

Zdravstvena njega bolesnice nakon pobačaja

Jurčević, Helena

Undergraduate thesis / Završni rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Bjelovar University of Applied Sciences / Veleučilište u Bjelovaru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:712459>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-27**



Repository / Repozitorij:

[Repository of Bjelovar University of Applied Sciences - Institutional Repository](#)



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

**ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNICE NAKON
POBAČAJA**

Završni rad br. 69/SES/2019

Helena Jurčević

Bjelovar, 13.09.2019.



Veleučilište u Bjelovaru
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Jurčević Helena**

Datum: 18.07.2019.

Matični broj: 001597

JMBAG: 0314015603

Kolegij: **ZDRAVSTVENA NJEGA MAJKE I NOVOROĐENČETA**

Naslov rada (tema): **Zdravstvena njega bolesnice nakon pobačaja**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **Mirna Žulec, mag.med.techn.**

zvanje: **viši predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. doc.dr.sc. Zrinka Puharić, predsjednik
2. Mirna Žulec, mag.med.techn., mentor
3. mr.sc. Tatjana Badrov, član

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 69/SES/2019

Studentica će pregledom recentne stručne i znanstvene literature prikupiti saznanja o epidemiologiji, kliničkoj slici, medicinskim postupcima te zdravstvenoj njezi nakon spontanog i arteficialnog pobačaja.

Zadatak uručen: 18.07.2019.

Mentor: **Mirna Žulec, mag.med.techn.**



Zahvala:

Željela bih se zahvaliti svojim roditeljima što su mi bili podrška i omogućili mi da ostvarim svoje ciljeve. Hvala mojoj sestri na dnevnoj dozi potpore za vrijeme ispitnih rokova. Posebno hvala dečku jer je pristao nastaviti školovanje zajedno samnom. Na kraju, zahvaljujem se mentorici Mirni Žulec mag. med. techn. i svim predavačima na Veleučilištu Bjelovar.

SADRŽAJ:

| | | |
|---------|---|----|
| 1. | UVOD | 1 |
| 2. | CILJ RADA..... | 2 |
| 3. | METODE RADA..... | 2 |
| 4. | REZULTATI RADA..... | 2 |
| 5. | RASPRAVA..... | 3 |
| 5.1. | Povijest | 3 |
| 5.2. | Spontani pobačaj | 4 |
| 5.2.1. | Uzroci spontanih pobačaja | 5 |
| 5.2.2. | Klinički oblici spontanog pobačaja | 9 |
| 5.3. | Habitualni pobačaj..... | 11 |
| 5.4. | Ektopična trudnoća..... | 12 |
| 5.5. | Dilatacija i kiretaža maternice | 13 |
| 5.6. | Izazvani ili artifičijalni pobačaj | 14 |
| 5.6.1. | Medicinske metode pobačaja | 14 |
| 5.6.2. | Komplikacije i posljedice izazvanog pobačaja..... | 16 |
| 5.7. | Preventivne mjere sprječavanja neželjenih trudnoća | 17 |
| 5.7.1. | Edukacija mladeži | 17 |
| 5.7.2. | Planiranje obitelji | 17 |
| 5.8. | Kontracepcija..... | 18 |
| 5.8.1. | Farmakološka kontracepcija..... | 18 |
| 5.8.2. | Intrauterina kontracepcija..... | 20 |
| 5.8.3. | Mehanička kontracepcija..... | 21 |
| 5.8.4. | Prirodne metode kontracepcije | 22 |
| 5.8.5. | Kiruške metode kontracepcije | 23 |
| 5.8.6. | Hitna kontracepcija..... | 24 |
| 5.9. | Zdravstvena njega bolesnice nakon pobačaja..... | 25 |
| 5.10. | Etička pitanja abortusa | 27 |
| 5.10.1. | Pro life pokret..... | 27 |
| 5.10.2. | Pro choice pokret..... | 28 |
| 5.11. | Statistika pobačaja u Hrvatskoj 2017. godine | 29 |
| 5.12. | Sestrinske dijagnoze kod spontanog abortusa | 30 |
| 5.12.1. | Nedostatak znanja u području unapređenja zdravlja u/s dijagnosticiranom hipertireozom ... | 30 |

