

# MEDIKAMENTOZNI PREKIDI TRUDNOĆA U OPĆOJ BOLNICI PULA OD 2016.-2021. GOD.

---

**Tadić Dušić, Nikolina**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2021**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **University of Rijeka, Faculty of Health Studies / Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:609012>

*Rights / Prava:* [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-08-01**

*Repository / Repozitorij:*

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Health Studies - FHSRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI  
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA  
DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SMJER: primaljstvo

Nikolina Tadić Dušić

MEDIKAMENTOZNI PREKID TRUDNOĆE U  
OPĆOJ BOLNICI PULA OD 2016. GODINE DO  
2020. GODINE

Diplomski rad

Rijeka, 2021.

UNIVERSITY OF RIJEKA  
FACULTY OF HEALTH STUDIES  
GRADUATE UNIVERSITY STUDY  
DIRECTION: midwifery

Nikolina Tadić Dušić

MEDICAL TERMINATION OF PREGNANCY IN PULA GENERAL  
HOSPITAL FROM 2016 TO 2020

Final thesis  
Rijeka, 2021

Mentor rada: prof.dr. sc. Herman Haller

Istraživački rad obranjen je dana: 30.09.2021. godine na Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci pred povjerenstvom u sastavu:

1. prof. dr. sc. Daniela Malnar, dr. med.
2. doc. dr. sc. Sandra Bošković, prof. reh., bacc. med. sestr.
3. prof.dr. sc. Herman Haller

TURNITIN IZVJEŠĆE

## Sadržaj

1. Uvod .....	1
1.1. Pobačaj .....	2
1.2. Spontani pobačaj.....	2
1.3. Namjerni prekid trudnoće .....	3
1.4. Način prekida trudnoće .....	4
1.4.1. Medikamentozni prekid trudnoće.....	4
1.4.2. Nedostaci medikamentoznog prekida trudnoće.....	5
1.4.3. Komplikacije i posljedice namjernog prekida trudnoće.....	6
1.5. Iskustvo žena nakon gubitka željene trudnoće .....	7
1.6. Troškovi medikamentoznog pobačaja.....	10
1.7. Zakon o pravu na slobodno odlučivanje o rađanju djece .....	10
1.8. Statistika pobačaja u Hrvatskoj 2016. godine do 2019. godine .....	11
1.9. Kontracepcija .....	12
1.10. Razvoj medikamentozne tablete u svijetu .....	13
1.10.1. Mifepriston (generičko ime Mifegyne) .....	14
1.10.2. Mizoprostol (generičko ime Misopregmol).....	14
1.11. Savjetovanje o prekidu trudnoće- namjernom ili spontanom .....	15
1.12. Početak medikamentoznog prekida trudnoće u Općoj Bolnici Pula .....	16
2. CILJA RADA .....	18
3. MATERIJAL I METODE.....	18
4. REZULTATI.....	20
Rasprava .....	28
Zaključak.....	30
Literatura.....	31

## **Sažetak**

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

Danas na raspolaganju stoji mnoštvo oblika zaštite od neželjenih trudnoća, a rasprava o pobačaju ne jenjava, te je nemoguće ne zapitati se što je razlog tome. Crkva se oštro protivi pobačaju kao činu zločina protiv života. S druge strane nameću se pitanja ljudskih prava, odnosno pravo žene da odluči što želi učiniti sa svojim tijelom i što je najbolje za nju i njenu budućnost.

Medikamentozni pobačaj se definira kao prekid trudnoće pomoću lijekova. Mifepriston zajedno sa Mizoprostolom najčešći je oblik medikamentoznog prekida trudnoće.

Cilj ovog diplomskog rada je prikazati primjenu i učinkovitost medikamentoznog prekida trudnoće u Općoj bolnici Pula od veljače 2016. godine do 2020. godine. Medikamentozni pobačaj predstavlja siguran i učinkovit način prekida trudnoće.

**Ključne riječi:** pobačaj, medikamentozni prekid trudnoće, mizoprostol, mifepriston

## **ABSTRACT**

Data from the World Health Organization show that of the 210 million pregnancies that occur each year, about 22% end in an induced abortion and, globally, the vast majority of women are likely to have at least one miscarriage by the age of 45.

There are many forms of protection available against unwanted pregnancies today, and the debate over abortion is not waning, so it is impossible not to wonder what the reason behind it is. The Church strongly opposes abortion as it sees it as an act of crime against life. On the other hand, human rights issues arise, i.e. the right of a woman to decide what she wants to do with her body and what is best for her and her future.

Medical abortion is defined as the termination of a pregnancy using medication. Mifepristone together with Mizoprostol is the most common form of the medical termination of pregnancy. The aim of this thesis is to present the application and effectiveness of medical termination of pregnancy in the General Hospital Pula from February 2016 to 2020. Medical abortion is a safe and effective way to terminate a pregnancy.

**Keywords:** abortion, medical termination of pregnancy, Mizoprostol, Mifepristone



## 1. Uvod

Pobačaj je pitanje života i smrti. Upravo zato tema je mnogih razgovora, diskusija, istraživanja, knjiga, novinskih članaka pa čak i političkih propagandi, što nije iznenađujuće. Pitanje je to na koje svi žele pokušati dati odgovor, no bezuspješno, jer, čini se da je točnih odgovora više. Iz tih razloga formiraju se skupine za život i skupine za izbor. Važno je naglasiti da svaka od te dvije skupine nudi čvrste argumente za svoj stav te uistinu može biti teško opredijeliti se za jednu.

Iako nije nužno da se moramo opredijeliti "za život" ili "za izbor" u većini slučajeva već imamo neki formirani stav o pobačaju. Na to uvelike utječe naš odgoj, obrazovanje, okolina kao i društvo ali i religijska uvjerenja. Crkva se oštro protivi pobačaju kao činu zločina protiv života. S druge strane, opet, nameću se ljudska prava, odnosno pravo žene da odluči što želi učiniti sa svojim tijelom i što je najbolje za nju i njenu budućnost. Danas na raspolaganju stoji mnoštvo oblika zaštite od neželjenih trudnoća, a rasprava o pobačaju ne jenjava te je nemoguće ne zapitati se što je razlog tome.

Abortus ili pobačaj je prekid trudnoće prije no što embrij ili fetus mogu samostalno živjeti izvan maternice, obično prije 20. tjedna trudnoće ili ukoliko je težina fetusa manja od 500 grama (1). U Republici Hrvatskoj svaka trudnoća prije navršenih 22 tjedna odnosno težina ploda manja od 500 g definira se kao pobačaj.

Pobačaji se dijele na spontane i namjerne. Namjerni pobačaj, abortus artificialis, namjerni prekid trudnoće u europskim državama regulirani su zakonskim propisima.

Podaci Svjetske zdravstvene organizacije pokazuju da od 210 milijuna trudnoća koje se dogode svake godine, oko 22% završi namjernim prekidom i pretpostavlja se da veći broj žena ima bar jedan pobačaj do 45. godine života (2).

Pobačaj u Hrvatskoj propisima je reguliran od 1952. godine i podložan je različitim ograničenjima. Proviđa se prema sadašnjem Zakonu koji je na snazi još od 1978. godine i nije se mijenjao. Sukladno članku 15. Zakona o prekidu trudnoće: „Prekid trudnoće se može izvršiti do isteka deset tjedana od dana začeća što podrazumijeva 12 tjedana gestacije računato od prvog dana zadnje menstruacije. Nakon isteka deset tjedana od dana začeća, prekid trudnoće može se izvršiti samo po odobrenju komisije, a pod uvjetima i po postupku utvrđenom ovim zakonom.”

## 1.1. Pobačaj

Većina trudnoća završava porođajem, a neke trudnoće završavaju spontanim pobačajem ili namjernim pobačajem na zahtjev žene, zbog zdravstvenih, socijalnih ili psiholoških razloga (3).

Rezultati pokazuju da 20% svih trudnoća završi spontanim pobačajem, pri čemu se 80% njih javlja u prvih 12. tjedana ili u prvom tromjesečju trudnoće. Razlozi za spontani pobačaj mogu biti mnogobrojni, međutim uzrok većini spontanih pobačaja predstavljaju kariotipske nepravilnosti, a povećava se s dobi žene (4).

Namjerni prekid trudnoće, sukladno statističkim izvješćima, ima različitu pojavnost u različitim državama.

Trudnoća se može prekinuti kirurški, lijekovima ili u kombinaciji. Izbor metode ovisi uglavnom o gestacijskoj dobi fetusa i želje žene. Primjena lijekova Mifepristona i Mizoprostola (5) predstavlja sigurnu i učinkovitu metodu prekida trudnoće.

## 1.2. Spontani pobačaj

Spontani pobačaj najčešća je komplikacija u trudnoći. Pritom trudnoća završava prije nego što je fetus sposoban za život. Rizik od pobačaja smanjuje se s trajanjem trudnoće, pri čemu je šansa 4,2% na kraju sedmog tjedna i 0,5% na kraju devetog tjedna (4). Spontani pobačaj neočekivan je, traumatičan događaj koji može rezultirati iznenadnom intenzivnom boli, krvarenjem, hospitalizacijom i čestim kirurškim liječenjem (6).

Definira se kao neželjeni prekid trudnoće, s rezultatom fetalne smrti prije dvadesetog tjedna trudnoće, odnosno 22. tjedna u Republici Hrvatskoj.

Što su žene starije, tj. proporcionalno rastu broja godina, rastu i šanse za pobačaj, pa tako žene u dobi od 25 do 29 godina imaju 27% vjerojatnosti pobacivanja, a žene starije od 45 godina čak 75% (7).

### 1.3. Namjerni prekid trudnoće

Namjerni prekid trudnoće je medicinski postupak (8) kojim se prekida trudnoća prije no što plod može samostalno preživjeti izvan maternice. Za razliku od spontanog prekida trudnoće, kada se trudnoća ne prekida na zahtjev majke već iz drugih razloga koji su različiti i nepredvidivi, namjerni prekid trudnoće znači namjernu intervenciju s ciljem prekida trudnoće (9).

Namjerni pobačaj medicinski je postupak koji se izvodi na zahtjev i uz dopuštenje trudnice. Trudnoća se može prekinuti kirurškim zahvatom, uzimanjem lijekova ili kombinacijom oboje, posebno u situacijama kada sami lijekovi ne uspiju u djelovanju. (10, 7).

U svijetu se tretiranje namjernog pobačaja razlikuje od toga da je pravno strogo zabranjen do toga da je moguć na zahtjev, a u nekim je zemljama čak jedan od najčešćih kirurških zahvata.

U Švedskoj i Sjedinjenim Državama medicinske sestre specijalizirane su za rad s namjernim prekidom trudnoće i izvode ga uz pomoć lijekova, kod kuće, što je više prilagođeno samim ženama. U Keniji pak, imaju dvostruke standarde, koji znači da žene koje si financijski ne mogu priuštiti namjerni prekid trudnoće dobiju skrb bez stručno usavršene osobe (11).

