuka 8

Ženama koje su preživjele nasilje na usluzi treba biti liječnica.

Preporuka 9

Da bi usluge bile efektivne, moraju biti finansijski dostupne svim ženama. *Idealno*, siromašne žene trebaju biti oslobođene plaćanja troškova.

Preporuka 10

Odgovarajuću informaciju treba ponuditi neodlučnim ženama (koje razmišljaju o pobačaju, ali se ne odlučuju na postupak).

Preporuka 11

U monitoring i evalvaciju usluga treba uključiti: statistiku rutinskih usluga i ishoda, demografske i druge relevantne informacije o ženama, supervizorsku kontrolnu listu, periodično posebne studije radi uvida u kvalitet zaštite, iskustva žena, komplikacije i jesu li programski ciljevi postignuti.

3.3 Preporuke za osiguranje prostora i ambijenta radi pobačaja

Preporuka 12

Idealno, sve žene koje zahtijevaju pobačaj trebaju biti u potpunosti odvojene od ostalih ginekoloških pacijentica (odvojen odjel).

Preporuka 13

Minimalno, sve žene koje zahtijevaju pobačaj moraju biti odvojene paravanom od ostalih ginekoloških pacijentica.

Preporuka 14

Svim ženama treba osigurati komfor i privatnost u smislu prisutnosti samo zdravstvenih radnika.

Preporuka 15

Ako nema specifičnih medicinskih kontraindikacija, te socijalnih ili geografskih prepreka, izazvani pobačaj se organizira na dnevnoj bazi.

Preporuka 16

Mora se osigurati adekvatan broj kreveta za one žene koje ne spadaju pod dnevnu njegu (zbog komplikacija ili udaljenosti). Ako ustanova ne ispunjava takve uvjete, pacijentica se hitno šalje u bolnicu.

D

D

4 PROCEDURE PRIJE POBAČAJA

4.1 Odluka žene o pobačaju

Preporuke koje se odnose na trijažu

Profesionalci koji savjetuju žene trebaju imati na umu da se kod jednog manjeg broja žena javlja **negativna psihološka reakcija**, koja može otežati donošenje odluke i / ili dovesti do ozbiljnijeg narušavanja njihovog psihičkog stanja.

Od riziko faktora vezanih za negativnu psihološku reakciju prije i nakon prekida trudnoće najrelevantnijim su se pokazali:

- historija psihijatrijskog liječenja
- izražena prisutnost simptoma anksioznosti i / ili depresivnosti (osjećaj straha kojem se ne uočava uzrok, napetost, razdražljivost, sniženo raspoloženje, zabrinutost)
- dokazi o postojanju prisile na pobačaj
- nedostatak socijalne podrške
- ambivalencija u odnosu na prekid trudnoće.

Kliničari što vrše savjetovanje žena koje traže pobačaj trebaju imati na umu da se kod jednog manjeg broja žena u tim okolnostima javlja negativna psihološka reakcija, koja može otežati donošenje odluke i / ili dovesti do ozbiljnijeg narušavanja njihovog psihičkog stanja.

Preporuka 17

Liječnici trebaju prepoznati one žene koje zahtijevaju dodatnu podršku u donošenju odluke, odnosno one koje imaju povećan rizik od negativne psihološke reakcije.

B

Preporuka 18

Dodatna podrška od strane obučениh osoba (psihologa, socijalnog radnika) potrebna je kad postoji najmanje jedan od nabrojenih faktora rizika ili opravdana sumnja liječnika u iskrenost ženinih odgovora, odnosno ocjena da žena ne može adekvatno procijeniti vlastito psihičko stanje.

4.2 Informiranje žene o rizicima i komplikacijama

Neposredne komplikacije uključuju krvarenje, perforaciju maternice, razdor vrata maternice i anesteziološke komplikacije. Žene moraju biti informirane da daljnji tretman, ukoliko se desi neka od spomenutih komplikacija, može zahtijevati transfuziju krvi, laparoskopiju ili laparotomiju.

Komplikacije u ranim sedmicama koje mogu uslijediti nakon pobačaja su: nepotpuni pobačaj, što zahtijeva reevakuaciju, nastavak trudnoće, što zahtijeva daljnju pobačajnu proceduru, infekcija karlice i kratkotrajna emocionalna bol.

Dugoročni efekti koji mogu, ali rijetko, biti povezani sa pobačajem uključuju: spontani pobačaj ili prijevremeni porođaj kao i psihološke probleme.

U sumiranju stepena rizika od raznih komplikacija i posljedica koje su povezane sa pobačajem koristili smo se shemom koju je predložio Calman 1996. godine.^f

PROCJENA RIZIKA

Pojam	Stepen rizika
Beznačajno	<1 u 1 000 000
Minimalno	1 u 1 000 000 do 1 u 100 000
Veoma nisko	1 u 100 000 do 1 u 10 000
Nisko	1 u 10 000 do 1 u 1 000
Srednje	1 u 1 000 do 1 u 100
Visoko	>1 u 100

Preporuka 19

Liječnici koji vrše usluge prekida trudnoće treba da posjeduju znanje o mogućim komplikacijama i posljedicama pobačaja. To im omogućuje da ženama pruže potrebne informacije radi njihova validnog informiranog pristanka.

19.1 Rizik od **krvarenja** u vrijeme pobačaja je nizak.

19.2 Rizik od **perforacije uterusa** tokom hirurškog pobačaja je srednji. Manji je što je trudnoća niža i što je ginekolog koji izvodi pobačaj iskusniji.

19.3 Rizik od **povrede vrata** maternice je nizak. Manji je što je trudnoća niža i što je ginekolog koji izvodi pobačaj iskusniji.

19.4 Rizik od **neuspjelog pobačaja** je nizak. Ovaj rizik se smanjuje ukoliko je trudnoća niža. Neuspjeh se može desiti kod žena višerotki ako se primijeni neodgovarajuća vakuumsonda i kod žena koje imaju anomaliju uterusa.

19.5 **Infekcije genitalnog trakta** nakon pobačaja nastaju u najviše 10% slučajeva. Rizik se smanjuje pri profilaktičkoj upotrebi antibiotika, a idealno je da se radi i skrining donjeg genitalnog trakta.

19.6 Daljnji **reproduktivni ishodi**. Nema dokazane povezanosti između pobačaja i posljedica u vidu vanmaterične trudnoće, placente previje ili sterilnosti. Pobačaj može biti povezan sa malim rizikom od spontanog pobačaja ili prijevremenog porođaja.

19.7 **Psihološke posljedice**. Neke studije ukazuju da je stepen psihijatrijskih oboljenja i samokažnjavanja veći među ženama koje su imale pobačaj nego među ženama koje su rodile ili ženama koje nisu bile trudne, a slične su dobi. Ipak, ove studije ne ukazuju na uzročno-posljedičnu vezu.

D

B

4.3 Informirani pristanak

Nakon što žena donese odluku o prekidu trudnoće - kad za to ne postoje kliničke i psiho-socijalne kontraindikacije, i nakon što je informirana o potencijalnim rizicima od procedure prekida trudnoće, od nje se traži da potpiše **obrazac za informirani pristanak (Prilog D)**. Najbolje je da ista osoba koja je bila savjetnik odgovori ženi na sve nejasnoće u vezi s izjavama u obrascu za informirani pristanak.

Ženi treba dati dovoljno vremena da pročita izjave u obrascu za informirani pristanak i da taj obrazac, ako je saglasna, potpiše. Ako se žena u međuvremenu predomisli i ne pristupi proceduri pobačaja, osoblje je treba uvjeriti da to neće ostaviti nikakve posljedice na njezinu buduću zaštitu u toj zdravstvenoj ustanovi, a dužno ju je savjetovati po svom najboljem saznanju i uputiti je kompetentnom stručnjaku.

4.4 Klinički pregled

Procedure prije pobačaja uključuju:

- mjerenje koncentracije hemoglobina
- određivanje ABO i i Rhesus krvnih grupa sa skriningom antitijela
- skrining oboljenja kao što su hemoglobinopatije, te *idealno*, skrining na HIV i hepatitis B i C - ako je indicirano

Vidjeti Prilog C.

4.5 Preporuke za klinički pregled

B

Preporuka 20

Dokumentacija o anti-D imunoglobulinu-G treba biti naznačena nakon pobačaja za žene s negativnim Rhesus faktorom.

D

Preporuka 21

Ako se cervikalni bris uzima u okviru usluga pobačaja, onda treba osigurati da žena pravodobno dobije rezultate testa.

B

Preporuka 22

Sve zdravstvene ustanove u kojima se vrši pobačaj moraju imati mogućnost skeniranja ultrazvukom jer je to bitan dio prepobačajne i postpobačajne procedure.

A

Preporuka 23

Usluge pobačaja trebaju imati strategiju za minimaliziranje rizika od postpobačajne infekcija.

C

Preporučuje se sljedeći režim kao pogodan za profilaksu kod hirurškog pobačaja: Metronidazol 1 g rektalno u vrijeme pobačaja i doksiciklin 100 mg oralno dva puta na dan tokom 7 dana, s početkom na dan pobačaja.