| | | |
|---------|---|----|
| 5.12.2. | Neupućenost u znakove ektopične trudnoće i postupke liječenja | 31 |
| 5.12.3. | Depresija u/s gubitkom trudnoće..... | 32 |
| 5.12.4. | Bol u/s laparoskopskim zahvatom..... | 33 |
| 7. | LITERATURA..... | 35 |
| 8. | OZNAKE I KRATICE..... | 37 |
| 9. | SAŽETAK..... | 37 |
| 10. | SUMMARY | 37 |
| 11. | PRILOZI..... | 38 |

1. UVOD

Abortus je spontani ili namjerni prekid trudnoće temeljen na izbacivanju jajašca prije plodove sposobnosti za život. Rani spontani pobačaj smatra se do 16. tjedna trudnoće, a kasni od 16. do 22. tjedna. Oko 75% spontanih pobačaja dogodi se tokom drugog ili trećeg mjeseca gestacije. Spontani pobačaj pojavljuje se u 15% kliničkih trudnoća. Ukoliko se pojavljuje više puta naziva se habitualnim pobačajem. Uzroci spontanog pobačaja su anomalije ženinog reproduktivnog sustava, anomalje zametka, genitalne i uroinfekcije, imunološki činitelji te opće bolesti majke. Rani spontani pobačaj najčešće uzrokuju kromosomske aberacije, a uzroci kasnog spontanog pobačaja su malformacije uterusa, tumori uterusa, infekcije te cervikalna insuficijencija. Klinički razlikujemo nekoliko oblika spontanog pobačaja: prijeteći pobačaj, početni pobačaj, pobačaj u tijeku, nedovršeni pobačaj, dovršeni pobačaj, odumrili plod i febrilni pobačaj. Također, neželjena ili visokorizična trudnoća može se prekinuti različitim metodama, pa u tom slučaju govorimo o umjetnom ili artificijalnom abortusu. S obzirom na pravne propise u pojedinoj zemlji koji se odnose na umjetni prekid trudnoće, on se može izvršiti u skladu s propisima te je legalan i dozvoljen pobačaj, ili može biti izvršen u suprotnosti s važećim propisima tj. ilegalno. Izazvani dopušteni pobačaj obavlja se u hospitalnim uvjetima uz prehodnu definiranu indikaciju, medicinsku, socijalnu ili eugeničku. Izazvani ilegalni pobačaj izvodi bez indikacije stručna ili nestručna osoba stoga su posljedice za majku znatno češće i teže. U Hrvatskoj zakon o pobačaju je liberaliziran, stoga se prekid trudnoće koja nije prešla 10. tjedan može izvršiti na zahtjev žene, dok se trudnoća veća od 10. tjedana može prekinuti samo uz odobrenje komsije.

2. CILJ RADA

Cilj rada je prikupiti i prikazati podatke o spontanom i arteficialnom pobačaju, metodama kontracepcije, lijekovima koji se primjenjuju kod pobačaja, preventivnim mjerama, etičkim pitanjima u vezi s abortusom i statistiku pobačaja u Hrvatskoj.

3. METODE RADA

Metode rada obuhvaćale su pregled stručne i znanstvene literature te internet stranice koje su povezane s temom abortusa.

4. REZULTATI RADA

U ovom radu prikazne su metode izvođenja abortusa u povjesti i tadašnja problematika u s vezi sa abortusom. Nadalje, objašnjen je spontani i namjerni abortus, uzroci nastanka spontanog abortusa i njegovi klinički oblici. Opisane su medicinske metode namjernog pobačaja, posljedice i preventivne mjere kojima se može utjecati na niži postotak neželjenih trudnoća. Legalizacija abortusa je aktualna tema raznih diskusija stoga su u radu prikazani zagovarački pokreti za i protiv abortusa i statistika pobačaja u Republici Hrvatskoj za 2017. godinu.

