



vodilja zasnovana na dokazima i dobroj praksi

Savjetovanje i procedure prije i nakon namjernog ranog prekida trudnoće

Savjetovanje i procedure prije i nakon namjernog ranog prekida trudnoće

**Vodilja zasnovana na dokazima i dobroj praksi
(skraćena verzija)**

2007.

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, predstavница 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, predstavница 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

*Toplo zahvaljujemo,
Dr Sari Twaddle direktorici SIGN-a i Carolini
Bearfield iz Royal College of Obstreticians 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 podrazumjeva adaptaciju i modifikaciju postojećih RCOG preporuka na naše uslove, 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.

SADRŽAJ

I DIO: Savjetovanje prije i nakon ranog prekida trudnoće

1 UVOD	11
2 RAZVOJ VODILJA ZA SAVJETOVANJE	14
2.1 Potreba za vodiljama	14
2.2 Korisnici vodilja	14
2.3 Svrha vodilja za savjetovanje	15
2.4 Ciljna populacija	16
2.5 Neovisnost razvoja	16
2.6 Metodologija razvoja	16
2.7 Pregled i ažuriranje	19
3 PREGLED PREPORUKA	20
4 OKVIR ZA SAVJETOVANJE	23
4.1 Definicije	23
4.2 Svrha savjetovanja	23
4.3 Savjetnici	24
4.4 Ambijent za savjetovanje i komunikacija sa ženom	25
4.5 Spremnost žene za savjetovanje	25
4.6 Prava žene tokom savjetovanja i procedure prekida trudnoće	26
4.7 Prava žene tokom kliničkih istraživanja	27
4.8 Uloga partnera	27
5 PROCEDURA SAVJETOVANJA	29
5.1 Pregled opcija savjetovanja	29
5.2 Početni kontakt	29
5.3 Zakazivanje posjete	30
5.4 Prvo savjetovanje radi odlučivanja	30
5.5 Trijaža	34
5.6 Klinički pregled	35
5.7 Informiranje i savjetovanje radi informiranog pristanka	35
5.8 Informiranje žene o rizicima i komplikacijama	36
5.9 Informirani pristanak	37
5.10 Papa test prije prekida trudnoće	38
5.11 Savjetovanje u vezi s planiranjem porodice prije prekida trudnoće	38
5.12 Savjetovanje u vezi s planiranjem porodice	40
5.13 Savjetovanje u vezi s apliciranjem spirale odmah nakon pobačaja	42

6 KRITERIJI ZA KLINIČKU REVIZIJU I AKREDITACIJU	43
6.1 Organizacija usluga	43
6.2 Informacije za žene	43
6.3 Menadžment prije prekida trudnoće	43
6.4 Procedura prekida trudnoće	44
6.5 Njega nakon prekida trudnoće	44
6.6 Primjeri	44

II DIO: Procedure prije i nakon ranog prekida trudnoće

1 ORGANIZACIJA USLUGA	49
1.1 Pristup uslugama i sistem upućivanja	49
1.2 Preporuke za organizaciju usluga	49
1.3 Preporuke za osiguranje prostora i ambijenta radi pobačaja	50
2 PROCEDURE PRIJE POBAČAJA	52
2.1 Odluka žene o pobačaju	52
2.2 Informiranje žene o rizicima i komplikacijama	53
2.3 Informirani pristanak	54
2.4 Klinički pregled	55
2.5 Preporuke za klinički pregled	65
3 PROCEDURE POBAČAJA	56
3.1 Preporuke za hirurški pobačaj	56
3.2 Preporuke za medikamentozni pobačaj	57
4 PROCEDURE NAKON POBAČAJA	60
4.1 Apliciranje intrauterinog uložka (IUU) - "spirale"	60
4.2 Papa test i IUU	60
5. DOKAZI KOJI PODRŽAVAJU PREPORUKE	61
5.1 Dokazi koji podržavaju preporuke za hirurški pobačaj	61
5.2 Dokazi koja podržavaju preporuke za medikamentozni pobačaj	64
5.3 Dokazi koji podržavaju preporuku da je insercija IUU odmah nakon prekida trudnoće praktična i sigurna metoda kontracepcije.	68
5.4 Dokazi koji podržavaju preporuke za papa test prije ugradnje IUD	70
6 KRITERIJI ZA KLINIČKU REVIZIJU I AKREDITACIJU	71
6.1 Organizacija usluga	71
6.2 Informacije za žene	71
6.3 Menadžment prije prekida trudnoće	71
6.4 Procedura prekida trudnoće	72
6.5 Njega nakon prekida trudnoće	72
PRILOZI	73