Namjerni prekid trudnoće je za mnoge etički kontroverzna odluka, npr. u smislu različitih kulturnih i vjerskih uvjerenja. To je područje u kojem zdravstveni djelatnici mogu ostvariti svoje pravo na prigovor savjesti zbog svojih filozofskih, vjerskih ili drugih moralnih uvjerenja, ali isti se ipak moraju ponašati profesionalno i odgovorno, te pružiti najbolju moguću skrb dok se ne pronađe bolje moguće rješenje (4). Zagovornici života kažu da je fetus ljudsko biće, nerođeno dijete od trenutka začeća te tako ima pravo na život i rođenje. Zagovornici slobodnog izbora, razmatrajući granicu kada počinje ljudski život i pokušavajući dokazati da fetus nije ljudsko biće od začeća, kažu da žena ima pravo na pobačaj, a fetus nema moralnih prava rođenja, vodeći se pravom žene da odlučuje o svome tijelu, svom zdravlju i svom životu.

## 1.4. Način prekida trudnoće

Način na koji se može prekinut trudnoća ovisi o gestacijskoj dobi. Ginekolog mora točno upoznati žene sa svim metodama pobačaja i savjetovati ih o najprikladnijoj metodi. Ako su žene zdrave, mogu same odlučiti koja im metoda najbolje odgovara (10,7).

Danas na raspolaganju postoje dvije osnovne metode namjernog prekida trudnoće, kirurški (dilatacija i kiretaža) i medikamentozni prekid trudnoće.

### 1.4.1. Medikamentozni prekid trudnoće

Medikamentozni prekid trudnoće je prekid lijekom koji širi vrat maternice, uzrokujući kontrakciju maternice kako bi se fetus mogao izbaciti. Ova metoda je vrlo sigurna i učinkovita i može se provoditi u svim tjednima trudnoće. Također je siguran i uspješan u drugom tromjesečju. Kod medikamentoznog prekida trudnoće lijek koji je korišten je tableta antiprogesteron Mifepriston i prostaglandin Mizoprostol (10, 7).

Mifepriston se koristi u trideset i jednoj zemlji. Djeluje tako što blokira djelovanje endogenog progesterona vežući se za njegove receptore bez njihove aktivacije. Budući da je trudnoći potreban progesteron za razvoj trudnoće, to rezultira njegovim nedostatkom, čime se sprječava daljnji razvoj fetusa. Osim toga, Mizoprostol, koji je registriran u svijetu za prevenciju vrieda na dvanaesniku, ubrzava kontrakcije maternice te djeluje tako da dovodi do sazrijevanja i otvaranja vrata maternice. Mizoprostol je teratogen. Sami Mifepriston i Mizoprostol ne uzrokuju prekid trudnoće u više od 60% slučajeva. Međutim, zajedno su učinkoviti u oko 96% slučajeva. Količina lijekova ovisi o trajanju trudnoće. Nakon primjene lijekova, 70% žena pobaci u roku od četiri sata, dok preostale pobace unutar jednog dana (10, 13, 14).

Prema iskustvu žena, prednost medikamentoznog prekida trudnoće je ta da nije invazivan, stoga je i manji strah da neće moći ponovo zanijeti. Ovaj način prekida trudnoće sličan je spontanom pobačaju, nije potrebna anestezija, praćen je s manje komplikacija nego kiretaže, diskretna je izvedba i žene mogu vrlo brzo ponovno planirati trudnoću i to nakon druge menstruacije, dok je kod kiretaže preporuka sačekati šest mjeseci (13, 14).

#### 1.4.2. Nedostaci medikamentoznog prekida trudnoće

Nedostaci medikamentoznog prekida trudnoće koje žene moraju znati su da se ne mogu predomisлити nako što su popile Mifepristone. U tom slučaju prekid se mora dovršiti, jer nastavak trudnoće nije preporučljiv radi moguće anomalije ploda. Također su prisutni bolovi koji duže traju dok kod kiretaže takvih bolova nema, radi anestezije. Medikamentozni prekid trudnoće uspješan je u 96% slučajeva, u usporedbi sa kiretažom gdje je uspješnost 100%.

Medikamentozni prekid trudnoće se ne izvodi ako postoji mogućnost alergija na Miferpriston, ako osoba boluje od astme, kronične anemije, bubrežnog zatajenja, ako koristi kortikosteroidnu terapiju ili ima ektopičnu trudnoću. Najčešće nuspojave miferpristona su: slabost, povraćanje, dijareja, glavobolja, tresavica, vrtoglavica i bolovi.

Medikamentozni prekid trudnoće je uspješan kad ne zahtjeva dodatne kirurške intervencije (13, 14).

Gatter in Chen (16) u svojem istraživanju došli su do zaključka da je medikamentozni način prekida trudnoće, isto kao i kiretaža, siguran do 63. dana gestacije. Crandell (15) u svojem istraživanju zaključio je da su kod žena u slučaju kiretaže više prisutna depresivna stanja. Za bolje psihološko stanje žene veliku važnost, uz starost, njeno socijalno i financijsko stanje, te podršku obitelji, partnera i prijatelja, ima i mogućnost odabira o načinu prekida trudnoće. Kod medikamentoznog prekida trudnoće veliku ulogu u skrbi žene imaju primalje/ medicinske sestre, radi prisutnih bolova, slabosti, obilnijeg krvarenja, praćenja općeg stanja... (13, 16).

### 1.4.3. Komplikacije i posljedice namjernog prekida trudnoće

Nastanak komplikacija nakon induciranog pobačaja ovisi o tjednu trudnoće u kojem se pobačaj izveo te njegovu načinu izvođenja. Manji rizik za razvoj komplikacija imaju pobačaji koji se obave u ranijoj trudnoći.

Fizičke komplikacije pobačaja su ozljeda instrumentom s kojim se izvodi pobačaj. Jako krvarenje može nastati usljed traume ili atonije uterusa (10). Atonija uterusa nastaje kao posljedica oslabljene ili neadekvatne kontraktilnosti maternice. Kasnije komplikacije su krvarenje i infekcija koji se obično pojavljuju istodobno zbog djelova placente koji su zadržani i zbog tromboflebitisa. Očekivana je blaga upala, ukoliko dođe do teže infekcije postoji mogućnost pojave peritonitisa ili sepse (10).

Uzrok steriliteta mogu biti priraslice u endometralnoj šupljini ili fibroza jajovoda zbog infekcije. Priraslice u maternici nastaju nakon kiretaže uzrokovane stvaranjem ožiljkastog tkiva.

Ponekad se žene loše osjećaju i zbog neadekvatnih uvjeta u medicinskim ustanovama te usljed nedovoljne pažnje medicinskog osoblja. Najčešće pritužbe koje su žene dale za vrijeme prekida trudnoće su nedostatak privatnosti, ulazak osoblja tijekom pregleda, otvaranje i zatvaranje vrata i nedostatak opreme. Neke žene pažljivo gledaju gdje liječnik odlaže plod. U nekim zemljama žene zahtijevaju da se njihov fetus odnese kući, jer također ne postoji zakon koji im to zabranjuje (17).

Psihičke posljedice nakon pobačaja najčešće se razvijaju kod žena koje su prije imale psihičkih problema prije trudnoće, kod maloljetnica, žena koje su trudnoću morale prekinuti iz zdravstvenih razloga ili žena koje nisu bile sigurne u svezi s prekidom trudnoće (10). Također, posljedice se očituju kod žena koje su pobačaj imale u kasnijoj trudnoći i onih koje su ga napravile nezakonitim putem. Od psihičkih posljedica razvija se postraumatski stres sindrom, u tom slučaju žene učestalo proživljavaju neugodno iskustvo pobačaja, postoji seksualna disfunkcija zbog straha od ponovne neželjene trudnoće, prisutna su i suicidalna razmišljanja potaknuta osjećajem krivnje, te povećana konzumacija alkohola, duhana, ovisnosti o drogama i različiti poremećaji prehrane. Karakteristične posljedice spontanog i inducirano pobačaja su zapuštanje djece, problemi u vezi i rastava braka (10).

Iako mnogobrojna istraživanja nisu otkrila direktnu povezanost između prekida trudnoće i psihičkog zdravlja, nešto tako važno poput pitanja iznašanja trudnoće i rađanja djeteta zasigurno nosi sa sobom zabrinjavajuće posljedice, osobito za trudnice koje se tada nalaze u veoma osjetljivoj razdoblju svojeg života. U posljednjem se desetljeću nerijetko upotrebljava naziv "post-pobačajni sindrom", a njime se liječnici služe kako bi opisali mentalno zdravlje žene koja proživljava mnoge tjelesne i duševne simptome kao posljedice pobačaja. U razvijenim zemljama postoje i specijalni centri u kojima žene mogu dobiti potrebnu pomoć i podršku za oporavak od istog. Kod nas u RH postoji platforma za reproduktivnu pravdu koja je s radom je krenula u ožujku 2017. godine na inicijativu Feminističkog kolektiva fAKTIV i Udruge za ljudska prava i građansku participaciju PaRiter. Na istoj platformi žene mogu dobiti potrebne odgovore i upute gdje se mogu obratiti.

Teško je donijeti odluku o prekidu trudnoće, neovisno o dobi žene, to za sobom ostavlja teške psiho-fizičke posljedice. Mnoge žene osjećaju strah, preispituju svoju odluku, boje se osude društva, boje se za svoju budućnost. Neka istraživanja pokazuju da veliki broj žena pati i od PTSP-a, a česti su i slučajevi teške depresije pa čak i suicida neposredno nakon izvršenja pobačaja.

Postoje slučajevi u kojima su žene žrtve nasilja od strane supružnika, partnera, roditelja i okoline, te su prisiljene prekinuti trudnoću. To sam čin čini još traumatičnijim iskustvom. Takve se žene često osjećaju napušteno, izolirano od društva, bez potpore obitelji i prijatelja (18).

### 1.5. Iskustvo žena nakon gubitka željene trudnoće

Ubrzo nakon namjernog prekida trudnoće, kada žene krvare, osjećaju strah, bespomoćnost i osjećaj da nemaju kontrolu nad svojim tijelom. Česti su osjećaji krivnje, tjeskobe, posttraumatskog stresnog poremećaja i tuge. Tugovanje zbog gubitka fetusa ravno je žalovanju zbog gubitka voljene osobe. Razlika je u tome što nakon gubitka fetusa žene ne oplakuju sjećanja, već budućnost koju su mogle imati (7). Većina žena razgovorom pokušava objasniti razlog za prekid trudnoće jer traže odobrenje i podršku medicinskog osoblja. Smatraju da bi se trebale sramiti jer je pobačaj još uvijek stigma u našem društvu (12). Žene svoj gubitak trudnoće drže u tajnosti od svoje okoline, pa zbog toga ne dobivaju dovoljno pomoći i suosjećanja jer se niti ne zna da su bile trudne (7).