5. RASPRAVA

5.1. Povijest

Tijekom povijesti abortus se istovremeno provodio i bio tabu tema. Zakonska regulacija započinje poslje 19. stoljeća te se primjenjuje njegova zabrana uz sankcije određena zakonom. Do 19. stoljeća abortus je bio praksa koju su obavljale žene. Žene bi samostalno obavljale pobačaj ili bi si međusobno pomagale. Razvojem medicine i tehnologije te ulaskom muškaraca u to područje izmjenila se njegova percepcija. Liječnici su započeli protivljenje abortusu i pokazivati da ga je moguće izvršiti na sigurniji način (1). Provođenje abortusa na sigurniji način omogućilo je bolje poznavanje ženske fiziologije i anatomije. Zbog velikog porasta abortusa javila se potreba za zakonskom i medicinskom regulacijom te uključivanjem liječničkog nazora. Abortus se mogao izvoditi samo ako je trudnoća iz nekog razloga ugrožavala ženin život (1). Ulaskom muškaraca u dotada dominantnu žensku praksu dovodi do profesionalizacije i smanjenja komplikacija abortusa, velike zarade prilikom prodaje abortivnih sredstava ili zbog pomaganja u pobačaju, te do njegove zakonske zabrane. Unatoč zabranama, žene su i dalje samostalno provodile abortuse (1). Informacije o načinima i metodama bile su javna tajna dok bi žene međusobno djelile iskustva, informacije i metode. Tadašnje metode mogu se podijeliti na prirodne metode, fizičke ili mehanički napor. Prirodne metode uključuju različite biljke ili druge preparate koje izazivaju abortus. Biljke poput ražene gljivice, rutvice ili planinskog gluhog smriča uzrokovale su nuspojave probavnog sustava ili tijela te na taj način izazivale iritaciju i pobačaj (1). Mehaničke metode temeljile su se na umetanju različitih predmeta u maternicu: igle, pribor za heklanje, drobilica za orahe, turpija za nokte, noževi ili katetera ukoliko je ženama bila dostupna medicinska oprema. Ako na taj način nebi uspjele izazvat pobačaj, žene bi na različite načine izazivale krvarenje poput skakanja s visine, podizanja teškog tereta, penjanjem na drveće (1). Nakon neuspjelih pokušaja žene su odlazile liječniku koji bi morao završiti abortus da bi spasio njihov život. U tom razdoblju pobačaj je bio jednako zastupljen od žena svih društvenih klasa neovisno jesu li u braku ili ne. Koristio je kao rješenje za neželjenu trudnoću, ili kod majki s mnogo djece (1). Zakonska regulacija uzrokovana je ratovima, porastom nacionalizma, moralnim problemima poput novih razmišljanja o životu embrija i fetusa ili određivanjem uloge žene u društvu i obitelji, te utjecajem religije. Posljedice koje za sobom ostavlja obuhvaća porast javnog moralizma, profesionalizacija medicine u području abortusa, rasprave o ulozi i važnosti itd (1). Utjecaj borbe za građanska prava, feminističkog pokreta, seksualne revolucije te ostalih

faktora u zadnja tri mjeseca 20. stoljeća, dovode do legalizacije abortusa u većini zemalja Europe i Sjedinjenim Američkim Državama. U skladu s religijom, politikom ili nekim drugim odrednicama u mnogim državama je još uvijek ilegalan. Pojam abortusa u državama u kojima je dopušten, učestala je tema diskusija što ga čini aktualnom, zanimljivom i delikatnom temom (1).

5.2. Spontani pobačaj

Spontani pobačaj je prekid trudnoće uzrokovan prirodnim uzrocima kao što su bolest jajašca, uterusa ili majke (2). Da bi zadovoljio definiciju pobačaja duljina ploda treba biti ispod 35 centimetara, a težina 1000 grama ili manja. Postavljeni uvjeti nisu preduvjeti za abortus, jer razvojem medicine postoji šansa za preživljavanjem ploda (3). Najčešći rizici uključuju dob trudnice, prethodni spontani pobačaji i nezdravstveno ponašanje.