Savjetovanje prije i nakon namjernog ranog prekida trudnoće

Vodilja zasnovana na dokazima i dobroj praksi

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.

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.

Tamo gdje su efektivne kontraceptivne metode dostupne i široko korištene, ukupan broj pobačaja se veoma smanjio, 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.

Sve ovo ukazuje na značaj problema i neophodnost integriranja zdravstvene zaštite žena u procesu 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, 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.

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.

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, 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* s 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. Menažment 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.

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 Neovisnost razvoja

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

2.6 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 izvjava 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

2.7 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 nacrta Vodilje.

3 PREGLED PREPORUKA

Preporuka 1

B

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

D

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 neophodno 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.

B

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

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

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.

Prema HFEA Kodeksu prakse, 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 nenadziranog.

D 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. Osim toga, kliničkim psiholozima i socijalnim radnicima, koji su također prošli odgovarajuću obuku, treba dati veću ulogu u vezi sa savjetovanjem o prekidu trudnoće.

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.

D

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. 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.

Preporuka 7

D

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:

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 prijemljivo 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 konzultacija mora se dokumentirati (snimanjem ili zapisivanjem kratkog sadržaja razgovora i vremena poziva). 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.

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 .

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 žaliti. 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).

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.

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. U rjeđim slučajevima, 3 – 5 sedmica nakon započinjanja medikamentoznog pobačaja (mifepristone / misoprostol) krvarenje može biti tako obilno da zahtijeva

hiruršku intervenciju. Dobra priprema žene smanjit će vjerovatnoću pojave anksioznosti zbog krvarenja.

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.

INDIKACIJE ZA TELEFONSKI POZIV

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 dà 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.

B

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 B**.

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.**

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 A**)
6. informirani pristanak na kliničko istraživanje ako se ono trenutno izvodi i ako žena na to pristaje.

Vidjeti vodilju za procedure prekida trudnoće **II dio**.

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.

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 II dio*.

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.

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.

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 ekspanzije i perforacije uterusa
4. rizik ektopične trudnoće

Preporuka 14

A 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 specifičnije o metodi kontracepcije, ali njoj mora prepustiti konačnu odluku.

6 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. 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.

6.1 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.

6.2 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.

6.3 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.

6.4 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.

6.5 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

6.6 Primjeri

Klinička revizija provedena u Engleskoj i Walesu 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 alternativne 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. 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	Ljekar	Kontrolna posjeta	Pregled (anamneza, status)	Ispunjen list procjene u istoriji pacijentice	List kliničke procjene i procjene rizika poslije prekida trudnoće
2	Ljekar i sestra	Unutar 7 dana	Savjet Informacija 24-satna telefonska linija	Evidentirani broj poziva	Distribuirana «Brošura za ženu nakon prekida trudnoće»
3	Sestra (akušerka)	Kontrolna posjeta (7 i 14 dana)	Distribucija pisanog materijala	Evidencija distribucije letka/brošure	
4	Psiholog i/ili socijalni radnik	Zakazana posjeta	Intervju i/ili upitnik	Objektivna bodovna skala Savjetovanje	Upitnik emotivnog doživljaja Mapa emocija

Procedure prije i nakon namjernog ranog prekida trudnoće

Vodilja zasnovana na dokazima i dobroj praksi

1 ORGANIZACIJA USLUGA

1.1 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.