Velikonja Globevnik (20) kaže da se polovica žena s ovim tipom gubitka nosi na način da se zatrpava poslom, a druga polovica ponovno zatrudni. U jednoj studiji, Sejourne (6) je otkrio da 40% žena pati od povećane tuge, 20% do 40% pati od anksioznosti, a 20% do 25% žena pati od depresije. Dva tjedna nakon prekida trudnoće, žene su pokazale simptome depresije, tri puta veće od trudnica i četiri puta češće od normalnih žena. Kaže i da žene ne dobivaju dovoljnu podršku zdravstvenih djelatnika te da ih s vremenom sustiže tuga i žaljenje.

Najčešće pitanje koje žene postavljaju nakon prekida trudnoće je: koliko dugo čekati prije no što pokuša ponovno zatrudnjeti? Važno je da žena fizički i psihički ojača prije toga, a dokazano je da je najbolje što je prije moguće ponovno zatrudnjeti (3, 6).

El Behery i suradnici (21) dokazuju da su žene koje su zatrudnjele u roku od šest mjeseci od prvog spontanog pobačaja ili namjernog prekida trudnoće imale bolje ishode i manje komplikacija u sljedećoj trudnoći. To je potkrijepljeno teorijom da trudnoća povećava funkcionalni kapacitet reproduktivnog sustava, što znači da tijelo ostaje u simptomima trudnoće neko vrijeme, pa ponovna trudnoća nije toliko promjena kao trudnoća nakon šest mjeseci, kada ti simptomi na kraju oslabe. Studija je provedena na 4.019 žena s pobačajem u prvoj trudnoći. Pokazalo se da je njih 2.422 zatrudnjelo u roku od šest mjeseci, a 2.197 u roku od dvanaest mjeseci nakon prekida trudnoće (21). Rezultat je bio da je kod žena koje su zatrudnjele u roku od šest mjeseci bila manja vjerojatnost ponovnog pobačaja ili izvanmaternične trudnoće. Kod onih koje su kasnije zatrudnjele porod je češće dovršen carskim rezom, češće su imale prijevremeni porod, te novorođenče s manjom porođajnom težinom.

Velikonja Globevnik (20) i Robinson (7) mišljenja su da su žene koje su doživjele gubitak ploda u sljedećoj trudnoći pod još većim stresom. Smatra se da bi bilo dobro da prije odžaluju gubitak predhodne trudnoće jer se time izlažu opasnosti od ponovne trudnoće s anksioznošću i depresijom. S druge strane, postoje žene koje se dobro snalaze u sljedećoj trudnoći jer su se prethodno bojale neplodnosti (3,7).

Gubitak željene trudnoće ne znači samo gubitak željenog djeteta za roditelje, već znači i gubitak samog sebe, planova za budućnost, gubitak roditeljske uloge, gubitak dobrog samopoštovanja, nade u sposobnost za rođenje zdravog djeteta. Gubitak trudnoće predstavlja neuspjeh i izaziva duboku žalost. Takvo žalovanje jedno je od najbolnijih, a posebno je teško jer ga je društvo dugo zanemarivalo (20).



Tugovanje je prirodni i individualni proces pojedinca na gubitak koji se očituje u emocionalnom, bihevioralnom, fizičkom, kognitivnom i društvenom funkcioniranju (22). Očekuje se da će nestati šest mjeseci nakon gubitka, ali se može vratiti u vrijeme kad žena treba roditi ili kad je obljetnica gubitka (6).

Tijekom trudnoće i nakon prekida trudnoće može se pojaviti nekoliko vrsta depresivnih poremećaja, od kojih se neki također mogu sakriti. Budući da je depresivni poremećaj najčešća komplikacija nakon gubitka trudnoće, simptome je potrebno prepoznati i ukloniti što je prije moguće. Žene koje su slabijeg psihološkog statusa njima je potrebno pružiti veću potporu i razumjevanje. Da bi primalja/medicinska sestra razumjela što žene proživljavaju, moraju poznavati pet razina tugovanja: poricanje, ljutnju, pregovaranje, depresiju i pomirenje. Razine žalosti ne slijede nužno jedna drugu u takvom slijedu i u takvom obliku. U početku mogu biti emocionalno otupljeni, ljuti, očajni ili poricati i ne prihvaćati stvarnost. Tada mogu biti jako tužni, razdražljivi, odvojeni od svoje okoline i imati jaku želju da ponovno zatrudne i ispune prazninu. Nakon toga slijedi depresija, može potrajati mjesecima do godinu dana, pa tek onda pomirenje. Može isto tako biti da do pomirenja nikad ne dođe i žene ostaju depresivne. Primalje/medicinske sestre koje rade sa ženama također se suočavaju s težim oblicima žalovanja, koje se očituju agresijom i nasiljem (4, 20). Žene s već postojećom depresijom koje još nemaju djecu, previše su usredotočene na trudnoću ili imaju strah od neplodnosti, češće će biti depresivne. Žene koje su uskoro ponovno zatrudnjele imale su ove simptome mnogo manje (6).

Gubitak trudnoće utječe na emocionalnu povezanost partnera, njihovo poštovanje i seksualnost. U većini slučajeva gubitak trudnoće, unatoč teškom stresu, pozitivno utječe na njihov odnos i ne predstavlja čimbenik rizika za pogoršanje kvalitete odnosa. Poteškoće nastaju uglavnom zbog različitog načina tugovanja i nedostatka međusobne podrške (23).

Smatra se da žene tuguju oko dvanaest mjeseci, muškarci samo tri mjeseca. Razlog je to što se muškarci u ranoj trudnoći ne osjećaju povezani s plodom, s druge strane, različito se suočavaju s problemima i radije se okupiraju drugim aktivnostima, a ne razgovorima, kao što to čine žene. Muškarci često misle da će povećati ženinu tugu ako pričaju o svojim osjećajima, pa se radije zatvaraju u sebe i zbog toga se žena osjeća usamljeno i izolirano. Robinson (7) je dokazao da je kod mnogo supružnika koji su doživjeli gubitak uslijedio i razvod u roku od jedne do tri godine nakon događaja.

## 1.6. Troškovi medikamentoznog pobačaja

Troškovi medikamentoznog pobačaja različiti su u svijetu. Međutim, različiti izvori navode da medikamentozni pobačaj u SAD iznose između 300 i 600 dolara ili 215 do 430 eura, u Velikoj Britaniji cijena je približno 450 funti ili 520 eura. Troškovi su znatno manji od kirušskog prekida trudnoće. Mifepriston i Mizoprostol moguće je kupiti i preko interneta. U Velikoj Britaniji takva tableta iznosi 53 funte ili 61 euro, u SAD 110 dolara ili 79 eura i žene prema njihovom zakonodavstvu mogu postupak odraditi kod kuće ali bez liječnika.

U Hrvatskoj trošak spontanog pobačaja pokriva Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO), a troškove pobačaja na zahtjev žena snosi sama. Različiti su iznosi medikamentoznog pobačaja u Republici Hrvatskoj. U Općoj bolnici Pula trošak namjernog prekida trudnoće medikamentoznim putem iznosi 980,00 kuna.

## 1.7. Zakon o pravu na slobodno odlučivanje o rađanju djece

Opće odredbe Zakona o zdravstvenim mjerama za ostvarivanje prava na slobodno odlučivanje o rađanju djece pod člankom 1. navodi: „Radi ostvarivanja prava čovjeka da slobodno odlučuje o rađanju djece, ovim se zakonom uređuju prava i dužnosti građana, koja se odnose na sprečavanje neželjenog začeća, prekid neželjene trudnoće, kao i na medicinsku pomoć onima koji iz zdravstvenih razloga ne mogu ostvariti želju za vlastitim potomstvom.” Citat! Članak 2. kaže da čovjek slobodno odlučuje o rađanju djece te se to pravo može ograničiti samo radi zaštite zdravlja, a pod uvjetima i na način koji određuje Zakon. O prekidu trudnoće članak 15., kaže da je prekid trudnoće medicinski zahvat i može se izvršiti do isteka deset tjedana od dana začeća. Nakon navedenog isteka prekid trudnoće može se izvršiti samo po odobrenju komisije, a pod uvjetima i po postupku utvrđenom ovim zakonom.

Nadalje, u članku 16. navodi se da se prekid trudnoće ne smije izvršiti kada se utvrdi da bi mogao teže narušiti zdravlje žene, a članak 17. ističe da se prekid trudnoće može izvršiti u bolnicama koje imaju organiziranu jedinicu za ginekologiju i porodiljstvo i u drugim zdravstvenim organizacijama udruženog rada koje za to posebno ovlasti republički organ uprave nadležan za poslove zdravstva. U članku 18. stoji da se prekid trudnoće vrši na zahtjev trudne žene, a ako zahtjev za prekid trudnoće podnosi maloljetnica, koja nije navršila 16 godina života, potreban je pristanak roditelja ili staratelja uz suglasnost organa starateljstva (24).

## 1.8. Statistika pobačaja u Hrvatskoj 2016. godine do 2019. godine

Tijekom 2016. godine prijavljeno je ukupno 6.904 pobačaja (spontanih i namjernih). Tijekom 2018. godine prijavljeno je ukupno 7.064, a tijekom 2019. godine evidentirano ih je ukupno 7.687. Navedeni statistički podaci pokazuju porast od 8% ukupnih pobačaja u razdoblju od 2016. godine do 2019. godine.

Broj pobačaja na zahtjev žena (namjerni pobačaji) je kroz niz godina smanjen. Tijekom 2016. godine zabilježeno je 2.520 ili 36,5% namjerno izazvanih pobačaja u ukupno registriranim, dok je od toga spontanih pobačaja bilo 944 odnosno 13,7%. 2018. godine je bilo zabilježeno 1.287 odnosno 18,23% spontanih pobačaja dok 2019. godini spontanih pobačaja zabilježeno 1.412, odnosno 18,4% ukupnog broja pobačaja. Ovi podaci nam ukazuju na blagi porast broja spontanih pobačaja u odnosu na namjerne. (25,26,27,28).

## 1.9. Kontracepcija

Kontracepcija obuhvaća sve metode koje imaju za cilj spriječiti neželjenu trudnoću. Spriječavanje zanošenja bitna je mjera u spriječavanju neželjene trudnoće i zaštita reproduktivnog zdravlja žene. Obuhvaće sve postupke, metode ili sredstva koja spriječavaju oplodnju i začecje. Razlozi za kontracepciju su osobna uvjerenja i stavovi, zdravstveni ili pak socio-ekonomski razlozi.

Koju metodu ili sredstvo će žena odabrati kao način spriječavanja neželjene trudnoće ovisi o mnogo čimbenika. Međutim važnu ulogu o odabiru kontracepcije svakako ima informiranost. Ako je žena dobro upoznata s prednostima i nedostacima pojedinih metoda, tada može odabrati najprihvatljiviju za svoj način života, uvjerenje ili potrebu.

Za planiranje obitelji edukacija i informiranje su od iznimne važnosti. Kontracepcija i planiranje obitelji smanjuju broj rizičnih i maloljetničkih trudnoća pa samim tim i broj pobačaja.

Usprkos tome što svijest o kontracepciji raste, postoje podaci koji upozoravaju da se broj nezaštićenih spolnih odnosa među mladima čak udvostručio. Edukacija u školama nastoji pomoći već od školske dobi, pojedincu unaprijediti i očuvati reproduktivno zdravlje, informirati ga o metodama i sredstvima kontracepcije, spriječiti bolest i njezine neželjene posljedice (29).