Karakteristični simptomi spontanog pobačaja su bolne kontrakcije maternice, krvarenje, prsnuće vodenjaka i izlaženje dijelova jajašca (2). Kontrakcije maternice mogu biti različitog intenziteta, od neprimjetnih do vrlo jakih i bolnih, karakterističnih za cervikalni pobačaj. Kod krvarenja potrebno je isključiti ostale moguće uzroke krvarenja kao što su: funkcionalna krvarenja, karcinom cerviksa, polipi i izvanmaternična trudnoća. Simptom kasnog pobačaja je prsnuće vodenjaka, dok se izbacivanje dijelova jajašca treba smatrati inkompletnim pobačajem (3). Dijagnoza spontanog pobačaja postavlja se na temelju ultrazvuka, hormonskih pretraga, anamneze i kliničkog pregleda (2). Dijagnostika prijetjećeg kompletnog ili nekompletnog pobačaja provodi se osnovi kliničkih pokazatelja i pozitivnog testa na trudnoću. Ultrazvuk i određivanje beta HCG-a u serumu izvodi se kako bi isključili ektopičnu trudnoću, radi razlikovanja različitih oblika pobačaja i određivanja da li su u maternici zaostali produkti začeća. Ukoliko se maternica progresivno ne poveća ili je vrijednost beta HCG-a niska za trenutnu gestacijsku dob sumlja se na zadržani pobačaj. Zadržani pobačaj se potvrđuje ultrazvukom koji dokazuje nedostatak fetusove prehodno aktivne srčane aktivnosti ili potpuno nepostojanje u trudnoći iznad 7 tjedana (4).

5.2.1. Uzroci spontanih pobačaja

5.2.1.1. Anomalije zametka

Anomalije zametka ili ploda obuhvaćaju poremećaj broja i građe kromosoma, uzrokuju 50% pobačaja, te se dijagnosticiraju analizom kariograma ploda. Strukturne anomalije zametka uzrok su 20% pobačaja, dok su nedostaci jednog gena nasljedni ili uzrokovani svježom mutacijom. Oni uzrokuju manji broj pobačaja i nemogu se dijagnosticirati analizom kariograma ploda (3). Rani spontani pobačaj uzrokovan je kromosomskim poremećajima i strukturnim manama ploda. Ostali faktori mogu uzrokovati rani i kasni spontani pobačaj. Jedan broj spontanih pobačaja posljedica su vertikalnog prijenosa strukturno oštećenog kromosoma od jednog ili oba roditelja. Kod balansirane translokacije nema manjka genskog materijala, ali je struktura kromosoma poremećena. Osobe nosioci te malformacije fenotipski su normalne, ali mogu imati problema prilikom reprodukcije. Njihovi potomci mogu biti normalni i nosioci te malformacije, ali se mogu i pojaviti trisomije i monosomije (3). Kromosomske abnormalnosti uzrokovane su nepravilnom diobom stanica u oplodjenom jajascu. U tom slučaju trofoblast koji je bitan za razvoj plodovih ovoja i posteljice se normalno razvija ali nedostaje embrioblast, dio od kojeg se razvije zametak. Tada se ultrazvučno vidi prazna gestacijska vrećica. Ukoliko trofoblast nema pravilnu morfologiju dolazi do razvoja patoloških procesa u posteljici koji dovode do mola hidroze. Mola hidroza je bolest koju prati oštećenje korionskih resica. Dolazi do zadebljanja finih resica i na mjestima postanu mjehurasti. U nekim slučajevima više ne postoji fetus, koji odumre topi se i resorbira. Češće se pojavljuje kod terapije klomifenomom, trudnoće u adolescenciji i kod žena iznad 40-te godine. Trudnoća započinje normalno uz veću maternicu nego što je očekivano za gestacijsku dob, ne čuju se otkucaji djetetovog srca, javlja se mučnina i povraćanje, te je prisutno krvarenje prema van i izlazak mjehurića (2).