5. PROCEDURE POBAČAJA

5.1 Preporuke za hirurški pobačaj

Preporuka 24

Osigurati ugodan ambijent, što podrazumijeva ljubaznost i diskreciju.

C

Preporuka 25

Ženama s niskim pragom za bol treba ponuditi analgetike.

Preporuka 26

Konvencionalnu vakuum-aspiraciju treba izbjegavati kod gestacijske starosti do 7 sedmica.

Ženama sa gestacijskom starosti do 7 sedmica predlaže se alternativna metoda - medikamentozni pobačaj. Ako je vakuum-aspiracija jedina ponuđena metoda, preporučuje se kao optimalno da se intervencija odgodi do napunjenih sedam sedmica.

B

Preporuka 27

Ako se već vrši hirurški pobačaj u gestacijskoj starosti do 7 sedmica, treba slijediti rigorozan protokol, koji upućuje na provjeravanje količine aspiriranog materijala i kontrolno određivanje serumskog beta-humanog horigonadotropina (Beta hCG).

Preporuka 28

Konvencionalna vakuum-aspiracija je odgovarajuća metoda za gestacijsku starost od 7 do 10 sedmica.

Preporuka 29

Vakuum aspiracija se obavlja sigurnije pod lokalnom anestezijom nego pod općom anestezijom.

Preporuka 30

Ipak, ako se odluči za opću anesteziju ili iv. kratkotrajnu anesteziju, obavezna je prisutnost anesteziologa.

C

Preporuka 31

I električna i manuelna vakuum-aspiracija su efektivne i prihvatljive metode, kako za ženu tako i za kliničare. Operaciono vrijeme je kraće ako se primijeni električna vakuum-aspiracija.

A

Preporuka 32

Idealno, za hiruršku intervenciju treba pripremiti vrat maternice.

Preporuka 33

Idealno, priprema vrata maternice prije intervencije vrši se prostaglandinima: misoprostol od 400 mg (2x200 tbl.). Može se primijeniti vaginalno ili oralno 2 do 4 sata prije intervencije.

B

Preporuka 34

Minimalno, priprema vrata maternice se vrši pažljivo Hegarovim dilatatorom.

D

Preporuka 35

Prije intervencije prekida trudnoće treba obavezno oprati ruke sapunom i vodom, koristiti zaštitne rukavice i masku te upotrijebiti dezinficirane instrumente.

Preporuka 36

Prije intervencije obavezno je izvršiti toaletu vagine.

5.2 Preporuke za medikamentozni pobačaj

B

Preporuka 37

Kad je u pitanju trudnoća do 49 dana, prednost treba davati medikamentoznom nad hirurškim pobačajem gdje i kad god za to postoje medicinski opravdani razlozi.

A

Preporuka 38

Medikamentozni pobačaj pomoću mifepristona (antiprogesteron) u kombinaciji sa misoprostolom (prostaglandin) jest najefektnija metoda pobačaja kad je riječ o gestacijskoj starosti do 49 dana.

B

Preporuka 39

Medikamentozni pobačaj pomoću mifepristona (antiprogesteron) u kombinaciji sa misoprostolom (prostaglandin) jednako je efikasna metoda pobačaja kao i hirurška metoda kad je riječ o gestacijskoj starosti od 7 do 9 sedmica.

A

Preporuka 40

Kad je riječ o ranom medikamentoznom pobačaju, primjena mifepristona u dozi od 200 mg u kombinaciji sa misoprostolom je idealna metoda, ne samo u medicinskom nego i u ekonomskom smislu.

D

Preporuka 41

Kad je riječ o medikamentoznom pobačaju u okviru 9 sedmica gestacijske starosti, preporučuje se sljedeći režim: mifepriston od 200 mg oralno i zatim, 1 do 3 dana kasnije, misoprostol od 800 mikrograma vaginalno. Kod gestacijske starosti između 7 i 9 sedmica, ako pobačaj ne nastupi 4 sata nakon primjene misoprostola, daje se druga doza misoprostola od 400 mikrograma vaginalno ili oralno.

Preporuka 42

Idealno, žena treba ležati u bolnici nakon primjene misoprostola sve do pobacivanja (90% žena izbaci plod u roku od 4 do 6 sati). Ovo posebno važi za žene koje stanuju daleko od medicinske ustanove.

Preporuka 43

Žena može izabrati i boravak u vlastitom domu nakon bolničke aplikacije misoprostola. U takvim slučajevima ženama treba prilikom napuštanja medicinske ustanove dati sveobuhvatne informacije o dešavanjima koja slijede i osigurati slobodnu telefonsku liniju radi njihova osjećanja sigurnosti.

D

Preporuka 44

Ženi treba isplanirati povratnu posjetu 9 do 15 dana nakon upotrebe prostaglandina kako bi se potvrdilo da je pobačaj dovršen, da nema infekcije i da se nisu pojavile ni druge komplikacije. U slučaju nepotpunog pobačaja žena se podvrgava vakuum-aspiraciji.

Preporuka 45

Ljekar treba informirati ženu da će se u periodu od 9 do 15 dana nakon primjene misoprostola javljati uobičajene nuspojave: bolovi u trbuhu i krvarenje jačine menstruacijskog krvarenja (90%). Moguća je i pojava dijareja (10 – 30%), povraćanje (10 - 45%), mučnina (40 - 70%) te, rijetko, glavobolja, jeza, drhtavica. Te su pojave više izražene pri oralnoj primjeni mizoprostola nego pri vaginalnoj primjeni.

B

Jače izražene nuspojave žena mora prijaviti ljekaru.

Preporuka 46

Misoprostol se može sam upotrijebeti, ali je onda doza veća. Ponovljene doze misoprostola od 800 µg rezultiraju sa preko 60% efikasnim prekidom rane trudnoće.

Preporuka 47

Kada je riječ o infektivnim komplikacijama, medikamentozni pobačaj je sigurna i efektivna opcija za prvi trimestar trudnoće.

A

Preporuka 48

Bol nakon medikamentoznog pobačaja predstavlja stres. Razlika u vrsti terapije ove boli nije značajna.

Preporuka 49

Idealno, preporučuje se analgezija u vidu 325 do 500 mg paracetamola sa 10 mg dihydrocodeina ili 30 mg codeina na dan medikamentoznog pobačaja.

C

Preporuka 50

Kad je riječ o upotrebi misoprostola u zemljama u razvoju, postoji potreba za širim informacijama i vodiljama kako za žene tako i za zdravstvene radnike, uključujući i farmaceute.

6 PROCEDURE NAKON POBAČAJA

KONTRACEPCIJA NAKON POBAČAJA

6.1 Postavljanje intrauterinog uloška (IUU) - “spirale” odmah nakon pobačaja

A

Preporuka 51

Insercija spirale neposredno nakon pobačaja veoma je efikasna i sigurna metoda.

6.2 Papa test i IUU

Preporuka 52

Idealno, pacijentica koja se odlučuje na ugradnju spirale neposredno nakon pobačaja trebala je izvršiti Papa pretragu u posljednjih 6 mjeseci prije samog pobačaja.

Preporuka 53

Minimalno, pacijentica koja se odlučuje na ugradnju spirale neposredno nakon pobačaja trebala je izvršiti Papa pretragu u posljednjih 12 mjeseci prije samog pobačaja.

C

Preporuka 54

Obavezno je onim pacijenticama koje se odlučuju na ugradnju spirale neposredno nakon pobačaja uzeti Papa bris ukoliko nisu napravile Papa pretragu u posljednjih 6 do 12 mjeseci.

Preporuka 55

Ukoliko se rezultati Papa testa pokažu pozitivnim, obavezno je kontaktirati sa ženom radi provođenja daljnjih pretraga i odstranjivanja spirale u slučaju potvrde pozitivnih nalaza.

7 DOKAZI KOJI PODRŽAVAJU PREPORUKE

7.1 Dokazi koji podržavaju preporuke za hirurški pobačaj 26 - 36

Ako se pobačaj vrši vakuum-aspiracijom prije sedme sedmice trudnoće, postoji tri puta veća opasnost da se ne uspije otkloniti gestacijski mjesak nego kad se vakuum-aspiracija vrši između sedme i dvanaeste sedmice.⁶ Stoga se ženama s trudnoćom do sedam sedmica preporučuje medikamentozni pobačaj. Ako je konvencionalna vakuum-aspiracija jedina dostupna metoda, bolje je odložiti proceduru dok trudnoća ne dosegne sedmu sedmicu gestacije.