## 1.10. Razvoj medikamentozne tablete u svijetu

Sa zakonom o pobačaju koji je donesen 1978. godine nestao je ilegalni pobačaj koji je imao teške komplikacije za ženu i njeno zdravlje. Načini izvedbe pobačaja promijenili su se; osim kirurških metoda, posljednjih godina uvedena je tableta za pobačaj. Oduvijek je postojala težnja za pronalaskom sredstva, kao tableta ili injekcija koja bi, u trenutku izostanka menstruacije, izazvala krvarenje i uklonila neželjenu trudnoću. Ova želja se ostvarila uvođenjem mifepristona u kliničku praksu (30).

Nakon 1983. godine profesor Baulieu započeo je svoje prve pokuse s antiprogesteronom, koje je u svojim laboratorijima Roussel Uclaf sintetizirao. Mifepriston je bio 38486-ti preparat, proizveden u tom laboratoriju, zato je imao oznaku RU-486. Francuska Vlada je 1988. godine odobrila mifepriston za prekid trudnoće, ali ga je nakon samo jednog dana povukla s tržišta radi oštrg protivljenju. Papa je nazvao tabletu za pobačaj Kajinova čast, koja je ubila vlastitog brata. Ipak, prevladala je težnja javnosti i mišljenje stručnjaka. Nakon ponovnog uvođenja mifepristona u Francuskoj, isti se uodi u Švedskoj, Velikoj Britaniji, Njemačkoj, Kini i Izraelu (31).

U posljednjem desetljeću više od tri milijuna žena u svijetu pobacilo je tabletom za pobačaj. Američka federacija za hranu i lijekove službeno ju je uvela nakon dugog uvjeravanja i nakon što je predsjednik Clinton potpisao dozvolu za ispitivanje 1992. godine. Trebalo je duže vrijeme da se registrira, sve do 2000. godine. U Sloveniji je, npr. vrlo kratko nakon otkrivanja mifepristona, Univerzitetni klinički centar Ljubljana, kao suradnički centar za klinička istraživanja Svjetske zdravstvene organizacije, započeo s uvođenjem antiprogestagena u kombinaciji s prostaglandinom za prekid neželjene trudnoće. U Republici Hrvatskoj KBC Rijeka započeo je s primjenom medikamentoznog prekida neželjene trudnoće u travnju 2015. godine, a Opća bolnica Pula svoj početak medikamentoznog prekida trudnoće započinje u veljači 2016. godine.

### 1.10.1. Mifepriston (generičko ima Mifegyne)

Progesteron je hormon koji održava ranu trudnoću. Ako se radi o nedostatku progesterona, maternica izbacuje embrij otpuštanjem prostaglandina. Mifepriston je registriran u Republici Hrvatskoj 15. siječnja 2019. godine. To je sintetički steroid koji se vezuje za progesteronski receptor sa znatno većim afinitetom u odnosu na progesteron, ali pritom bez aktivacije receptora, te posljedično ima antiprogesteronski učinak. Mifepriston blokira djelovanje progesterona i kod primjene u prva dva mjeseca trudnoće izaziva pobačaj s 95% efikasnosti. Mifepriston uzrokuje nekrozu decidue, smekšanjem vrata maternice, povećava se kontraktilnost tijela maternice nakon 24–36 sati od primjene, te povećava pet puta osjetljivost na prostaglandine. Mifepriston se brzo apsorbira u probavni trakt, najveću koncentraciju u krvi dostiže unutar 1-2 sata nakon uzimanja. Česte nuspojave korištenja mifepristona su bol i grčevi trbuha, bolovi u leđima, proljev, mučnina, glavobolja i povraćanje (31).

Na svjetskom tržištu se mifepriston koristi pod generičkim nazivom Mifegyne (32, 33).

### 1.10.2. Mizoprostol (generičko ime Mispregnol)

Mizoprostol, koji je sličan kemijskoj tvari koja se zove „prostaglandin“ prirodno se stvara u tijelu. Registriran je u Republici Hrvatskoj od 30. lipnja 2016. godine.

Mizoprostol izaziva kontrakcije maternice i omekšava grlić maternice (cerviks). Mizoprostol se primjenjuje nakon uzimanja mifepristona. Mehanizam djelovanja mizoprostola započinje vezanjem masne kiseline mizoprostola za specifične receptore na miometrijskim stanicama. Način primjene mizoprostola je različit. Vrlo se dobro apsorbira kroz sluznicu te se može primjenjivati oralno, bukalno, sublingvalno, vaginalno i rektalno. U medikamentoznom prekidu trudnoće, mizoprostol kao jedini lijek, značajno je manje učinkovit u odnosu na kombinaciju mifepristona i mizoprostola (31).

Mizoprostol je bio prvi registriran, vrlo kratko nakon njega registrira se i mifepriston u proljeće 2019. godine (32). Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) izdala je brošuru o sigurnom pobačaju (safe abortion) u kojoj navodi sve potrebne elemente za sigurno dovršenje trudnoće uz ublažavanje bolova i rješavanje mogućih neželjenih događaja (3).

### 1.11. Savjetovanje o prekidu trudnoće namjernom ili spontanom

Odluka o prekidu trudnoće, bio on namjerni ili spontani, može biti veoma teška za ženu. Zato ona često osjeća potrebu da s nekim razgovara o tom problemu, posebno kada nema podršku partnera. Prva osoba kojoj će se žena u takvim okolnostima obratiti najčešće je ginekolog u primarnoj ambulanti.

Savjetovanje žene je vrlo delikatno budući da treba uzeti u obzir cjelokupni kontekst njenog života, ne samo njezina osjećanja u pogledu neželjene trudnoće već i mnogobrojne faktore kao što su: odnos i uključenost partnera i obitelji u odluku, njene godine, nivo edukacije, financijska situacija, prethodno iskustvo s trudnoćom, njene religijske i moralne vrijednosti i dr. U takvim situacijama potrebno je biti izuzetno pažljiv. Razgovor s osobom koja je puna razumijevanja trebao bi joj pomoći da sagleda sve razloge za i protiv kako bi donijela odluku zbog koje kasnije neće zažaliti. No, ako žena misli da ne može roditi dijete, da nema uvjeta za to, donijet će bolnu odluku o prekidu trudnoće i bez obzira na savjet koji će dobiti, ona će uvijek sama odabrati i donijeti konačnu odluku.

Nakon dobrog informiranja, neke žene će medikamentozni pobačaj percipirati kao manje invazivan u nastojanju da izbjegnu kirušku intervenciju, ta vrsta pobačaja biti će za njih lakši i prirodniji način (nalik na spontan pobačaj). Međutim, za razliku od rane vakuum-aspiracije, koja traje kratko, medikamentozni pobačaj zahtijeva dvije posjete zdravstvenoj ustanovi, što ovisi o protokolu koji se koristi. Iako većina žena završi pobačaj u okviru 24 sata od uzimanja mizoprostola, za neke žene će biti potrebno nekoliko dana da bi se pobačaj završio. Ženi treba objasniti da medikamentozni pobačaj zahtijeva njeno aktivno sudjelovanje u tom procesu. To će nekim ženama odgovarati, a nekima neće. Osim toga, treba je upoznati s činjenicom da se medikamentozni pobačaj u nekim slučajevima ipak mora završiti kiruškim postupkom (vakuum-aspiracijom). Uz usmene upute, ženi uvijek treba dati i pisane jer je česta pojava da zaboravi određene informacije ili preporuke.

## 1.12. Početak medikamentoznog prekida trudnoće u Općoj Bolnici Pula

U suradnji s Kliničkim bolničkim centrom Rijeka koji je započeo s primjenom medikamentoznog prekida neželjne trudnoće 20. travnja 2015. Opća bolnica Pula svoj početak medikamentoznog prekida trudnoće započinje u veljači 2016. godine. Izrađuje se brošura poput one koju je izdala SZO za pacijentice, utvrđuje se protokol, formulira se pisani pristank za pacijentice i određuju se smjernice rada za PZZ (primarnu zdravstvenu zaštitu). Slijedi integracija protokola u bolnički sustav (odobrenje agencije za lijekove, odobrenje sanacijskog vijeća, način hospitalizacije, prikaz troškova, utvrđivanje cjenika).

Protokol koji je Opća bolnica Pula izradila po uputama Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) slijedi indikacije za medikamentozni prekid trudnoće: neželjena trudnoća i retinirani pobačaj do navršenih 9. tjedana amenoreje po ultrazvuku. Žena dobiva prve informacije o mogućnosti medikamentoznog prekida trudnoće ili evakuacije retiniranog pobačaja u ambulanti PZZ (primarne zdravstve zaštite) i informativni obrasac kojeg pročita i izvadi krvnu grupu i Rh faktor, krvnu sliku te se naručuje u ginekološku polikliniku Opće bolnice Pula. Kod prve posjete se u ginekološkoj ambulanti ultrazvčnim pregledom potvrđuje intrauterine trudnoće i gestacijska dob, slijedi naplata, te žena popije jednu tabletu mifepristona. Dogovara se termin ponovnog dolaska. Žena se upoznaje s očekivanim nuspojavama poput bolova i grčeva izazvanih prostaglandinom, krvarenja koje se javlja po primjeni mizoprostola, te kako su moguće pojave prolaznog febriliteta i tresavice, prolazne glavobolje, mučnine, povraćanja i dijareje. Za simptomatsku terapiju može koristiti analgetike.

Prema protokolu koji preporučuje Svjetska zdravstvena organizacija kod namjernog prekida trudnoća do 9. tjedna gestacije računajući od zadnje menstruacije (63 dana), primjenjuje se mifepriston oralno od 200 mg, potom žena dolazi za dva dana ujutro na odjel i dobiva mizoprostol (misopregmol 800 mg) sublingvalno, te se za 6 sati od primjene prve doze mizoprostola procjenjuje stanje ponovljenim ultrazvučnim pregledom. U slučajevima nedovršenog pobačaja nastavlja se svaka 3 sata s primjenom mizoprostola bukalnim putem u dozi od 400 mg (800 + 400 + 400 + 400 + 400 mcg) po jednom pokušaju dovršenja trudnoće. Očekuje se da u periodu unutar šest sati ženi započne grčenje maternice, krvarenje i potom ekspulzija koncepta. U slučaju da se postupak prolongira slijed misopregmol sublingvalno po jedna tableta svakih tri sata do ponoći ovisno o ultrazvučnom nalazu.



Žene koje tijekom 24 sata u OB Pula nisu uspjele pobaciti bile su narednog dana podvrgnute evakuaciji i kiretaži. Komplikacije i indikacije koje iziskuju intervenciju mogu nastati za vrijeme hospitalizacije ili nakon nje. Za vrijeme hospitalizacije to bi bilo jako krvarenje u toku protokola, nakon završetka protokola, ultrazvučno vidljiva posteljica ili rezidua s krvarenjem. Nakon hospitalizacije kod prve kontrole ultrazvučno zadebljani endometrij, rezidua s prolongiranim krvarenjem.