5.2.1.2. Anomalije reproduktivnog sustava žene

Maternica je organ kruškolikog oblika. Glavni dio maternice je maternično tijelo čiji najgornji dio je dno odnosno fundus. Njegovi postrani krajevi čine maternične rogove. Donji dio se suzuje i ulazi u rodnicu te se naziva maternični vrat. U tijelu maternice nalazi se maternična šupljina ili materište. Prema dolje se suzuje i prelazi u cervikalni kanal koji završava

materničnim otvorom. Jajnici su dvije spolne žljezde smještene na obe strane male zdjelice. Jajovodi čine dvije dugačke cijevi koje se u blizini jajnika počinju otvarati te se prema sredini zdjelice sužavaju i završavaju u materničnim rogovim (5). Spajanje i rekanalizacija Müllerovih kanala u embrionalnom razvoju nužni su za normalni razvoj genitalnog sustava žene. Iz dva parna Müllerova kanala razvijaju se organi spolnog sustava žene odnosno nastaju jajovodi, maternica, vrat maternice i gornje dvije trećine vagine. Ukoliko dođe do greške kod razvijanja i spajanja, žensko dijete biti će rođeno s anomalijom (3). Žene s jednom od malformacija uterusa mogu imati urednu reprodukciju, a one koje su jednom pobacile mogu kasnije iznjeti trudnoću. Malformacije se otkriju kod malog broja žena, te mnoge žene s prirođenom greškom neznaju za nju ako ne utječe na začeće, pravilan razvoj djeteta i porod. Septirani, jednorogi i dvorogi uterus mogu uzrokovati spontani pobačaj, dok je dvostruka maternica povezana s kasnim pobačajima (3). Jednorogi uterus nastaje nepotpunim razvojem jednog Müllerovog kanala. Žena u tom slučaju ima jedan jajovod i oba jajnika jer razvoj jajnika nije povezan s Müllerovim kanalima. Pojavu dva roga maternice i jednog cerviksa nazivamo dvoroga maternica. Ovaj oblik maternica zahtjeva kirurški zahvat. Septirana maternica je najblaža anomalija maternice uzrokovana nepotpunim nedostakom pregrade koja je inače između dva maternična roga. Dvostruka maternica uzrok je nespajanja Müllerovih cijevi. Svaki rog maternice potpuno je razvijen i normalne veličine. Žena ima dva cerviksa i dvije rodnice. Uz prirodene malformacije uzrok pobačaja može biti i stečeni poremećaji: adhezije endometrija i miomi (3). Adhezije nastaju kao posljedica kiretaže ili endomatritisa te mogu spriječiti urednu trudnoću. Također, miomi maternice ovisno o njihovom položaju i veličini različito utječu na ranu trudnoću. Submukozni miomi ometaju nidaciju, smanjuju prostor materništva potreban za razvijanje i rast ploda, provociraju kontrakcije ili remete normalnu vaskularizaciju (6). Anomalije reproduktivnog sustava dijagnosticiraju se kombinacijom histeroskopije i laparoskopije, a diferencijalna dijagnoza dvostruke maternice može se utvrditi na temelju ultrazvučnog pregleda u luteinskoj fazi ciklusa ili trodimenzionalnim ultrazvukom (7).

5.2.1.3. Poremećaji luteinske faze

Progesteron koji luči žuto tijelo u najranijoj trudnoći, do 7. tjedna, nužan je za normalni proces decidualizacije i održavanje miometrija u stadiju relaksacije. Također pomaže u zadebljanju sluznice maternice da se pripremi za oplođeno jajašce. Ako se jajašce implantira u stijenku maternice progesteron pomaže održati trudnoću. Manjak progesterona uzrokuje nedovoljnu stimulaciju endometrija te tako utječe na odumiranje trudnoće (3). Prirodni načini podizanja nivoa progesterona uključuju veći unos vitamina B i C, unos namirnica bogatih cinkom i kontroliranje razine stresa. Dijagnoza insuficijencije žutog tijela postavlja se na temelju kratke luteinske faze, kod niskih vrijednosti progesterona u serumu ili pregnandiola u urinu uz normalno trajanje luteinske faze ciklusa. Druga mogućnost dijagnosticiranja je pri sazrijevanju endometrija koji odstupa od očekivanog ritma za više od 3 dana i na temelju histološkog pregleda endometrija dobivenog biopsijom tokom najmanje dva ciklusa (3).