1.2 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.

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

D

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 odgovoda.

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

D 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 evaluaciju 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.

1.3 Preporuke za osiguranje prostora i ambijenta radi pobačaja

Preporuka 12

D *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.

2 PROCEDURE PRIJE POBAČAJA

2.1 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 nabrojениh faktora rizika ili opravdana sumnja liječnika u iskrenost ženinih odgovora, odnosno ocjena da žena ne može adekvatno procijeniti vlastito psihičko stanje.

2.2 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.

PROJCENA 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 vakuum-sonda 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.

2.3 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 A)**. 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.

2.4 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 B.

2.5 Preporuke za klinički pregled

Preporuka 20

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

B

Preporuka 21

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

D

Preporuka 22

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

B

Preporuka 23

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

A

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.

C

3. PROCEDURE POBAČAJA

3.1 Preporuke za hirurški pobačaj

C **Preporuka 24**
Osigurati ugodan ambijent, što podrazumijeva ljubaznost i diskreciju.

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 horiogonadotropina (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.

C **Preporuka 30**
Ipak, ako se odluči za opću anesteziju ili iv. kratkotrajnu anesteziju, obavezna je prisutnost anesteziologa.

Preporuka 31

I električna i manualna 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.

Preporuka 35

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

D

Preporuka 36

Prije intervencije obavezno je izvršiti toaletu vagine.

3.2 Preporuke za medikamentozni pobačaj

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.

B

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.

A

Preporuka 39

B

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.

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.

A

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 pobačavanja (90% žena izbaci plod u roku od 4 do 6 sati). Ovo posebno važi za žene koje stanuju daleko od medicinske ustanove.

Preporuka 43

D

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.

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.

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.

C

4 PROCEDURE NAKON POBAČAJA

KONTRACEPCIJA NAKON POBAČAJA

4.1 Postavljanje intrauterinog uložka (IUU) - “spirale” odmah nakon pobačaja

Preporuka 51

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

4.2 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.

D

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.

5 DOKAZI KOJI PODRŽAVAJU PREPORUKE

5.1 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. 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.

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%.

Asocijacija za planiranje porodice SAD također je provela studiju slučajeva u 1.132 hirurška pobačaja do šest sedmica gestacije u tri druge klinike. 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) oštre kiretaže, te je predložena rutinska upotreba intraoperativnog ultrazvuka kao monitoring sredstvo za premoščavanje potrebe za oštrom kiretažom. Prema iskustvu ljekara nijedna procedura nije neophodna kao rutina.

IIb

IV

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

11b

U kliničkoj studiji provedenoj u Indiji ispitivan je izbor žena između opće i lokalne anestezije kod ranog hirurškog pobačaja. 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.

11b

Paracervikalni blok je prihvaćen kao standardna lokalna anestezija za prvi trimestar 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. 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 blok sa lidokainom i vodom datim u dvije tačke. 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 slijepe 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. 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. Nije bilo signifikantnih 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* 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.

U placebo kontroliranoj, randomiziranoj kliničkoj studiji evalvirana je efikasnost intravenoznog fentanila u reduciranju boli kod ranog hirurškog pobačaja uz paracervikalni blok. 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). U drugoj placebo kontroliranoj randomiziranoj kliničkoj studiji evalvirani su intravenozni midazolan i fentanil u slučaju kratkotrajne iv. sedacije skupa za paracervikalnim blokom za ranu vakuum-aspiraciju. 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.

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

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

Preporuka je da mizoprostol od 400 mikrograma primijenjen vaginalno 3 sata prije pobačaja predstavlja najefikasniji i najisplattiji režim. 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.

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).

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.

Oppegaard KS. u svojoj randomiziranoj, kontroliranoj studiji iz 2006. godine upoređuje oralni u odnosu na samoprimitiven 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.

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.

5.2 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. Među tim kombinacijama prednjače zajedno mifepriston i misoprostol. Mifepriston je po svom sastavu antiprogesteron RU 486. Ovaj preparat je siguran i efikasan već pri dozi od 200 mg.