## 2. CILJA RADA

Cilj ovog rada je prikazati i predstaviti uspješnost i tijek pobačaja medikamentoznim putem. Također, istražiti će se prednosti i nedostaci medikamentoznog pobačaja u prvom tromjesečju patoloških trudnoća i namjernih pobačaja u Općoj bolnici Pula.

## 3. MATERIJAL I METODE

Retrospektivno istraživanje obuhvatilo je razdoblje od 2017. do 2020. godine u kojem se primijenio medikamentni pristup u dovršenju trudnoća prvog tromjesečja (zadržani pobačaji i neželjene trudnoće) u OB Pula.

Istraživanje je sprovedeno sukladno etičkim načelima Deklaracije iz Helsinkija iz 2000. godine i njenim dopunama iz 2002. i 2004. godine.

U navedenom razdoblju nakon ishodovanja potrebnih dozvola za interventni uvoz mifepristona i mizoprostola, te odobrenja povjerenstva za lijekove OB Pula, započeta je primjena medikamentoznog pobačaja. Žene su detaljno informirane o postupku medikamentoznog prekida trudnoće, te nakon potpisivanja informiranog pristanka i uz priloženu medicinsku dokumentaciju (kompletna krvna slika, krvna grupa i Rh faktor te nalaz izabranog ginekologa primarne zdravstvene zaštite koji je potvrdio trudnoću), započet je navedeni postupak.

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) izdala je brošuru o sigurnom pobačaju (safe abortion) u kojoj navodi potrebne smjernice za sigurno dovršenje trudnoće uz ublažavanje bolova i rješavanje mogućih neželjenih događaja. Općenito se smatra da se prvo tromjesečje sastoji od prvih 12 ili, prema nekim stručnjacima, prvih 14 tjedana trudnoće. Protokol koji preporučuje Svjetska zdravstvena organizacija kod namjernog prekida trudnoće do 9. tjedna gestacije računajući od zadnje menstruacije (63 dana) sastoji se od primjene mifepristona 200 mg oralno, potom ovisno o tjednima trudnoće slijedi mizoprostol u dozi od 400 µg (ako je trudnoća do 7 tjedana gestacije) ili mizoprostol u dozi od 800 µg (ako se radi o trudnoći iznad 7 tjedana gestacije). Kod trudnoća od 9 do 12 tjedana gestacije (63 – 84 dana) SZO preporučuje primjenu mizoprostola u dozi od 800 µg vaginalno, potom 400 µg vaginalno ili sublingvalno, svaka 3 sata do ukupno 5 doza i to 36 – 48 sati nakon primjene mifepristona (5). Ovaj protokol od 5 doza se ne prakticira u OB Pula.

Navedeni protokol primijenjen kod svih žena sa neželjenom trudnoćom i patološkom trudnoćom prvog tromjesečja, a uključuje jednokratnu peroralnu primjenu mifepristona u dozi od 200 mg kojeg ženama ordinira specijalist ginekolog nakon ultrazvučnog pregleda u ambulanti Poliklinike. U pravilu 36-48 sati nakon primjene mifepristona žene su bile zaprimljene te im se nakon ponovnog ultrazvučnog pregleda aplicirao mizoprostol u dozi od 800 mikrograma (mcg) sublingvalno. Nakon 6 sati od primjene prve doze mizoprostola učinjena je procjena stanja ponovljenim ultrazvučnim pregledom te u slučajevima nedovršenog pobačaja nastavljalo se svaka 3 sata sa primjenom mizoprostola bukalnim putem u dozi od 400 mcg do najviše 4 dodatne primjene, odnosno najviše 2.400 mcg kumulativne primjene mizoprostola (800 + 400 + 400 + 400 + 400 mcg) po jednom pokušaju dovršenja trudnoće. Žene koje tijekom 24 sata u OB Pula nisu uspjele pobaciti bile su narednog dana podvrgnute evakuaciji i kiretaži.

Podaci o učestalosti medikamentoznog pobačaja su izraženi u apsolutnim brojevima i postocima. U analizi podataka korištena je deskriptivna statistika.

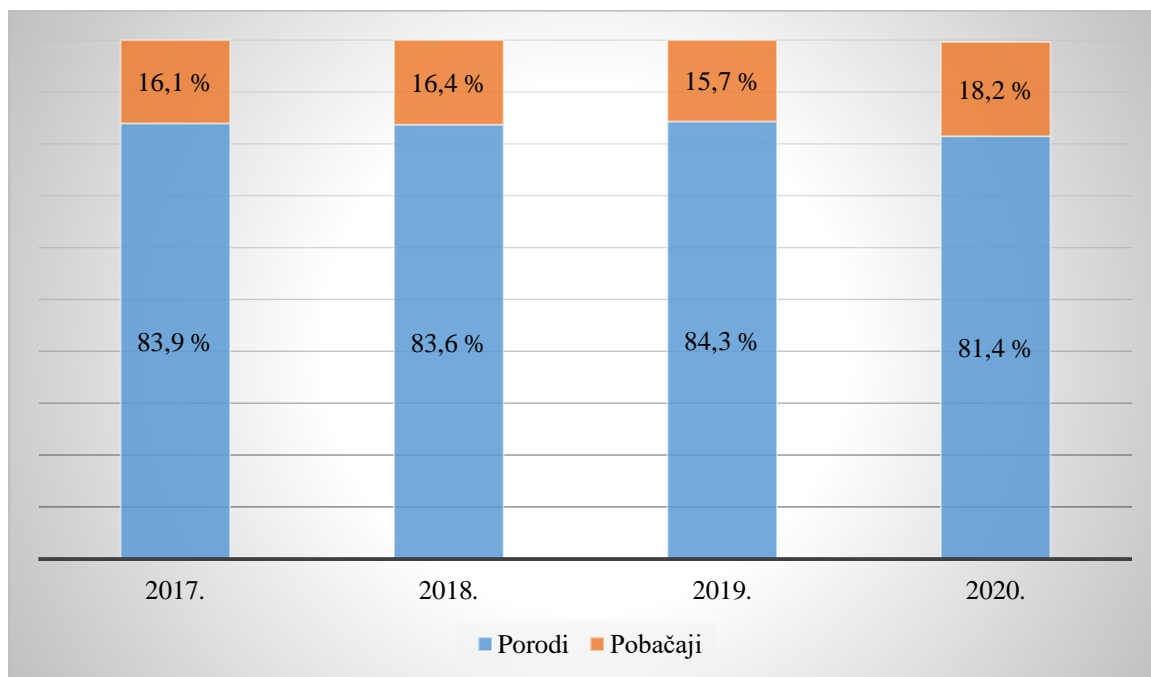
## 4. REZULTATI

Tijekom promatranog razdoblja (2017. – 2020.) u OB Pula je bilo ukupno 6.542 trudnoće, od čega 5.454 poroda i 1.088 pobačaja (spontana i namjerna). Tablica 1 i slika 1 prikazuju apsolutne brojeve, postotke i odnos poroda i pobačaja u istraživanom razdoblju. Uočava se nešto veći broj ukupnih trudnica tijekom 2020. godine kao i udio pobačaja u godini obilježenoj s pandemijom Covid-19.

*Tablica 1. Ukupan broj trudnoća, poroda i pobačaja (spontanih i namjernih) u OB Pula*

Godina	Ukupni broj (%) poroda	Ukupan broj (%) pobačaja	Ukupni broj trudnoća
2017.	1.343 (83,9%)	257 (16,1%)	1.600
2018.	1.359 (83,6%)	266 (16,4%)	1.625
2019.	1.323 (84,3%)	246 (15,7%)	1.569
2020.	1.429 (81,4%)	319 (18,2%)	1.748
<b>UKUPNO</b>	<b>5.454 (83,4%)</b>	<b>1.088 (16,6%)</b>	<b>6.542</b>

Slika 1. Odnos broja poroda i pobačaja u razdoblju od 2017. do 2020. godine u OB Pula



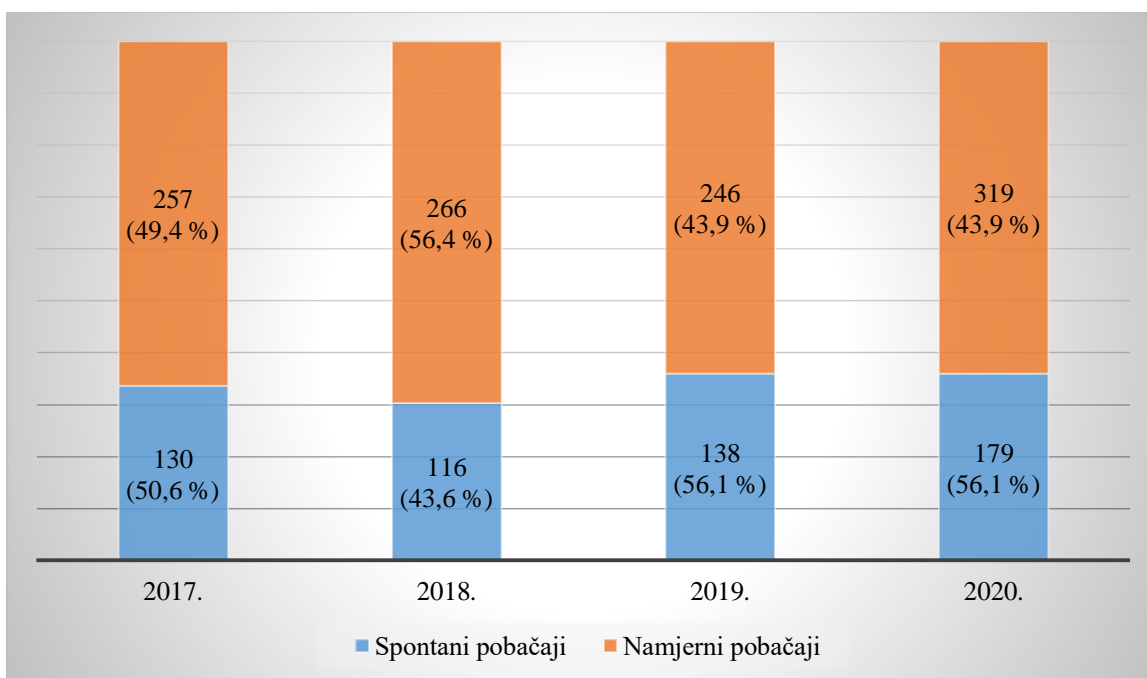
Praćenje namjernih i spontanih pobačaja tijekom četverogodišnjeg razdoblja prikazuje svih namjernih i spontanih pobačaja koji su bili dovršeni medikamentoznim i instrumentalnim postupkom.

*Tablica 2. Ukupno svi pobačaji (spontani i namjerni dovršeni medikamentoznim i instrumentalnim postupkom)*

Godina	Ukupni broj (%) spontanih pobačaja		Ukupan broj (%) namjernih pobačaja		Ukupni broj pobačaja
2017.	130	(50,6%)	127	(49,4%)	257
2018.	116	(43,6%)	150	(56,4%)	266
2019.	138	(56,1%)	108	(43,9%)	246
2020.	179	(56,1%)	140	(43,9%)	319
<b>UKUPNO</b>	<b>563</b>	<b>(51,7%)</b>	<b>525</b>	<b>(48,3%)</b>	<b>1.088</b>

Odnos spontanih i namjernih pobačaja tijekom promatranog razdoblja je ujednačen, a grafički odnos prikazan je na slici 2.