5.2.1.4. Imunološki činitelji

Prilagodba majčinog imunskog sustava tijekom trudnoće je promjena načina imunskog odgovora. Imunosni sustav majke stvara blokirajuća antitijela koja prekrivaju antigene determinante trofoblasta i time ga čine neprepoznatljivim za stanične efektore imunskog sustava. Bitno je da majčin imunski sustav primi određene podražaje od očevih antigena koje predstavlja fetus (3). Predstavljanje očevih antigena odigrava se na HLA-lokusu ili u njegovoj blizini. Mogućim uzrokom habitualnih pobačaja smatra se podudarnost antigenih determinanti HLA-lokusa između majke i oca (3). Antifosfolipidna protutijela predstavljaju skupinu nespecifičnih i heterogenih autoantitijela usmjerenih protiv negativno nabijenih fosfolipida koji su sastavni djelovi stanične membrane. Pojava ovih antitijela povezuje se s arterijskom ili venskom trombozom, što se očituje različitim pojavama koje zajedno tvore sindrom antifosfolipidnih protutijela. Klinički značaj ovog simptoma za trudnoću je to što može dovesti do pobačaja, interuterinog zastoja rasta, preeklampsije i intrauterine smrti. Uz mikrotromboze u krvnim žilama placente, patofiziološki mehanizmi utječu na placentaciju (razvijanje posteljice) i aktivaciju komplemenata (razvoj imunosti) (6). Povišenje antikoagulant i antikardiolipinskih antitijela u serumu predstavlja kriterij za dijagnosticiranje sindroma. Drugi kriterij je najmanje jedan slučaj dokazane tromboze, venske ili arterijske, i/ili više od tri spontana pobačaja nakon 10 tjedana gestacije. Dijagnoza se također može potvrditi ukoliko je bio jedan ili više

prijevnemh poroda prije 34. tjedna, ili je došlo do jedne ili više smrti morfološki normalnog ploda. Novija istraživanja ukazuju da antikoagulant i antikardiolipinska protutijela djeluju kao aktivni agensi patofizioloških zbivanja. Liječenje žena sa sindromom antifosfolipidnih protutijela sastoji se od uvođenja heparinske terapije, a počinje se provodit odmah nakon potvrde trudnoće pa sve do kraja puerperija (6).

5.2.1.5. Opće bolesti majke

Uzroci mogućih pobačaja smatraju se sistemske bolesti majke kao što su lupus, dijabetes melitus, kronične sistemske infekcije, zatim infekcije koje su lokalizirane u genitalnom sustavu poput herpes virusa, toksoplazmoza, klamidija trahomatis. Poznat endokrinološki uzročnici pobačaja su još i hiperprolaktinemija, hiperandrogenemija i poremećaj funkcije štitnjače (6). Policistični jajnici povezuju se s učestalim pobačajima a karakterizirani su povišenom vrijednosti glukoze, luteinizirajućeg hormona, inzulina a kasnije razvojem bolesti dovode do inzulinske rezistencije. Tireoidni poremećaji često su dijagnosticirani kod trudnica te pravilnom terapijom tireoidne disfunkcije smanjuje se rizik za pobačaj. Trombofilija kao mogući uzrok pobačaja utemeljen je na teoriji da se oštećeni placentarni razvoj i funkcija pojavljuju zajedno s arterijskom ili venskom trombofilijom. Trombotski ugrušci mogu spriječavati prijenos hranjivih tvari iz krvi majke do fetusa i na taj način uzrokovati pobačaj neovisno o gestacijskoj dobi (8). Najčešći upalni čimbenik spontanih pobačaja su korioamnionitis i izravna infekcija ploda koja kao posljedicu uzrokuje placentarnu insuficijenciju. Također, pobačaj može biti uzrokovan kroničnom infekcijom endometrija koji nije sposoban primiti oplođeno jajašce. Različiti upalni procesi mogu izazvati stvaranje toksičnih tvari i potaknuti određene imunološke mehanizme koji negativno utječu na trudnoću (6). Ostali potencijalni uzroci pobačaja su psihološki činitelji, pušenje i alkohol (3). Istraživanja su dokazala da do spontanog pobačaja dolazi ako trudnica redovito konzumira više od tri alkoholna pića tjedno u prvom tromjesječju ili više od pet pića tjedno tokom cijele trudnoće. Unosom nikotina, potiče se vazokonstrikcija krvnih žila majke te se smanjuje protok krvi kroz maternicu. Neosporeni dokazi su da konzumacija kofeina u količinama manjima od tri do pet šalica dnevno može uzrokovati sponatni pobačaj (8). Psihološki čimbenici pobačaja utvrđuju se tijekom procjene stila življenja i odnosa buduće majke i obitelji a očituju se problemima s prehranom, prekomjernim radom i premorenosti trudnice, manjkom sna, lošim obiteljskim odnosima, nedostatkom potpore, svađama, nasiljem nad trudnicom, negativnim stavom prema trudnoći, stalnim ili povremenim stresorima i