IIb

Asocijacija za planiranje porodice iz Teksasa (SAD) u svojoj deskriptivnoj studiji serije slučajeva ranog hirurškog pobačaja slijedi rigorozan protokol, u koji su uključeni urinarni testovi trudnoće prije pobačaja, procjena gestacije ultrazvukom, inspekcija količine aspiriranog sadržaja i praćenje serumskog BhCG u onih žena kod kojih nije pronađen plod u aspiriranom sadržaju. Studija je obuhvatila 2.399 procedura izvršenih do punih 6 sedmica gestacije. Kao rezultat, stopa kompletnog pobačaja je preko 99%.⁷

IV

Asocijacija za planiranje porodice SAD također je provela studiju slučajeva u 1.132 hirurška pobačaja do šest sedmica gestacije u tri druge klinike.⁸ Žene su praćene do dvije sedmice. Kod 2,3% žena pobačaj nije uspio i trudnoća je nastavljena. To je više od 0,13% reportiranih u prethodno navedenoj tekstaškoj studiji. S obzirom na te dokaze, savjet je da veoma rani hirurški pobačaj treba biti poduzet s oprezom i svim gore naznačenim mjerama.

U rutinskoj praksi izvođenja pobačaja između sedme sedmice i desete sedmice gestacije kliničari se služe raznim tehnikama kako bi bili sigurni da je uterus kompletno ispražnjen na kraju vakuum-aspiracije. *Gritty sensation* koji rezultira iz kompletno ispražnjenog kontrahovanog uterusa oko vakuum-kirete dovoljan je znak sigurnosti.

U komparativnoj kliničkoj studiji je istaknut rizik (uključujući i Ashermanov sindrom) oštire kirataže, te je predložena rutinska upotreba intraoperativnog ultrazvuka kao monitoring sredstvo za premošćavanje potrebe za oštrom kiretažom.⁹ Prema iskustvu ljekara nijedna procedura nije neophodna kao rutina.

Više opservacijskih i djelimično randomiziranih studija poduzeto je radi komparacije sigurnosti dvije tehnike anestezije. Zaključak je da je lokalna anestezija sigurnija od opšte.

U kliničkoj studiji provedenoj u Indiji ispitivan je izbor žena između opće i lokalne anestezije kod ranog hirurškog pobačaja.¹⁰ Šezdeset od 100 žena je izabralo opću anesteziju. Obje grupe su bile zadovoljne anestezijom, ali su žene koje su izabrale lokalnu anesteziju bile češće sklone da je preporuče prijateljicama.

IIb

Paracervikalni blok je prihvaćen kao standardna lokalna anestezija za prvotrimestar hirurškog pobačaja. Međutim, tehnika izvođenja paracervikalnog bloka nije standardizirana. U randomiziranoj kliničkoj studiji upoređivane su dvije tehnike davanja hlórprokaina: jedna u dvije tačke, a druga u četiri tačke vrata maternice. Pronađeno je da nema razlike u nivou boli.¹¹ Postojala je dilema da upotreba lokalnog anestetika nije neophodna i da opuštanje tkiva inaktivnim sredstvom kao što je salin producira isti efekt. Međutim, u istoj studiji je istaknuto da su žene kojima je dat hlórprokain raportirale signifikantno manju bol od žena kojima je dat salin. U drugoj randomiziranoj studiji je upoređivan paracervikalni

Ib

Ib

blok sa lidokainom i vodom datim u dvije tačke.¹² Žene u placebo grupi su navele jaču bol nego one u grupi koje su bile tretirane aktivnim sredstvom. Međutim, najnoviji dokazi u vidu randomizirane dvostruko slijepo studije iz 2006. godine pokazuju da paracervikalni blok sa 4% lidokainom značajno smanjuje bol pri pobačaju u usporedbi sa kontrolnom grupom u kojoj je upotrijebljen salin.¹³ U trećoj studiji je upoređivana bol u žena kod kojih je proveden pobačaj odmah nakon paracervikalnog bloka lidokainom datim u tri tačke i u žena kod kojih je tri do pet minuta odgođena procedura nakon paracervikalnog bloka.¹⁴ Nije bilo signifikatnih razlika u boli ili zadovoljstvu između grupa.

Kratkotrajna iv. anestezija ili sedacija je korištena umjesto opće anestezije najčešće u javnim bolnicama. Ta sedacija uključuje intravenozne opijate, kao što je fentanil, i intravenozne sedative, kao što je midazolam ili propofol. Prema izvještaju akademije Royal medicinskog koledža *Implementing and Ensuring Safe Sedation Practice for Healthcare Procedures in Adults*¹⁵ moraju se strogo slijediti preporuke ako se koristi kratkotrajna intravenska sedacija umjesto opće anestezije, a koja uključuje fentanil i iv. sedative kao što je midazolam ili propofol.

Ib

U placebo kontroliranoj, randomiziranoj kliničkoj studiji evalvirana je efikasnost intravenoznog fentanila u reduciranju boli kod ranog hirurškog pobačaja uz paracervikalni blok.¹⁶ Upotreba fentanila je reducirala bol odmah nakon pobačaja za jedan stepen na skali od jedanaest stepeni, pa su se istraživači pitali je li ta redukcija klinički značajna s obzirom na veličinu. U novijoj randomiziranoj, dvostruko slijepoj placebo kontroliranoj studiji iz 2004. godine došlo se do zaključka da iv. fentanil uz paracervikalni blok efektivnije smanjuje bol nego ako se fentanil daje intracervikalno pri pobačaju (3,8 i 5,6 na skali od 0 do 10).¹⁷ U drugoj placebo kontroliranoj randomiziranoj kliničkoj studiji evalvirani su intravenozni midazolam i fentanil u slučaju kratkotrajne iv. sedacije skupa za paracervikalnim blokom za ranu vakuum-aspiraciju.¹⁸ Nije bilo statistički značajnih razlika između studiranih grupa u jačini boli, ali žene u grupi sa kratkotrajnom iv. sedacijom su navele veći nivo zadovoljstva. U randomiziranoj kliničkoj studiji evalvirana je sedacija oralnim lorazepamom prije vakuum-kiretaže pod lokalnom anestezijom i došlo se do zaključka da lorazepam nema utjecaja na jačinu boli ili napetosti.¹⁹

IV

Poznato je da su mlađe godine riziko faktor za oštećenja cerviksa²⁰ i da je viša gestacija, pogotovo kod multipara, povezana s većim rizikom od perforacije uterusa.²¹ Tehnikom pripreme cerviksa smanjuje se rizik od ovih komplikacija, pa se ta tehnika zato preporučuje, pogotovo kod navedenih visoko rizičnih grupa.^{20,21}

Ib

Jedna velika multicentrična randomizirana studija dokazuje da se rutinskom pripremom cerviksa prostaglandinima značajno umanjuje rizik od neposrednih komplikacija vakuum-aspiracije u prvom trimestru trudnoće.²²

Preporuka je da mizoprostol od 400 mikrograma primijenjen vaginalno 3 sata prije pobačaja predstavlja najefikasniji i najisplattiji režim.²³ Današnje studije su dokazale da žene mogu same sebi davati mizoprostol u vidu vaginalnih tableta bez smanjenja efikasnosti. Studije ukazuju da i sublingvalno upotrijebljen rezultira brzim efektom. Međutim, ovaj način može prouzročiti gastrointestinalne nuspojave. Ipak, u novijim studijama kao što je randomizirana kontrolirana studija Hamode H. et al., vrši se upoređivanje sublingvalne i vaginalne upotrebe mizoprostola za pripremu cerviksa pred pobačaj u prvom trimestru trudnoće i dokazuje da je sublingvalna primjena mizoprostola poželjna alternativa vaginalnoj usprkos nuspojavama koje se spominju u prethodno navedenoj studiji. To potvrđuje veliko zadovoljstvo kako pacijentica tako i medicinskog osoblja.²⁴

Vimala N. u svojoj randomiziranoj studiji, provedenoj u Indiji, uspoređivao je sublingvalnu upotrebu različitih doza mizoprostola - 200 i 400 mikrograma, datih dva sata prije same procedure, i došao do zaključka da je doza od 400 mikrograma sublingvalno datog mizoprostola, koja je administrirana najmanje 2 sata prije same procedure, učinkovitija od doze od 200 mikrograma u smislu dilatacije od 8 ili više milimetara (Odds Ratio 95,8; 95% CI 10,2-842,9).²⁵

Ib

Sharma S. upoređuje oralnu i vaginalnu upotrebu misoprostola i zaključuje da nije bilo značajne razlike u pripremi cerviksa, bez obzira da li je dato oralno 400 mikrograma ili vaginalno 800 mikrograma 1 sat prije procedure hirurškog pobačaja.²⁶

Oppegaard KS. u svojoj randomiziranoj, kontroliranoj studiji iz 2006. godine upoređuje oralni u odnosu na samoprimijenjeni vaginalni mizoprostol i dokazuje da nije bilo razlike između eksperimentalnih grupa, te stoga zaključujemo da se ženama može preporučiti da i same mogu upotrijebiti mizoprostol kod svoje kuće.²⁷

Ib

Danas se istražuje upotreba drugih preparata kao što su nitricni oksid i danazol.