*Slika 2. Odnos spontanih i namjernih pobačaja u OB Pula*

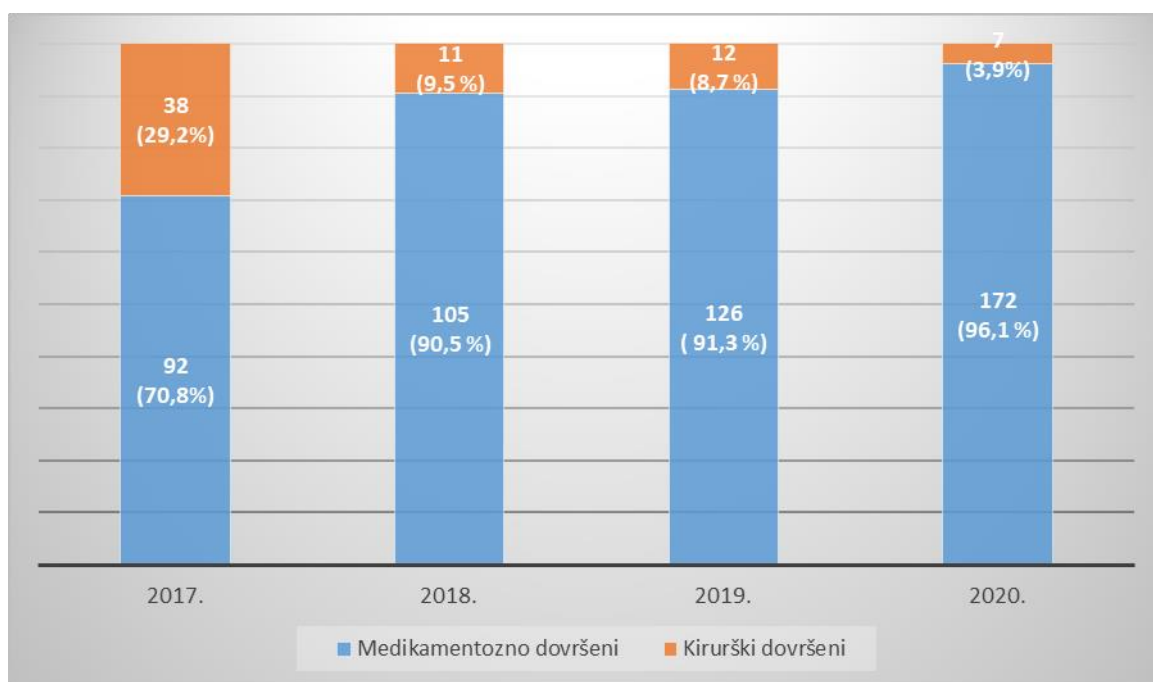


Primjena medikamentozne i kirurške metode u dovršenju spontanij pobačaja u promatranom razdoblju prikazuje tablica 3, a grafički odnos između pojedinih metoda po godinama prikazano je u slici 3.

Tablica 3. Raspodjela spontanij pobačaja obzirom na metodu dovršenja

Godina	Ukupni broj (%) spontanij pobačaja – dovršenij medikamentoznim putem	Ukupan broj (%) spontanij pobačaja – dovršenij kirurškim putem	Ukupni broj spontanij pobačaja
2017.	92 (70,8%)	38 (29,2%)	130
2018.	105 (90,5%)	11 (9,5%)	116
2019.	126 (91,3%)	12 (8,7%)	138
2020.	172 (96,1%)	7 (3,9%)	179
<b>UKUPNO</b>	<b>495 (87,9%)</b>	<b>68 (12,1%)</b>	<b>563</b>

Slika 3. Udio medikamentozno i kirurški dovršenij spontanij pobačaja

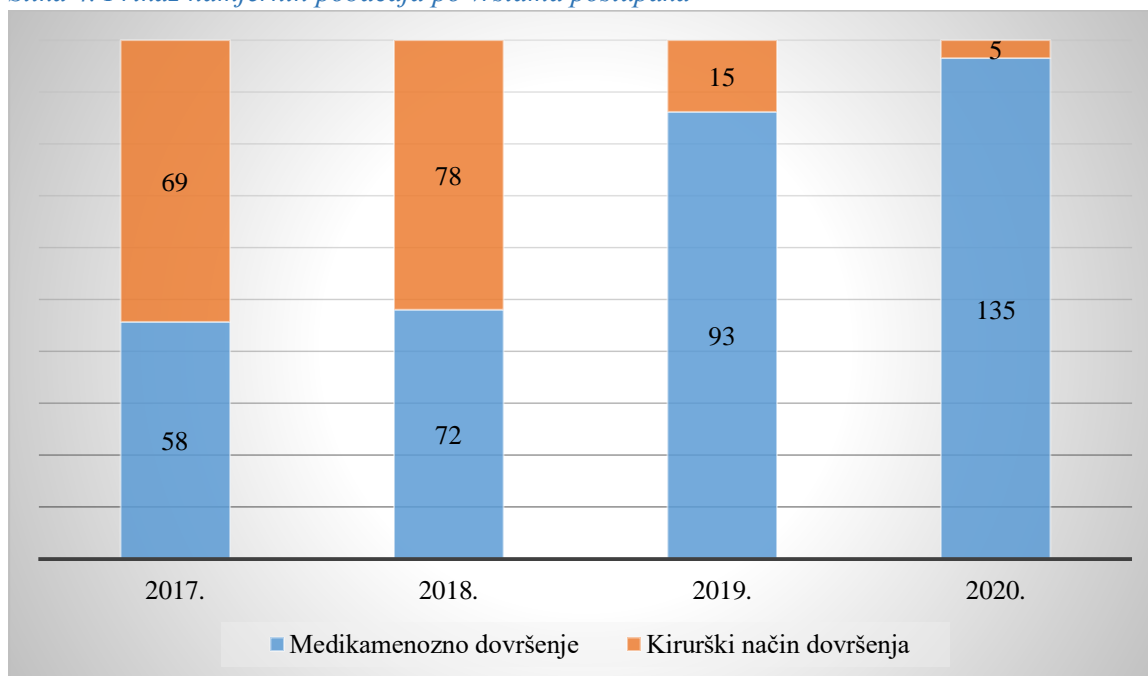


Način dovršenja namjernih pobačaja u promatranom razdoblju značajno se mijenjao što prikazuje tablica 4. Odnos pojedinih metoda dovršenja namjernih pobačaja grafički je prikazana u slici 4.

Tablica 4. Prikaz broja medikamentozno i instrumentalno dovršenih namjernih prekida trudnoće u OB Pula

Godina	Ukupni broj (%) namjernih pobačaja – dovršenih medikamentoznim putem	Ukupan broj (%) namjernih pobačaja – dovršenih kirurškim putem	Ukupni broj spontanih pobačaja
2017.	58 (45,7%)	69 (54,3%)	127
2018.	72 (48,0%)	78 (52,0%)	150
2019.	93 (86,1%)	15 (13,9%)	108
2020.	135 (96,4%)	5 (3,6%)	140
<b>UKUPNO</b>	<b>358 (68,1%)</b>	<b>167 (31,9%)</b>	<b>525</b>

Slika 4. Prikaz namjernih pobačaja po vrstama postupaka



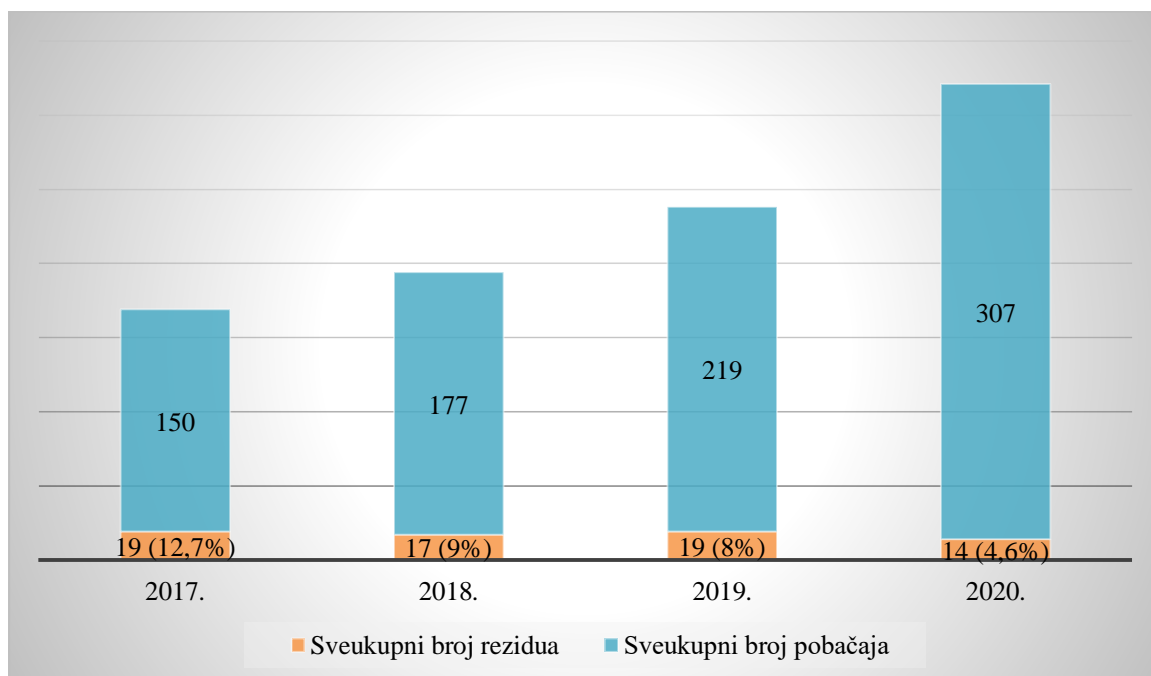


Tablica 5. Rezidue kod pobačaja (namjernih i spontanih) nakon medikamentoznog tretmana

Godina	Ukupni broj (%) rezidua	Ukupni broj pobačaja
2017.	19 (12,7%)	150
2018.	17 (9,6%)	177
2019.	19 (8,7%)	219
2020.	14 (4,6%)	307
<b>UKUPNO</b>	<b>69 (8,1%)</b>	<b>853</b>

Tablica 5. i Slika 5. nam pokazuje značajni pad sveukupni broj rezidua na sveukupni broj pobačja