neučinkovitim obrascima svladavanja. Cilj edukacije trudnice kao i žena koje planiraju trudnoću je uklanjanje rizika uzrokovanih nezdravim navikama, pravilno uzimanje terapije za osnovnu bolest kako bi spriječi njezino uzrokovanje pobačaja te pružanje psihološke potpore (9).

5.2.1.6. Insuficijencija cerviksa

Insuficijencija cerviksa je među češćim uzrocima pobačaja nakon 12. tjedna trudnoće. Tijekom trudnoće mišićni korpus uterusa se širi i produljuje te njegova donja granica čini funkcionalni i anatomski, zajedno s fibroznim cerviksom, unutrašnje ušće maternice, koje ima ulogu sfinktera. Ta struktura zaslužna je za zadržavanje produkta začeća u unurašnjosti uterusa. Poremećaji tog sfinkterskog mehanizma mogu biti odgovorni za nastanak insuficijencije cerviksa (3). Uzroci insuficijencije cerviksa su prirođeni činitelji koji mogu biti samostalni ili u kombinaciji s drugim prirođenim malformacijama maternice, i oštećenje cerviksa prilikom nasilnih kiretaža, izazvanih pobačaja ili poslje konizacije. Također, hormonski činitelji tj. povišene vrijednosti relaksa uočene su kod žena s insuficijencijom cerviksa. Lječenje je kiruško stavljanjem šava koji ostaje sve do poroda (3).

5.2.2. Klinički oblici spontanog pobačaja

Glavni simptomi prijetećeg pobačaja (abortus iminens) su krvarenje iz maternice, bolovi lokalizirani u donjem dijelu trbuha i tvrdi uterus uz zatvoreni cervikalni kanal (2). U ranoj trudnoći vidi se lagano krvarenje ili nejasni bolovi u križima ili donjem dijelu trbuha, dok se u kasnijoj trudnoći uočavaju kontrakcije maternice i insuficijencija cerviksa (2). U liječenju prijetećeg pobačaja savjetuje se obavezno mirovanje i ležanje na lijevom boku, zbog poboljšanja uteroplacentarnog protoka krvi za oko 20%. Medikamentozna terapija se sastoji od progesterona ili kombinacije estrogena i gestagena. Učinak tih lijekova može se očekivati samo do 8. tjedna trudnoće (3). Insuficijencija žutog tijela indikacija je za supstitucijsku terapiju, a prateća infekcija liječi se antibioticima parenteralno i lokalno. Poslje 16. tjedna liječenje prijetećeg pobačaja provodi se tokoliticima. Prijeteći pobačaj može usljediti kada se vrat maternice prijevremeno otvara zbog slabosti vezivnog tkiva. U tom slučaju otvor vrata maternice može se zatvoriti kiruškim putem, šavovima, koji se uklanjaju neposredno prije poroda (3). Ukoliko se prijeteći pobačaj nastavi dolazi do početnog pobačaja (abortus incipiens) koji je karakteriziran