Chan CC. et al. u randomiziranoj, duplo slijepoj kontroliranoj studiji iz 2005. godine zaključuju da intracervikalni sodium nitroprusid nije jednako efikasan kao misoprostol u pripremi cerviksa za pobačaj.²⁸

Ib

7.2 Dokazi koja podržavaju preporuke za medikamentozni pobačaj 37-50

Medicinski pobačaj je rani prekid trudnoće primjenom farmaceutskih preparata. U te preparate spadaju prostaglandini i / ili mifepriston i / ili metotrexat. Sistematske studije sa metaanalizom ukazuju da su svi preparati sigurni i efikasni, s tim da najjači dokazi upućuju da su kombinirani režimi najefikasniji.²⁹ Među tim kombinacijama prednjače zajedno mifepriston i misoprostol.^{29,30,31} Mifepriston je po svom sastavu antiprogesteron RU 486. Ovaj preparat je siguran i efikasan već pri dozi od 200 mg.³²

Ia

Mizoprostol, koji spada u prostaglandine, učinkovitiji je pri vaginalnoj primjeni nego oralnoj. Studije slabije jačine dokaza ukazuju da, kad se primjenjuje samostalno, samo ponovljene doze od 800 µg misoprostola rezultiraju sa preko 60% efikasnim prekidom rane trudnoće.³³

Ib

Bygdeman je pregledao brojne studije sa brojnim pojedinačnim preparatima i preporučio kombiniranu terapiju.³⁴

Ia

Godine 2002. Jain et al. publicirali su rezultate randomizirane studije, u kojoj su direktno usporedili sam vaginalni mizoprostol i režim u vidu mifepristona i vaginalnog mizoprostola kod žena do 56 dana gestacije. Kompletne stope pobačaja su bile 88% i 96% (p<0.05).³⁵

Ib

Brojne su grupe istraživale upotrebu samo metotreksata i u kombinaciji sa mizoprostolom. Grimes je izvršio pregled brojnih studija tražeći ulogu metotreksata kao samostalnog režima i u kombinaciji sa mizoprostolom za inducirani pobačaj. On zaključuje da je metotreksat efektivan kad se daje u kombinaciji sa mizoprostolom. Učinak je optimalan kad se mizoprostol daje sedam dana nakon metotreksata.³⁶

Ia

Upoređujući Grimesove rezultate režima metotreksata i mizoprostola sa rezultatima mifepristona i mizoprostola, uočeni su manja stopa uspjeha, duži tretman intervala pobačaja i više stope produženja trudnoće.

U 2002. godini publicirani su rezultati multicentrične randomizirane studije u kojoj se upoređuju dva sljedeća režima: metotreksat sa mizoprostolom i mifepriston sa mizoprostolom. Pobačaji inducirani mifepristonom su se završavali brže nego oni inducirani metotreksatom. Ali, sveukupne stope uspjeha, nuspojave i komplikacije su bile slične. Stope prihvaćenosti su bile nešto više kod mifepristona. U ovoj studiji metotreksat režim je uključivao optimalnu dozu mizoprostola (800 mikrograma vaginalno), dok je mifepriston režim uključivao suboptimalnu dozu (400 mikrograma oralno).³⁷

Dokazi iz druge randomizirane kliničke studije, koju je provela SZO, ukazuju da doze mifepristona od 200 mg imaju sličan efekt u usporedbi sa dozama od 400 i 600 mg.³⁸

Ova multicentrična klinička studija, u koju su bile uključene žene sa gestacijom do 56 dana, koristila je gemeprost kao prostaglandin.³⁸ SZO je nakon toga provela sličnu studiju sa mizoprostolom uključivši 1.589 žena u 17 međunarodnih centara. Kod gestacije do 35 dana upoređivane su oralno date doze od 200 mg i od 600 mg mifepristona u kombinaciji sa mizoprostolom od 400 mikrograma. Oba režima su imala sličan učinak.³⁹

SZO je također provela multicentričnu studiju uključivši 1.224 žene sa gestacijom do 57 dana u 13 međunarodnih centara. Istraživan je učinak daljnjeg reduciranja doze mifepristona.⁴⁰ Uspoređivana su četiri režima:

1. mifepriston 50 mg + gemeprost 0,5 mg
2. mifepriston 50 mg + gemeprost 1 mg
3. mifepriston 200 mg + gemeprost 0,5 mg
4. mifepriston 200 mg + gemeprost 1 mg

Stope uspjeha su značajno ovisile o dozi mifepristona, ali ne i o dozi gemeprosta. Žene koje su primile samo 50 mg mifepristona imale su stopu neuspjeha 1,6 puta veću nego žene koje su primile 200 mg.

U manjoj kliničkoj studiji (80 ispitanica) evalviran je mifepriston od 100 mg i kombinaciji sa mizoprostolom od 400 mikrograma oralno ili 800 mikrograma vaginalno.⁴¹ Režim koji je uključivao 800 mikrograma mizoprostola vaginalno bio je signifikantno učinkovitiji u odnosu na oralni režim. U ovoj studiji je vaginalni režim dosegao stope kompletnog pobačaja od 100%, sugerirajući time da i doze mifepristona od 100 mg mogu biti adekvatne. Međutim, potrebne su studije iz drugih centara kako bi se potvrdili ovi rezultati i ova doza prihvatila u rutinskoj praksi.

Konvencionalni PGE 1 analog korišten za procedure pobačaja je gemeprost, koji se u dozi od 1 mg upotrebljava za rani medikamentozni pobačaj i pripremu cerviksa, a košta oko 20 funti. Pregled literature ukazuje da je alternativa E1 analog mizoprostol također učinkovit u oba konteksta, a cijena mu je samo 1 funta po dozi.⁴²⁻⁴⁶ Mizoprostol je učinkovitiji ako se upotrijebi vaginalno nego oralno.^{31,37}

Podaci iz 2000. godine o upotrebi mizoprostola vaginalno za rani medikamentozni pobačaj indiciraju da je kod gestacijske starosti do 7 sedmica mizoprostol jednako učinkovit kao gemeprost.⁴⁷

Međutim, kod gestacije od 7 do 9 sedmica stope kompletnog pobačaja mogu biti manje kad se koristi mizoprostol nego kad se koristi gemeprost (94,7% vs 96%).⁴⁵

Ib

Stoga je preporuka da se mizoprostol koristi iz ekonomskih razloga sve do sedme sedmice, a od sedme do devete – gemeprost. Velika studija slučajeva je ukazala da upotreba mifepristona u kombinaciji sa dvije doze mizoprostola - umjesto pojedinačne doze - predstavlja uspješnu metodu pobačaja i u periodu od sedme do devete sedmice (stopa pobačaja 98%).⁴⁸

IV

Preporuka 39 je bazirana na sistematskom pregledu kohortnih studija kombinacije mifepristona i prostaglandina za rani medikamentozni pobačaj, u kojima se zaključuje da stope kompletnog pobačaja padaju sa povećavanjem gestacijske starosti trudnoće.⁴⁹ Stoga, za razliku od konvencionalne vakuum-aspiracije, medikamentozni pobačaj je učinkovitiji u najranijim stadijima trudnoće. Ovi dokazi su osnova za preporuku da, kad god je moguće, ženama treba biti ponuđen izbor metoda.

Ila

U druga dva pregleda literature također su upoređivane opcije za rani pobačaj.^{50,51} Cochrane pregled literature obuhvaća samo pet kliničkih studija, od kojih neke uključuju medikamentozni režim s jednim preparatom.⁵⁰ Istraživači zaključuju da je potrebno više studija kako bi se adresirale efikasnost i želje samih žena. U komparativnom pregledu literature, Bygdeman i Danielsson zaključuju: „ Objе metode su jednako prihvatljive pod uvjetom da je ženi dat izbor. Nije moguće utvrditi koja je metoda bolja. Medikamentozni pobačaj u ranoj trudnoći neće zamijeniti vakuum-aspiraciju, ali je alternativa i, idealno, obje metode bi trebale biti dostupne kako bi se ženi omogućio izbor“.⁵¹

Ib

Iako gore navedeni dokazi jasno ukazuju da je medikamentozni pobačaj sigurna i efikasna metoda prekida trudnoće, dokazi kojima se upoređuje ova metoda sa hirurškom nisu dovoljno snažni. Radi se uglavnom o manjim randomiziranim ili velikim nerandomiziranim studijama. One ukazuju da prostaglandini, primijenjeni samostalno, predstavljaju manje uspješnu i više bolnu metodu u poređenju sa hirurškom metodom.²⁹