Slika 5. Rezidue kod pobačaja (namjernih i spontanih) nakon medikamentoznog

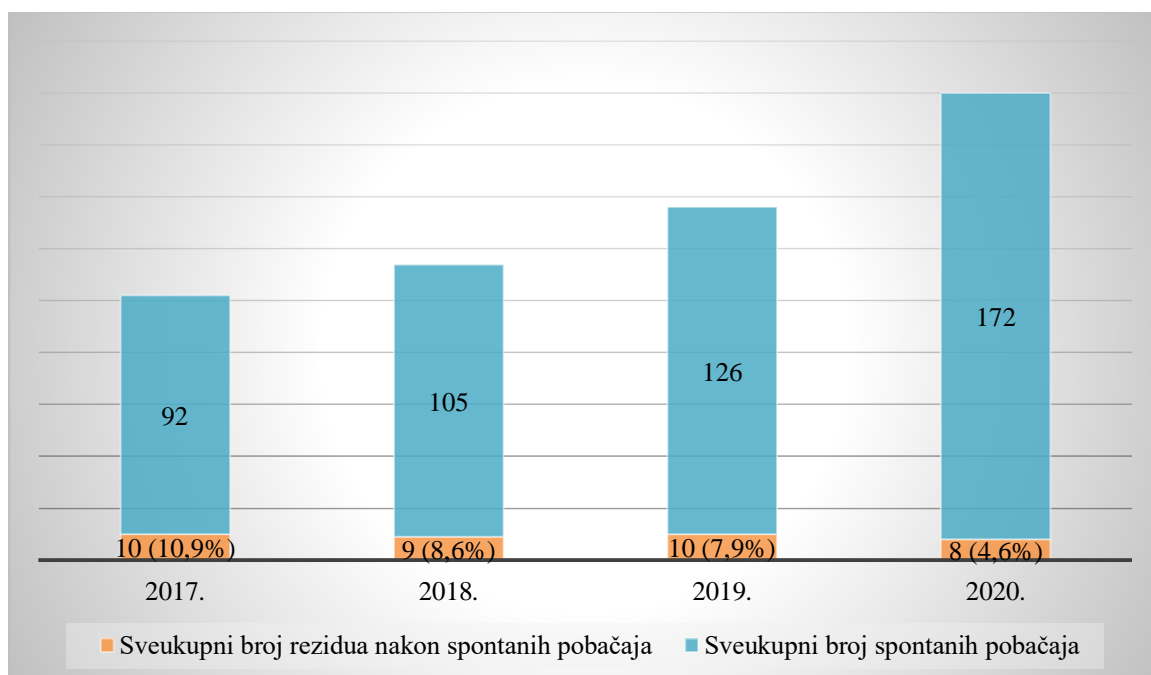


Sveukupno, u OB Pula je bilo 853 medikamentoznih namjernih i spontanijh pobačaja, od čega je bilo 69 (8%) rezidua, a rezultati po godinama su prikazani u tablici 5 i u slici 5. Tablica 6 i slika 6 prikazuju broj i udio rezidua po godinama kod medikamentoznog prekida patoloških trudnoća, a tablica 7. i slika 7. prikazuju broj i udio namjernih prekida trudnoće medikamentoznim putem u OB Pula.

*Tablica 6. Rezidue kod spontanijh pobačaja nakon medikamentoznog tretmana*

Godina	Ukupni broj (%) rezidua nakon spontanijh pobačaja	Ukupni broj spontanijh pobačaja
2017.	10 (10,9%)	92
2018.	9 (8,6%)	105
2019.	10 (7,9%)	126
2020.	8 (4,7%)	172
<b>UKUPNO</b>	<b>37 (7,5%)</b>	<b>495</b>

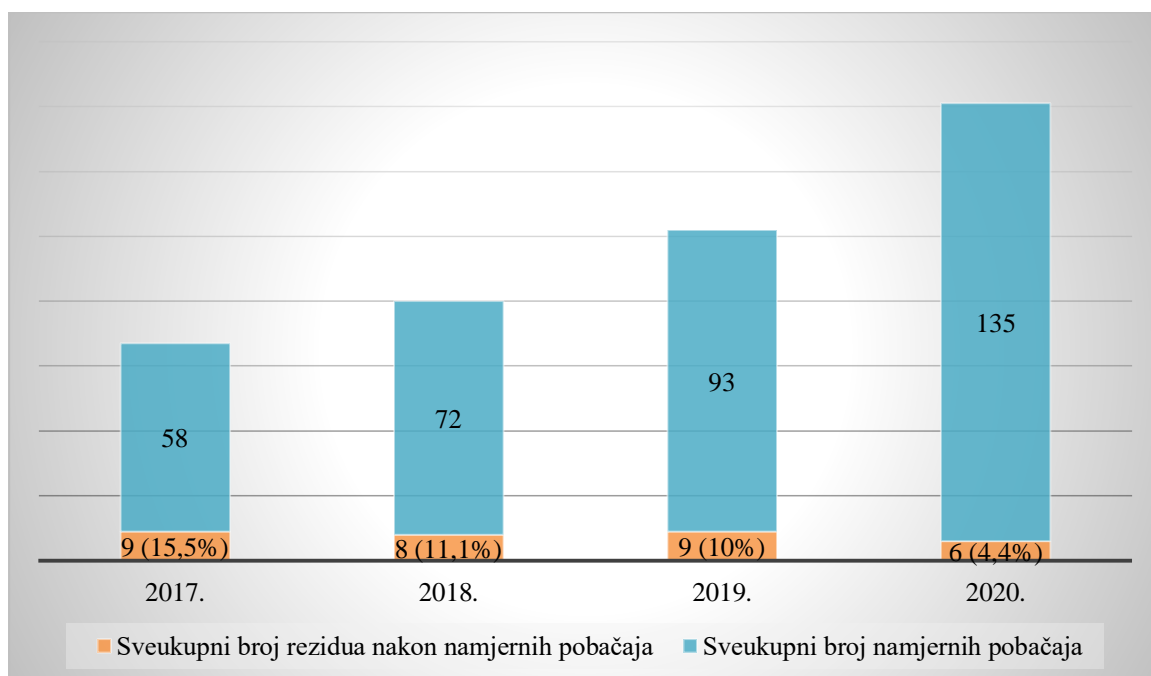
*Slika 6. Rezidue kod spontanijh pobačaja nakon medikamentoznog tretmana*



Tablica 7. Rezidue kod namjernih prekida trudnoće medikamentoznim putem

Godina	Ukupni broj (%) rezidua nakon spontanijh pobačaja	Ukupni broj spontanijh pobačaja
2017.	9 (15,5%)	58
2018.	8 (11,1%)	72
2019.	9 (9,7%)	93
2020.	6 (4,4%)	135
<b>UKUPNO</b>	<b>32 (8,9%)</b>	<b>358</b>

Slika 7. Rezidue kod namjernih prekida trudnoće medikamentoznim putem



## Rasprava

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) dijeli pobačaj na sigurni i nesigurni prekid trudnoće, te je izdala preporuke za izvršavanje i pridržavanje istih. U svijetu se svaki dan prekida 125.000 neželjenih trudnoća odnosno 40-50 milijuna pobačaja svake godine prema podacima SZO.

Podatak u Hrvatskoj u 2017. godini o legalno induciranim pobačajima je 2.416 (34). Ilegalnim pobačajima se prepisuje smrt oko 47.000 žena u svijetu, od procijenjenih 22 milijuna izvedenih (35). Izvođenjem nesigurnog pobačaja oko 5 milijuna žena ima neku od komplikacija. Zakonskom regulativom kao i putem zdravstvene zaštite siguran pobačaj bi trebao biti dostupan svim ženama. Još od 1960-ih godina kirurški prekid trudnoće bilo kiretažom, vakuum aspiracijom i evakuacijom poznata je metoda.

Najviše proučavani lijekovi su prostaglandini, mifepriston i metotreksat kao zasebni lijekovi te kao njihove kombinacije. U svijetu danas postoje različiti protokoli za primjenu lijekova u prekidu trudnoće.

Razvoj medikamentoznog pobačaja donio je značajan napredak, obzirom na jednostavnu primjenu i prihvaćenost kod žena postao je sve više korištena metoda za prekidanje trudnoće. Po preporuci Food and Drug Administration (FDA) u Sjedinjenim Američkim Državama (SAD-u) prvi način primjene uključuje 600 mg mifepristona i 400 µg mizoprostola, nakon čega slijedi ginekološka kontrola 14. dan nakon pobačaja. U slučaju da do ekspulzije nije došlo, u obzir je dolazila vakuum aspiracija. Takav način prekida trudnoće do 7 tjedana gestacije, učinkovitost iznosi 92%. Navedenim protokolom postiže se potpuni pobačaj u 96 – 98% trudnoća do 6 tjedana gestacije, 91 – 95% trudnoća do 7 tjedana gestacije i manje od 85% u gestaciji većoj od 7 tjedana (34). Medikamentozne komponente (mifepriston i mizoprostol) primjenjivale su se po navedenom protokolu oralno. Prethodno opisane protokole Svjetske zdravstvene organizacije i Europske agencije za lijekove, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) ima sličan pristup kod medikamentoznog prekida trudnoće do 63 dana gestacije preporučuje dozu mifepristona od 200 mg oralno, kasnije nakon 24 – 48 h slijedi vaginalna, bukalna ili sublingvalna primjena mizoprostola od 800 mcg.

Trudnoća do 49. dana gestacije: nakon primjene mifepristona od 200 mg nakon 24 – 48 h slijedi primjena mizoprostola od 400 µg oralno. Ako nije došlo do pobačaja četiri sata nakon primjene mizoprostola kod žena koje su između 50 i 63 dana gestacije, preporučuje se daljnja doza mizoprostola od 400 µg vaginalnim ili oralnim putem. Kod medikamentoznog pobačaja od 9 –

13 tjedana gestacije preporučuje se 36 – 48 sati nakon primjene mifepristona od 200 mg primijeniti mizoprostola od 800 µg vaginalno, nakon čega slijedi mizoprostol od 400 µg u trosatnim razmacima do maksimalno 4 doze vaginalno ili bukalno.

U Općoj bolnici Pula primijenjuje se protokol koji preporučuje Svjetska zdravstvena organizacija za trudnoće do 84. dana gestacije.

Ovim radom se dokazalo da je medikamentozni prekid trudnoće sigurna i učinkovita metoda. Prilikom donošenja odluke o takvoj vrsti prekida neželjene trudnoće ( ali isto tako i kod spontanog pobačaja) potrebno je ženu informirati o nuspojavama i kontraindikacijama lijekova mifepristona i mizoprostola. Za upotrebu mifepristona postoje medicinske kontraindikacije ako se sumnja ili dokazuje ektopična trudnoća, dulja kortikosteroidna terapija, kronična adrenalna insuficijencija, znana koagulopatija ili antikoagulantna terapija, intolerancija ili alergija na mifepriston. Također je kontraindikacija ako kod žena postoji ozbiljna jetrena, bubrežna ili respiratorna bolest, nekontrolirana hipertenzija ili kardiovaskularna bolest (stenokardija, bolesti valvula, aritmije ili srčano zatajenje). U slučaju alergije mizoprostol ne treba upotrijebiti. Također se smatra kako astma nije kontraindikacija jer je mizoprostol blagi bronhodilatator. U slučaju prisutnosti anemije  $Hb < 95$  g/L medikamentozni prekid trudnoće se ne preporučuje. Medikamentozni prekid neželjene trudnoće nije preporučljiv u žena koje ne mogu i/ili ne žele pratiti upute o načinu korištenja lijekova, ne razumiju jezik ili ne žele dolaziti na kontrolni pregled.