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.

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

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% ($p < 0.05$).

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.

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).

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.

Ova multicentrična klinička studija, u koju su bile uključene žene sa gestacijom do 56 dana, koristila je gemeprost kao prostaglandin. 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.

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. 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. 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 potpunog 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. Mizoprostol je učinkovitiji ako se upotrijebi vaginalno nego oralno.

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.

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

Preporuka 39 je bazirana na sistematskom pregledu kohortnih studija kombinacije mifepristona i prostaglandina za rani medikamentozni pobačaj, u kojima se zaključuje da stope potpunog pobačaja padaju sa povećavanjem

gestacijske starosti trudnoće. 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.

U druga dva pregleda literature također su upoređivane opcije za rani pobačaj. Cochrane pregled literature obuhvaća samo pet kliničkih studija, od kojih neke uključuju medikamentozni režim s jednim preparatom. Istraživači zaključuju da je potrebno više studija kako bi se adresirale efikasnost i želje samih žena. U komparativnom pregledu literature, Bygdeman i Danielsson zaključuju: „Obje 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“.

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. 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% $p < 0.05$). 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.

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 dijagnostificirane i/ili tretirane infekcije nakon medikamentoznog pobačaja je veoma niska (0,92%; N= 46.421).

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

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.

Iako se medikamentozni pobačaj provodi još od 60-tih godina, a s upotrebom 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.

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

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.

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.

Sama 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.

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.

Nema dovoljno dokaza za prednost momentane naspram odgođene insercije. WHOMEC, 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.

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.

Nerandomizirane komparativne studije daju daljnje dokaze koji podržavaju sigurnost, efikasnost i prihvatljivost momentane postabortusne intrauterine kontracepcije.

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.

5.4 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%).

6 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.

6.1 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.

6.2 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.

6.3 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.

6.4 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

6.5 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.

Prilozi

Prilog A

Obrazac za informirani pristanak na prekid trudnoće

NAZIV USTANOVE, ADRESA, LOGO		Molimo vas da svaku pročitanu izjavu parafirate
Potpisujući ovaj formular potvrđujem da sam dobila informacije o postupku pobačaja najmanje 24 sata prije procedure. Informacije koje sam dobila su bile sljedeće:		
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 B

Obrazac protokola za klinički pregled žene prije prekida trudnoće

Ime i prezime:		Starosna dob:	
Zadnja menstruacija	Menses:	obilan	redovan 28-30
		oskudan	
Datum:		srednje jačine	neredovan:
Broj poroda:	spontani:	Vanmaterična trudnoća	
	Abortus:	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	DA - NE
Alergija na lijekove:		DA - NE	DA - NE
Da li redovno uzima neke lijekove i koje:			
Ranije koristila neke vrste 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:		Puls:		Krvna slika:	
RR:					
BIMANUELNI GINEKOLOŠKI PREGLED					
Vagina:		uredna		Ostali znaci:	
		Prisutni znaci infekcije			
		gljivična miješana sumnja na STI			
UTERUS					
Položaj:		AVF		Veličina	
		RVF			
Konzistencija:		ispružen smekšan promjenjive		Pokretljivost:	
		tvrd			
ADNEXA					
Lijeva:				Desna :	
ULTRAZVUČNI PREGLED:					
Datum popune obrasca:				Ime i prezime liječnika:	

Lektor:
Janja Vanovac

Dizajn:
Ljubomir Kravec, AKAZ

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

Štamparija: Grafika Šaran Sarajevo

Tiraž: 460 primjeraka

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 : (skraćena
verzija) / [autori Zoran Riđanović ... [et al.] . -
Sarajevo : UNFPA - Populacijski fond Ujedinjenih
nacija, Ured u BiH, 2007. - 78 str. : graf.
prikazi ; 15 cm

1. Riđanović, Zoran
COBISS.BH - ID 15664902

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