Istovremeno, nedovoljno se upoređuju komplikacije. Spominje se moguća perforacija uterusa prilikom primjene hirurške metode. U većini studija se ističe veća sigurnost medikamentozne metode u smislu infekcija. Rorbye et al. porede kombiniranu metodu sa hirurškom za gestacijsku starost do 63 dana. U ovoj studiji je utvrđeno da je broj komplikacija bio identičan nakon primjene te dvije metode, ali je hirurška metoda imala malo veću stopu uspjeha (97,7 % vs . 94,1%, p < 0.01) i također veći rizik što se tiče antibiotskog tretmana nego medikamentozni pobačaj (7,8% vs 3,7% p < od 0.05).⁵² Šansa za primarni uspješni tretman za gestaciju manju od 63 dana veća je nakon hirurškog pobačaja u općoj anesteziji (vakuum-aspiracija) - u poređenju sa medikamentoznim pobačajem koji je induciran sa 600 mg mifepristona i 1 mg gemeprosta. Međutim, hirurški pobačaj je asociran s većim rizikom za antibiotski tretman nego medikamentozni, tako da potreba da se žene kontroliraju može biti veća od očekivane. U ovu je studiju uključeno 1.135 žena sa gestacijom manjom od 63 dana i u kojoj je randomizirano 111 žena za medikamentozni ili hirurški pobačaj, a 922 žene same su izabrale metodu.⁵²

Ila

Shanon C. et al. sistematskim pregledom randomiziranih studija također ukazuju da, kada je riječ o komplikacijama u obliku infekcija, medikamentozni pobačaj je sigurna i učinkovita opcija za prvi i drugi trimestar trudnoće. Frekvencija dijagnosticirane i/ili tretirane infekcije nakon medikamentoznog pobačaja je veoma niska (0,92%; N=46.421).⁵³

Ia

Ia

Weibe E. u svojoj randomiziranoj studiji manje veličine ukazuje da bol kao posljedica medikamentoznog pobačaja uzrokuje značajan stres.⁵⁴

IV

Ipak, Penny G. sistematski istražujući ovaj problem nalazi da 75% žena širom svijeta koristi analgeziju na dan administracije prostaglandina kod medikamentoznog pobačaja. Režim u vidu 325 do 500 mg paracetamola sa 10 mg dihydrocodeina ili 30 mg codeina je primijenilo hiljade žena bez ikakvih problema.⁵⁵

Iako se medikamentozni pobačaj provodi još od 60-tih godina, a supotrebom mifepristona od 70-tih, većina istraživanja se još uvijek odvija u visoko razvijenim zemljama, u koje mi ne spadamo. Istraživanja koja su provedena u zemljama u razvoju nisu zasnovana na jednako jakim dokazima, jer se uglavnom radi o nekontroliranim studijama ili onim opservacionog karaktera, ali i kao takva ukazuju na veću potrebu za informiranjem i educiranjem i žena i medicinskog osoblja, čak i onda kada je dostupnost navedenim lijekovima velika.⁵⁶

7.3 Dokazi koji podržavaju preporuku 51 da je insercija IUU odmah nakon prekida trudnoće praktična i sigurna metoda kontracepcije

Ia

Sistematski pregledi 9 randomiziranih studija sa ukupno 4.476 žena ukazuje da je insercija bakarne intrauterine kontraceptivne spirale (IUCD) u vrijeme hirurškog prekida trudnoće sigurna i praktična.⁵⁷

Insercija IUU odmah nakon obavljenog pobačaja ima nekoliko prednosti:

1. Nakon namjernog pobačaja žene su često zainteresirane da se zaštite od ponovne trudnoće, te se izbjegava mogućnost začeca i nedolaženja pacijentice na planiranu inserciju nakon intervencije.
2. Izbjegava se neugodnost vezana za sam čin stavljanja spirale i svako eventualno krvarenje tokom insercije jer se ne prepoznaje zbog uobičajenog krvarenja nakon pobačaja.
3. IUU sa bakrom omogućuje gotovo istu kontraceptivnu efikasnost kao i tubarna sterilizacija, ali je jednostavnija, manje košta i reverzibilna je.

Sam procedura insercije IUU traje svega nekoliko minuta i odvija se na istom ginekološkom stolu nakon završenog pobačaja.

Redovna kontrola kod ginekologa je jednom godišnje ako žena nema tegoba.

Ia

Iz metaanaliza multicentričnih istraživanja vidljivo je da je apliciranje IUU odmah nakon pobačaja sigurno i praktično. Stopa ekspanzije u većoj trudnoći (drugi trimester) veća je nego prilikom apliciranja izvan trudnoće. Stopa spontane ekspanzije u početnoj trudnoći je veoma mala, gotovo kao i izvan trudnoće. Pri tome je nađeno da je TCu 220C bolja u poređenju sa Lippes Loop i Copper 7 u sprečavanju trudnoće i manjoj stopi spontane ekspanzije. Također, levonorgestrel IUU uspješnija je za sprečavanje trudnoće nego Nova T.⁵⁸

Nema dovoljno dokaza za prednost momentane naspram odgođene insercije. WHOMEK, međutim, preporučuje da postoje koristi intrauterine kontracepcije odmah nakon završetka trudnoće u prvom trimestru (neograničeno korištenje).

U jednom istraživanju nisu pronađene razlike u stopama ponovnog prijema zbog pelvične infekcije nakon prekida trudnoće u prvom trimestru kod 229 žena kojima je inserirana IUCD u odnosu na 594 žene kod kojih nije inserirana spirala. Stopa nastavljanja nošenja IUCD u prvoj godini bila je 72,8% bez profilaktičkog korištenja antibiotika.⁵⁹

Jedno malo randomizirano istraživanje odnosilo se na ispitivanje obrasca krvarenja koji je udružen s insercijom spirale nakon prekida trudnoće. Rezultati upućuju da je obrazac krvarenja sa spiralom sličan onome nakon insercije koja slijedi menstrualno krvarenje. Na žalost, broj ispitanica koje su se izgubile na kontrolnim pregledima bio je visok.⁶⁰

IIa

Nerandomizirane komparativne studije daju daljnje dokaze koji podržavaju sigurnost, efikasnost i prihvatljivost momentane postabortusne intrauterine kontracepcije.^{61, 62, 63}

IIb

Postoji veoma malo podataka koji se specifično odnose na inserciju spirale nakon medikamentoznog prekida trudnoće. Mi sugeriramo da se IUCD može odmah inserirati (unutar 48 sati) nakon prekida trudnoće u prvom trimestru. Inače bi inserciju trebalo odložiti 4 sedmice nakon medikamentoznog pobačaja, kao kod postpartalne insercije (WHO, 2001).

Mital S. u svom sistematskom pregedu studija i vodilja u julu 2006. godine navodi da su, uz dovoljan oprez, sve vrste kontraceptivnih metoda upotrebljive nakon medikamentoznog pobačaja, a za odabir se treba odlučiti nakon razgovora sa ženom. On ističe da se neposredno nakon medikamentoznog pobačaja mogu koristiti oralni kontraceptivi, kondomi i hormonska kontracepcija u vidu injekcije, a nakon jednog ciklusa može se aplicirati intrauterini uložak ili izvršiti sterilizacija.⁶⁴

Ia

7.4 Dokazi koji podržavaju preporuke 52-55 za Papa test prije ugradnje IUD

Papa test je jednostavan i relativno brzo provodiv test, koji se najčešće izvodi u liječničkoj ordinaciji s ciljem otkrivanja abnormalnosti cervikalnih ćelija (*screening*). Osim što spada u rutinsku proceduru kod svih žena jednaput godišnje, može se koristiti u okviru obavezne pripreme pacijentice prije obavljanja pobačaja (*Preabortion workup*).

Tamo gdje postoje mogućnosti, ženu treba savjetovati da uradi Papa test prije pobačaja a obavezno ako prihvati ugradnju IUU odmah nakon prekida trudnoće. Ipak, Papa test ne treba postaviti kao uvjet ženi da može izvršiti pobačaj. Ako žena prihvati testiranje, praksa treba ostati u kontaktu s pacijenticom putem telefona, e-maila ili pošte s ciljem naknadnog informiranja o rezultatima testa i eventualne revizije postavljene spirale.

Misra JS. et al. je vršio monitoring cervikalnog brisa prije i nakon insercije spirale. Dokazano je da je incidencija displazije bila više od dva puta veća nakon insercije spirale u odnosu na incidenciju displazije prije insercije (2,8% vs 1,3%). Isti autor upoređuje ove promjene kod ugradnje spirale i ugradnje hormonalnog implanta i nalazi da su cervikalne promjene bile učestalije kod žena sa ugrađenom spiralom (4,9 % vs. 2,1%).⁶⁵

IIb

8 KRITERIJI ZA KLINIČKU REVIZIJU I AKREDITACIJU

Veoma je bitno da proces razvoja vodilja bude uvezan s aktivnostima kliničke revizije. Preporučuje se da zdravstvene službe koje izvode prekid trudnoće provode redovnu kliničku reviziju.

8.1 Organizacija usluga

- Sučelje primarna / sekundarna zaštita može se vrednovati procjenom jesu li intervali između zakazanih pregleda unutar granica određenih *vodiljom*.
- Zabilješke o ženama koje su izvršile prekid trudnoće može se procjenjivati kao stopa dnevne hirurgije, odnosno hospitalizacije zbog pojave komplikacija.

8.2 Informacije za žene

- Lokalne službe mogu vršiti kliničku reviziju informiranja žena s obzirom na tačnost i nepristranost informacija, posebno kad je riječ o potencijalnim sekvelama.