## Zaključak

Pobačaj je samo izlaz u nuždi i jedan je od načina reguliranja plodnosti. To je još uvijek veliki i ozbiljan problem u svijetu i kod nas. Ne smije se provoditi iz neopravdanih razloga, a posebno ne na nehuman način. S tabletom za pobačaj postigli smo da je metoda neinvazivna i human način, koji ne predviđa ozbiljne komplikacije, koje se mogu pojaviti kod svih drugih metoda.

Problematika je pobačaja jedno kompleksno pitanje koje se može sagledati s pravne, moralne, religiozne i filozofske osnove. O pitanju pobačaj stavove imaju svi, i stručnjaci i javnost. No zaboravlja se na moralne stavove koji se ne moraju i ne mogu u potpunosti preslikati i utisnuti u zakonske norme. Literatura bilježi da je posljednjih godina u Hrvatskoj zabilježen pad broja namjernih prekida trudnoće, kao spontanih pobačaja što se može pripisati većoj samosvijesti i edukaciji žena, njihovoj informiranosti o metodama kontracepcije i njihovu korištenju. Iako neželjenih trudnoća i dalje ima, potrebno je ženama omogućiti izbor suvremenih metoda prekida neželjene trudnoće kao i prekid željenih trudnoća uz primjenu medikamenata odnosno medikamentoznog pobačaja. Treba dopuniti Zakon o prekidu trudnoće uz mogućnost izvanbolničkog režima primjene, uvesti nacionalne stručne smjernice za medikamentoznu evakuaciju trudnoće, uvrstiti medikamentozni prekid trudnoće u DTS ili DTP postupke po HZZO-u kako bi se mogli kao takvi voditi, a također i statistiku koja će biti posebno za medikamentozne prekide trudnoće. Trebalo bi postaviti jednu cijenu medikamentoznog prekida trudnoće na nacionalnoj razini jer cijene između bolnica uvelike variraju.

Mifepriston i Mizoprostol su registrirani u Republici Hrvatskoj. Prekid trudnoće namjerni ili medicinski indiciran prema Zakonu iz 1978. mora se obaviti u potpunosti u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi. Medikamentozni pobačaj predstavlja siguran i učinkovit način prekida trudnoće.

## Literatura

1. Kurjak, A. i suradnici Ginekologija i perinatologija. 2. dopunjeno i prošireno izd. - Varaždinske Toplice : Golden Time, 1995.
2. Guttmacher A., Institute: Sharing responsibility: women, society and abortion worldwide. New York and Washington DC; The Alan Guttmacher Institute 1999.
3. Velikonja Globevnik V (2012). Psihološki vidiki umetne prekinitve nosečnosti. In: Tul Mandić N, Štolfa Gruntar A, eds. Prekinitev nosečnosti z zdravili: zbornik, strokovno srečanje 27. januar 2012. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino Slovenija: 19–28.
4. Lavrič M (2015). Porodništvo. Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju, 35–72.
5. WHO – World health organization (2012). Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, second edition. Pristupljeno: 31.07.2021 [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion/9789241548434/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/en/)
6. Sejourne N (2010). The utility of a psychological intervention for coping with spontaneous abortion. *J Reprod Infant Psychol* 28: 287–96
7. Robinson GE (2014). Pregnancy loss. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 28(1): 169–78.
8. Dolar Bahovec E., Abortus kot preizkusni kamen novih političnih razmer, v (Dolar Bahovec E.,ur.) Abortus – pravica do izbire?!: pravni, medicinski, sociološki, moralni in politični vidiki: zbornik, Skupina „Ženske za politiko“, Ljubljana, 1991, str.7-15.
9. Dolenc A., Medicinske etika in deontologija II, Razprave, Mihelač, Ljubljana, 1997
10. Hrovat Bukovšek A (2015). Zdravstvena nega žensk: reproduktivno zdravje, nosečnost, porod in poporodno obdobje. Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju, 34–41.
11. Berer M (2009). Provision of abortion by mild-level providers: international policy, practice and perspectives. *Bull World Health Organ* 87: 58–63.
12. Gallagher K, Porock D, Edgley A (2010). The concept of »nursing« in the abortion services. *J Adv Nurs* 66(4): 849–57
13. Štolfa Gruntar A (2012). Umetna prekinitev nosečnosti v prvem trimesečju. In: Tul Mandić N, Štolfa Gruntar A, eds. Prekinitev nosečnosti z zdravili: zbornik, strokovno srečanje 27. januar 2012. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino Slovenija: 31–42.

14. Isley MM, Blumenthal P (2008). Medical abortion: what's old, what's new? *Contemp Ob Gyn* 53 : 30–8.
15. Crandell L (2012). Features: psychological outcomes of medical versus surgical elective first trimester abortion. *Nurs Womens Health* 16(4): 296–307.
16. Gatter M, Chen A (2014). First trimester medical abortion versus surgical abortion: a comparison of efficacy and complications. *Contraception* 90:304.
17. RCN- Royal College of Nursing (2008). Abortion care RCN guidance for nurses, midwives and specialist community public health nurses. London: Royal Collefe of Nursing. Dostopno na: [http://www.healthcareday.co.uk/doclibrary/documents/pdf/121\\_abortion\\_care.pdf](http://www.healthcareday.co.uk/doclibrary/documents/pdf/121_abortion_care.pdf) Pristupljeno 31.07.2021
18. Prijic-Samarzija,S: Pobacaj-za i protiv. Rijeka,1995, str. 5
19. El Behery MM, Siam S, Seksaka MA, Ibrahim ZM (2013). Reproductive performance in the next pregnancy for nulliparous women with history of first trimester spontaneous abortion. *Arch Gynecol Obstet* 288: 939–44.
20. Velikonja Globevnik V (2016). Proces žalovanja po izgubi želene nosečnosti in psihološka pomoč družini. In: Tul Mandić N, eds. Neuspela nosečnost: zbornik, strokovno srečanje 29. januar 2016. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino Slovenije, KO za perinatologijo, Ginekološka klinika UKC Ljubljana, 83–97.
21. DSM-5- Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (2013). Washinton DC: American psychiatric association. Dostopno na: <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/dsm-v-manual-diagnc3b3stico-y-estadc3adstico-de-los-trastornos-mentales.pdf> preuzeto 1. kolovoza. 2021.
22. Pavše L (2016). Psihološke reakcije po prekinitvi nosečnosti zaradi ugotovljenih nepravilnosti pri plodu. In: Tul Mandić N, Pinter B, eds. Neuspela nosečnost: zbornik, strokovno srečanje, 29. januar 2016. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino Slovenije: 102–109.
23. Zakon o zdravstvenim mjerama za ostvarivanje prava na slobodno odlučivanje o rađanju djece.<raspoloživo na: <http://www.propisi.hr/print.php?id=9842> Pristupljeno 1. kolovoza. 2021.
24. Hzzj.hr. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. 2019. Dostupno na: [https://www.hzzj.hr/wpcontent/uploads/2020/09/Bilten\\_POBACAJI\\_2019\\_030920.pdf](https://www.hzzj.hr/wpcontent/uploads/2020/09/Bilten_POBACAJI_2019_030920.pdf) Pristupljeno 30.08.2021



25. Hzzj.hr. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. 2018. Dostupno na: [https://www.hzzj.hr/wp-content/uploads/2019/07/Bilten\\_POBACAJI\\_2018-1.pdf](https://www.hzzj.hr/wp-content/uploads/2019/07/Bilten_POBACAJI_2018-1.pdf)  
Pristupljeno 30.08.2021
26. Hzzj.hr. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. 2017. Dostupno na: [https://www.hzzj.hr/wp-content/uploads/2018/06/Bilten\\_POBACAJI\\_2017.pdf](https://www.hzzj.hr/wp-content/uploads/2018/06/Bilten_POBACAJI_2017.pdf)  
Pristupljeno 30.08.2021
27. Hzzj.hr. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. 2016. Dostupno na: [https://www.hzzj.hr/wp-content/uploads/2017/09/Pobacaji\\_2016.pdf](https://www.hzzj.hr/wp-content/uploads/2017/09/Pobacaji_2016.pdf)  
Pristupljeno 13.08.2021
28. Mojsović Z., Sestrinstvo u zajednici, Zdravstveno veleučilište Zagreb; 2006
29. Pretnar-Darovec A., Drobnič S. Abortivna tableta. Zdrav Vestn 2002;71:307-9.  
<http://vestnik.szd.si/st2-5/st2-5-307-309.htm> Pristupljeno 14.08.2021
30. Sitruk-Ware R. Approval of mifepristone (RU 486) in Europe. Zentralbl Gynekol 2000;122:241-7.
31. <https://www.halmed.hr/upl/lijekovi/PIL/Mispregnol-PIL.pdf> Pristupljeno 11.08.2021.
32. <https://en.wikipedia.org/wiki/Mifepristone> Pristupljeno 11.08.2021.
33. <https://www.halmed.hr/Lijekovi/Za-pacijente/Novosti-o-sigurnoj-primjeni-lijekova/2019/Vazne-informacije-vezane-uz-primjenu-lijeka-mifepriston/2113>  
[Pristupljeno 13.08.2021](#)  
Women and health. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2009.
34. Allen R, O'Brien BM. Uses of Misoprostol in Obstetrics and Gynecology. Rev Obstetr Gynecol 2009;2(3):159–168

## Kratak životopis pristupnika

Zovem se Nikolina Tadić Dušić . Rođena sam 27.11.1985. godine u Puli. Pohađala sam srednju medicinsku školu u Puli, smjer medicinska sestra - medicinski tehničar i istu završila 2004. godine. Nakon srednje škole upisujem na Univerzi u Ljubljani Fakultet zdravstvenih studija smjer primaljstvo na kojem sam diplomirala 2008. godine i stekla zvanje diplomirane babice. 2008. godine zapošljam se u općoj bolnici Pula u Službi za ginekologiju i opstetriciju na odjelu rađaonice. 2010. godine postajem glavna sestra / primalja odjela za fetalnu medicinu i opstetriciju čiju dužnost obavljam i danas. 2019. upisujem diplomski studij primaljstva Sveučilišta u Rijeci.

## **Zahvala**

*Zahvaljujem mentoru prof.dr.sc. Hermanu Halleru na podršci, uputama i stručnim savjetima pri izradi završnog rada.*

*Zahvaljujem se članovima komisije koji su odvojili svoje vrijeme kako bi prisustvovali obrani mog završnog rada.*

*Zahvaljujem se Dinu Bečić, dr.med, specijalistu ginekologije i opstetricije i užem specijalistu iz ginekološke onkologije na pomoći pri izradi i prikazu rezultata, kao i za stručne savjete i informacije.*

*Veliku zahvalnost, prije svega, dugujem svojoj cijeloj obitelji na moralnoj podršci tijekom školovanja.*