8.3 Menadžment prije prekida trudnoće

- Mogu se analizirati slučajevi kad nije data antibiotska profilaksa i nije izvršen skrining za seksualno prenosive bolesti i istražiti razlozi za to.
- Još detaljnije, mogu se istražiti stope žena s antibiotskom profilaksom ili skriningom na infekcije donjeg genitalnog trakta i analizirati pozitivni rezultati dobijeni nakon toga.

8.4 Procedura prekida trudnoće

- Kliničkom revizijom može se utvrditi koji je analog prostaglandina E korišten u medikamentoznom pobačaju.
- Mogu se pregledati doze mifepristona za rani pobačaj nasuprot 200 mg standarda.
- Procent žena kojima je ponuđena prihvatljiva lokalna anestezija

8.5 Njega nakon prekida trudnoće

- Sve Rh negativne žene kojima je izvršen prekid trudnoće a da nisu primile anti-D imunoglobulin ili su ga primile u neodgovarajućoj dozi.

REFERENCE

- ¹ Alan Guttmacher Institute: Sharing responsibility: women, society and abortion worldwide. New York and Washington DC; The Alan Guttmacher Institute 1999.
- ² Reproductive Health in FBiH, Public Health Institute of FBiH, Sarajevo 1998.
- ³ Bongaarts J, Westoff CF. The potential role of contraception in reducing abortion. *Studies in Family Planning* 2000;31:193-202.
- ⁴ Zakon o uslovima i postupku za prekid trudnoće Sl. List SRBIH, 29/77.
- ⁵ Svjetska zdravstvena organizacija. Siguran pobačaj: Tehnički i regulatorni vodič za zdravstvene sisteme, 2003. Prevod: Asocijacija za seksualno i reproduktivno zdravlje.
- ⁶ Kaunitz AM, Rovira EZ, Grimes DA, Schulz KF, Abortion that fail, *Obstet Gynecol*, 1985; 66: 533-7.
- ⁷ Creinin MD, Edwards J, Early abortion, Surgical and Medical options, *Curr Probl Obstet Gynecol Fertil*, 1997; 20: 6-32.
- ⁸ Paul ME et al, Early surgical abortion: efficacy and safety, *Am J Obstet Gynecol*, 2002; 187: 407-11.
- ⁹ Fait G, Amster R et al, Use of ultrasonography to guide first trimester pregnancy terminations obviates the need for sharp curettage, *Fertil Steril*, 2002; 78: 1131-2.
- ¹⁰ Clark S et al, Women's preferences for general or local anesthesia for pain during first trimester surgical abortion in India. *Contraception* 2002; 66: 275-9.
- ¹¹ Glantz JC, Shomento S, Comparison of paracervical block techniques during first trimester pregnancy termination, *Int J Gynecol Obstet* 2001; 72: 171-8.
- ¹² Egziabher TG, Ruminjo JK, Sekadde-Kigonda C, Pain relief using paracervical block in patients undergoing manual vacuum aspiration of uterus, *East Afr Med J* 2002; 79: 530-4.
- ¹³ Edelman A et al, Four percent intrauterine lidocaine infusion for pain management in first-trimester abortions, *Obstet Gynecol*, 2006 Fe; 107 (2 Pt 1): 269-75.
- ¹⁴ Phair N, Jensen JT, Nichols MD, Paracervical block and elective abortion: the effect on pain of waiting between injection and procedure. *Am J Obstet. Gynecol* 2002; 186: 1304-7.
- ¹⁵ Royal College of Anaesthetists: Implementing and ensuring Safe Sedation Practice for healthcare procedures in adults. <http://www.rcoa.ac.uk/docs/safesedationpractice.pdf>.
- ¹⁶ Rawling MJ, Webe ER, A Randomised controlled trial of fentanyl for abortion pain, *Am J Obstet Gynecol*, 2001; 185: 103-7.
- ¹⁷ Wiebe ER et al, Intra-cervical versus i.v. fentanyl for abortion, *Hum Reprod.*, 2005, 20 (7): 2025-8.
- ¹⁸ Wong CYG et al, A randomised, double blind, placebo- controlled study to investigate the use of conscious sedation in conjunction with paracervical block for reducing pain in termination of first trimester pregnancy by suction evacuation, *Hum Reprod*, 2002; 17: 1222-5.
- ¹⁹ Wiebe ER, Podhradsky L, Djak V, The effect of lorazepam on pain and anxiety in abortion, *Contraception*, 2003; 67: 219-21.
- ²⁰ Schulz KF, Grimes DA, Cates W Jr, Measures to prevent cervical injury during suction curettage abortion, *Lancet*, 1983; 1: 1182-84.
- ²¹ Grimes DA, Schulz KF, Cates WJ Jr, Prevention of uterine perforation during curettage abortion, *JAMA*, 1984; 251: 2108-11.
- ²² World Health Organization Special Programme of Research, Vaginal Administration of 15-methyl-PGF₂ methyl ester for preoperative cervical dilation, *Contraception*, 1981; 23: 251-9.
- ²³ Singh K, Fong YF, Prasad S, Dong F, Randomized trial to determine optimal use of vaginal misoprostol for pre-abortion cervical priming, *Obstet Gynecol*, 1998; 80: 795-8.
- ²⁴ Hamonda H et al, A randomized controlled comparison of sublingual and vaginal administration of misoprostol for cervical priming before first-trimester surgical abortion, *Am J Obstet Gynecol*, 2004, 190 (1): 55-9.
- ²⁵ Vimala N et al, Sublingual misoprostol before first trimester abortion: a comparative study using two dose regimens, *Indian J Med Sci*, 2004; 58 (2): 54-61.
- ²⁶ Sharma S et al, Oralna vs. vaginalna administracija misoprostola, *BJOG*, 2005; 112 (4): 456- 60.
- ²⁷ Oppegaard KS et al, Studija iz 2006, oralna u odnosu na samoprimljeni vaginalni mizoprostol, randomizirana
- ²⁸ Chan CC et al, intracervical sodium nitroprusside versus vaginal misoprostol in first trimester surgical termination of pregnancy: a randomized double-blinded controlled trial, *Hum Reprod.* , 2005, 20 (3): 829-33

- ²⁹ The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006.
- ³⁰ Kahn JG et al: The Efficacy of Medical Abortion:A meta-Analysis, *Contraception*, 61: 29-40, 2000.
- ³¹ Jain JK et al: A prospective randomized, double-blinded, placebo-controlled trial comparing mifepristone and vaginal misoprostol to vaginal misoprostol alone for elective termination of early pregnancy; *Hum Reprod.*, 17(6):1477-82,2002.
- ³² Marions L: Mifepristone dose in the regimen with misoprostol for medical abortion ; *Contraception* 74, 21-25, 2006; Review article
- ³³ Blanchard K et al: Misoprostal alone for early abortion:an evaluation of seven potential regiments; *Contraception* 72 .91-97. 2005
- ³⁴ Bygdeman M, termination of pregnancy up to eight or none weeks. In: Baird DT, Grimes DA, Van Look PFA, editors, *Modern Methods of Inducing Abortion*, Oxford: Blackwell; 1995. p.39-53.
- ³⁵ Jain JK et al, A prospective randomized, wouble blinded, placebo-controlled trial comparing mifepristone and vaginal misoprostol alone for elective termination of pregnancy, *Hum Reprod*, 2002; 17: 1477-82.
- ³⁶ Grimes DA, Medical abortion in early pregnancy: a review of the evidence, *Obstet Gynecol*, 1997; 89: 790-6.
- ³⁷ Wiebe ER et al, Comparison of abortion induced by methotrexate or mifepristone followed by misoprostol, *Obstet Gynecol* , 2002; 99: 813-19.
- ³⁸ World Health Organisation Task Force on Post-ovulatory Methods of Fertility Regulation. Termination of pregnancy eith reduced doses of mifepristone, *BMJ*, 1993; 307: 532-7.
- ³⁹ World Health Organisation Task Force on Post-ovulatory Methods of Fertility Regulation. Comparison of two doses of mifepristone in combination with misoprostol for early medical abortion: a randomised trial, *BJOG*, 2000; 107:524-30.
- ⁴⁰ World Health Organisation Task Force on Post-ovulatory Methods of Fertility Regulation. Lowering the doses of mifepristone and gemeprost for early abortion: a randomised controlled trial. *BJOG* 2001; 108: 738-42.
- ⁴¹ Creining ND, Pymar HC, Schwartz JL, Mifepristone 100 mg in abortion regimens, *Obstet Gynecol*, 2001; 98: 434-9.
- ⁴² El- Refaey H et al, Induction of abortion with mifepristone (RU486) and oral or vaginal misoprostol, *N Engl J Med*, 1995; 332: 983-7.
- ⁴³ Penney GC et al, An effective, low cost regiment for early medical abortion, *Br J Fam Plann*, 1995; 21: 5-6.
- ⁴⁴ Aubeny E et al, Termination of early pregnancy (up to 63 days of amenorrhoea) with mifepristone and increasing doses of misoprostol, *Int J Fertile Menopausal Stud*, 1995; 40: 85-91.
- ⁴⁵ Baird DT, Sukcharoen N, Thong KJ, randomized trial of misoprostol and cervagem in combination with a reduced dose of mifepristone for induction of abortion, *Hum Reprod* 1995; 10: 1521-7.
- ⁴⁶ El- Refaey H, Calder L, Wheatly DN, Templeton A, Cervical priming with prostaglandin E₁ analogues, misoprostol and gemeprost, *Lancet*, 1994; 343: 1207-9.
- ⁴⁷ Ashok PW, Penney GC, Flett GMM, Templeton A, An effective regimen for early medical abortion: a report of 2000 consecutive cases, *Hum Reprod*, 1998; 13: 2962-5.
- ⁴⁸ Ashok PW, Templeton A, Wagaarachchi PT, Flett GMM, Factors affecting the outcome of early medical abortion: a review of 4132 consecutive cases, *BJOG*, 2002; 109: 1281-9.
- ⁴⁹ Henshaw RC, Templeton AA, Antiprogestones, In : Studd JWW, editor. *Progress in Obstetritcs and Gynaecology* Volume 10. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1993. p. 259-277.
- ⁵⁰ Say L, Kulier R, Gulmezoglu M, Campana A, Medical versus surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2002, 4: DC003037.
- ⁵¹ Bygdeman M, Danielsson KG, Options for early therapeutic abortion. A comparative review, *Drugs*, 2002; 62: 2459-70
- ⁵² Rorbye Ch et al: Medical versus surgical abortion efficacy, complication and leave of absence compared in a partly randomized study; *Contraception* 70, 393-399,2004
- ⁵³ Shanon C et al: Infection after madical abotriion: a review of the kiterature; *Contraception* 70, 183-190, 2004
- ⁵⁴ Weibe E. : Pain control in medical abortion; *Internationa Journal and Obstetrics* 84; 264-265; 2004 *Internationa Journal of Gynecology and Obstetrics* 74; 275-280; 2001
- ⁵⁵ Penney G., Treatment of pain during medical abortion, *Contraception* 74, 45-47, 2006.

- ⁵⁶ Sheeris J et al: Misoprostol use in developing countries: results from a multicountry study; *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 88, 76-81, 2005
- ⁵⁷ Grimes D, Schulz K, Stanwood N. Immediate postabortal inseretion of intrauterine devices. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1):CD003036.
- ⁵⁸ Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF, Stanwood N. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006 Issue 4. www.cochrane.org/reviews/en/ab001777.html
- ⁵⁹ Tuveng JM, Skjeldestad FE, Iverson T. Postabortal insertion of IUD. *Adv Contracept* 1986;2:387-92.
- ⁶⁰ Suvisaari J, Lahteenmaki P, Detailed analysis of menstrual bleeding pattern after postmenstrual and postabortal insertion of a copper IUD or a levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Contraception*, 1996; 54:201-8.
- ⁶¹ Ortayli N, Bulut A, Sahin T, Sivin I. Immediate postabortal contraception with levonorgestrel intrauterine device, Norplant, and traditional methods. *Contraception* 2001;63:309-14.
- ⁶² Gocmen A, Demirpolat N, Aysin H. The efficacy of immediate post-abortion intrauterine device insertion. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2002;29:274-6.
- ⁶³ El-Tagy A, Sakr E, Sokal DC, Issa AH. Safety and acceptability of post-abortion IUD insertion and the importance of counselling. *Contraception* 2003;67:229-34.
- ⁶⁴ Mittal S, Contraception after medical abortion, *Contraception*, 2006; 74 (1): 56-60.
- ⁶⁵ Misra JS. Et al, Cervical cytology associated with levonorgestrel contraception, *Acta Cytol*, 1995, 39(1): 45-9.

PRILOZI

Prilog A

Strana 1

Evidencija savjetovanja pacijentice prije i nakon namjernog prekida trudnoće

Ime i prezime	Broj kartona _____		Kontrola 1		Kontrola 2	
	Opis	Nalaz	Datum	Nalaz	Datum	Nalaz
Klinička procjena	<ul style="list-style-type: none"> • Klinički pregled pacijentice • Dijagnoza trudnoće • Gestacijska starost • Procjena faktora rizika 	Ispunjen list kliničke procjene Datum: ✓				
Savjetovanje	<ul style="list-style-type: none"> • Informacija • Individualni savjet 	Distribuirana «Brošura za ženu o reproduktivnom zdravlju» ✓				
Savjetovanje psihologa /socijalnog radnika	<ul style="list-style-type: none"> • Informacija • Upitnik • Savjetovanje 	Ocjena psihologa				
Kontakti sa pacijenticom	Telefonski kontakt sa pacijenticom	Obavljen nakon _____ dana ✓				
Informirani pristanak žene	Popunjen obrazac za informirani pristanak žene Datum: _____	✓				
Prekid trudnoće	Vrsta procedure (opis) _____ _____ _____	1. Hirurški 2. Medikamentozni (zaokružiti) Ispunjena Prijava prekida trudnoće Datum : _____				
Komentar:						

Datum: ____ / ____ / 06

Potpis ljekara _____

Metodološko uputstvo

Ljekar popunjava «Evidencioni list pregleda i savjetovanja pacijentice prije i poslije namjernog prekida trudnoće». Aktivnosti koje se evidentiraju prije prekida trudnoće su:

1. Klinička procjena – prilaže se ispunjen obrazac sa nalazom i evidentiranim faktorima rizika (Obrazac se prilaže u medicinsku dokumentaciju)
2. Savjetovanje zdravstvenih radnika (ljekar i medicinska sestra) – evidentira se individualni savjet i distribucija preventivno-promotivne brošure
3. Savjetovanje psihologa/socijalnog radnika
4. Telefonski kontakti sa pacijenticom
5. Informirani pristanak žene – obavezno je ispunjavanje obrasca i prilaganje u medicinsku dokumentaciju
6. Procedura prekida trudnoće – opis procedure (način i vrsta)
7. Prijava «Prekida trudnoće» kao obaveznog zdravstveno-statističkog obrasca
 - Individualno savjetovanje je savjetovanje koje zdravstveni radnici daju u toku prvog kliničkog pregleda
 - Preventivno-promotiva brošura se daje svakoj pacijentici nakon dijagnosticiranja trudnoće
 - Nakon procjene socijalno-medicinske dijagnoze, kao i emotivne spremnosti, pacijentica se trijažira prema psihologu i/ili socijalnom radniku

Prilog B

Informativni materijal za žene

XY Asocijacija za seksualno i reproduktivno
zdravlje Bosne i Hercegovine

Prilog C

Obrazac protokola za klinički pregled žene prije prekida trudnoće

Ime i prezime:			Starosna dob:		
Zadnja menstruacija	Menses:	obilan	Menstrualni ciklus	redovan 28-30	
Datum:		oskudan		neredovan:	
		srednje jačine			
Broj poroda:	Abortus:	spontani:		Vanmaterična trudnoća DA - NE	
		namjerni:			
		iz medicinskih razloga:			
Krvna grupa i RH faktor:			Rađen test na trudnoću DA - NE		
Papa-test:			Testirana na hepatitis B: DA - NE		
Testirana na HIV/AIDS: DA - NE			Testirana na hepatitis C: DA - NE		
Alergija na lijekove: DA - NE			Ako je odgovor DA, navesti lijekove:		
Da li redovno uzima neke lijekove i koje:					
Ranije koristila neke vste kontracepcije:	DA (navesti koje):				NE
Liječena od infekcija reproduktivnog trakta:	DA		NE		
Da li je primala neku vrstu anestezije:	DA (navesti koje):				NE
IZ STATUSA:					
RR:	Puls:		Krvna slika:		
BIMANUELNI GINEKOLOŠKI PREGLED					
Vagina:	uredna		Ostali znaci:		
	Prisutni znaci infekcije	gljivična			
		miješana			
		sumnja na STI			
UTERUS					
Položaj:	AVF	Veličina	normalna		
	RVF		lako uvećan		
	ispružen		veličine:		
Konzistencija:	smekšan	Pokretljivost:	slobodno pokretan		
	promjenjive		ograničeno pokretan		
	tvrd		fiksiran		
ADNEXA					
Lijeve:			Desne :		
ULTRAZVUČNI PREGLED:					
Datum popune obrasca:			Ime i prezime liječnika:		

Prilog D
OBRAZAC ZA INFORMIRANI PRISTANAK NA PREKID TRUDNOĆE

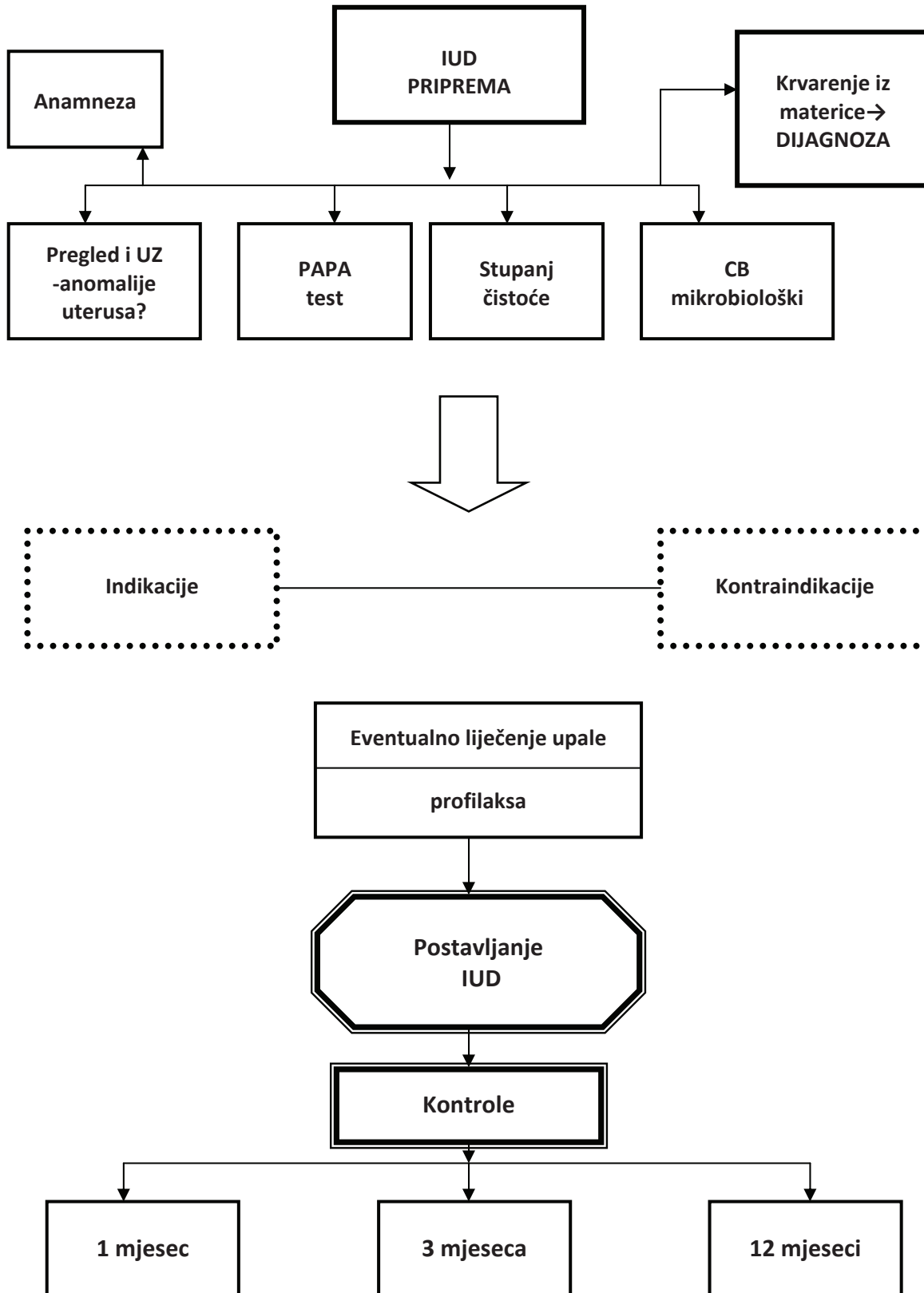
NAZIV USTANOVE, ADRESA, LOGO		
Potpisujući ovaj formular potvrđujem da sam dobila informacije o postupku pobačaja najmanje 24 sata prije procedure. Informacije koje sam dobila su bile sljedeće:		Molimo vas da svaku pročitano izjavu parafirate
Potvrđujem da sam trudna i da je moja posljednja menstruacija bila	navedite datum:	
Opisani su mi i objašnjeni postupak prekida trudnoće i rizici tog postupka.		
Potvrđujem da sam dala istinite i potpune informacije liječniku/liječnici.		
Potvrđujem da sam s liječnikom/liječnicom razgovarala i o drugim zdravstvenim i drugim pitanjima koja mogu biti od značaja za prekid trudnoće.		
Potvrđujem da sam informirana o svim drugim rizicima (ako ih ima), koji mogu utjecati na postupak i ishod pobačaja, a vezani su za moju osobnu historiju bolesti (prethodne bolesti i/ili sadašnju bolest).		
Bilo mi je omogućeno da postavljam pitanja i da na njih dobijem zadovoljavajuće odgovore.		
Data mi je uputa da u svakom trenutku prije izvođenja postupka pobačaja mogu povući svoj pristanak na njega.		
Potvrđujem da sam informirana o mogućnostima izbora postupka pobačaja i da mogu dobiti savjete stručne osobe ako to želim		
Potvrđujem da sam informacije dobila u ambijentu i u razgovoru tako da je bila zaštićena moja privatnost.		
Svjedočim da sam primila sve gore pobrojane informacije od nadležnog liječnika/liječnice:	(navedite datum i sate):	
Potpis pacijentice:		

Samo za osoblje	
Ime i prezime pacijentice:	
Šifra:	Datum prekida trudnoće:
Ime i prezime liječnika:	Potpis liječnika:

Prilog E

KONTRACEPCIJA

IUD PRIPREMA PACIJENTICA



I. OPĆA POPULACIJA ŽENA¹

Oralni kontraceptivi	- bez rizika u zdravih žena - terapijski učinak na dismenoreju i akne - preporuka: korištenje kondoma radi zaštite od STD
Kondom	- prednost: štiti od trudnoće i STD - nedostatak: stopa neuspješnosti visoka
Dijafragma, spermicidi	- nisu popularni u ovoj skupini
Cu IUD	- kontraindiciran
LNG - IUD (Mirena)	- odličan izbor za žene koje trebaju trajniju sigurnu kontracepciju - kod menoragija i kontraindikacija za OHK
Trajna hormonska kontracepcija	- dobar izbor za žene koje nemaju dobar „ <i>compliance</i> “ - nuspojave: neuredna krvarenja i akne - česti razlog za odustajanje
Hitna kontracepcija	- nužna edukacija žena o postojanju metode - ne može biti trajni izbor

STD - seksualno prenosive bolesti

OHK - oralna hormonska kontracepcija

Cu IUD - spirala koja sadrži bakar

LNG IUD - spirala koja sadrži levonorgestrel

II. ŽENE U PREMENOPAUZI

Kondom	- često izbor jer nema sistemske nuspojave
Cu IUD	- preporuka za žene iznad 35 godina koje puše ili kod kojih je OHK kontraindicirana
LNG - IUD (Mirena)	- to je i terapijski izbor kod neurednih krvarenja, mioma, adenomioze i menoragije - dodatkom estrogena prelaz na HNL
Oralna kontracepcija	- niskodozažni preparati su sugirni kod žena bez kontraindikacija sve do menopauze kada se nastavlja HNL - potrebna kontrola rizika - kontraindicirano za žene koje puše, nekontrolirane hipertenzije, te potreban oprez kod pretilih žena
Trajna hormonska kontracepcija	- odličan izbor
Dijafragma + spermicidi	- često izbor jer nema sistemske nuspojave
Hitna kontracepcija	- nužna edukacija žena o postojanju te metode

HNL - hormonsko nadomjesno liječenje

III. ŽENE SA ZDRAVSTVENIM PROBLEMIMA

Bolesti	Preporučeni oblik kontracepcije
<ul style="list-style-type: none">• Prirodene ili stečene srčane greške• Koagulopatije• Antifosfolipidni sindrom• Arterijska i venska tromboza u anamnezi	<ul style="list-style-type: none">- gestagenska OHK- depo MPA- IUD - LNG (Mirena)- potkožni implantati
Diabetes mellitus + pušači + vaskularne komplikacije	<ul style="list-style-type: none">- gestagenska kontracepcija (potkožni implantati, IUD - LN)- niskodozažna OHK
Dislipidemije	<ul style="list-style-type: none">- IUD - LNG(Mirena)- potkožni implantat (Norplant)- gestageni treće generacije
SLE (sistemski lupus eritematodes)	<ul style="list-style-type: none">- gestagenska kontracepcija- oprez IUD (kontraindiciran u bolesnica sa imunosupresivnom terapijom)
Epilepsija	<ul style="list-style-type: none">- depo MPA- IUD (LNG - Mirena, Cu)

¹ Tabele su preuzete s doradom iz: Velimir Šimunić i sur.“Kontracepcija i reproduktivno zdravlje, Hrvatski kongres o kontracepciji i reproduktivnom zdravlju (1; 2002. Brijuni)

Bilješke:

Izradu i štampu podržao:



United Nations Population Fund
Populacijski fond Ujedinjenih nacija

Ostale organizacije koje su pomogle u izradi vodilje:



Fondacija PH Suisse - Partnerstvo za zdravlje
Fondation PH Suisse - Partnerships in Health



Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u FBiH
Agency for Healthcare Quality and Accreditation of FB&H



Asocijacija za seksualno i reproduktivno
zdravlje Bosne i Hercegovine