jačim krvarenjem i bolovima uz koje se cervikalni kanal skraćuje i dilatira (10). Početni pobačaj prelazi u pobačaj u tijeku (abortus in tracu) kod kojeg se vide djelovi konceptusa u porodnom kanalu (10) i više se neda zaustaviti (2). Nedovršeni pobačaj (abortus inkompletus) dijagnosticira se pregledom kojim se utvrđuje da fetusa više nema dok je placenta još uvijek u uterusu ili su izašli i veći djelovi placente (2). Trudnoću kod pobačaja u tijeku i nedovršenog pobačaja, treba završiti evakuacijom materništva i kiretažom uz antibiotik i uterotonik (10). Dovršeni pobačaj (abortus completus) označava potpuni pobačaj koji se odvaja u jednom aktu. To je rani pobačaj koji se događa prije 12. tjedna trudnoće. Događa se izbacivanjem jajašca, a znakovi su dokazano izbacivanje jajašca, prestanak krvarenja te je veličina uterusa manja nego šta bi trebala biti prema gestacijskoj dobi (2). Odumrili plod (missed abortus) označava plod koji je više tjedana zaostao u uterusu, te se naziva i retiniranim plodom (2). Pojavljuje se u teškoj ranoj insuficijenciji placente, anomalijama pupkovine, hipertenziji, malformacijama i Rh-inkompatibilnosti. Zadržani pobačaj može izazvati razvoj potrošne koagulopatije (10) te je jedina terapija evakuacija sadržaja šupljine maternice (2). Febrilni pobačaj (septički pobačaj) razvija se nakon unošenja odnosno ascenzije klica u materništvo tijekom trudnoće, prilikom instrumentalnih manipulacija ili nakon abortusa kao endometritis. Najčešće je uzrokovan zbog sindroma intraamnijske infekcije, uroinfekcije te manipulacije nesterilnim instrumentima (10). Febrilni pobačaj se može razviti na tri načina; kao nekomplikirani febrilni abortus koji je praćen visokom temperaturom (38-39 °C) bez dodatnih komplikacija. Upala je ograničena na infekciju endometrija, te nisu zahvaćeni adnexi i nema peritonitisa (2). Nadalje, može biti komplikirani febrilni abortus i septički abortus. Komplikirani febrilni abortus je praćen visokom temperaturom i adnexitisom. Terapija je konzervativna, antibiotici se daju dok trudnica ne postane afebrilna. Nakon stabilizacije radi se instrumentalna eksploracija šupljine maternice (2). Septički abortus je praćen općom infekcijom (2), uz razvoj komplikacija i multiorganskog zatajenja (10), a najveća opasnost je razvoj endotoksičnog šoka (2). Endotoksični šok nastaje masovnim ulaskom bakterijskih toksina u ženinu cirkulaciju. Simptomi su visoka temperatura, infekcija vaginalnog sekreta, hipotenzija, nemir, ukočenost vrata, bol uterusa, pareza, tahikardija, tahipnea, oligurija do anurije, bolovi u mišićima i trbuhu te promjene u koagulaciji krvi (2).

5.3. Habitualni pobačaj

Spontani pobačaji koji se pojavljuju kod iste žene nazivaju se habitualnim pobačajima i mogu biti posljedica kromosomske anomalije jednog ili drugog partnera, koju je plod nasljedio, a koja ga onesposobljava za preživljavanje pa odumire, najčešće u ranoj trudnoći (11). Obrada bračnog para s habitualnim pobačajima treba provesti nakon dva uzastopna pobačaja, iznimka su stariji parovi od kojih se obrada započinje nakon jednog spontanog pobačaja. Postupak obrade para obuhvaća uzimanje opće i opstetričke anamneze kao i anamnezu obitelji. Od pretraga potrebno je uzeti cervikalni bris, napraviti cervikohisterosalpingografiju, kariogram roditelja i oralni test opterećenja glukozom (3). Uzimanjem cervikalnog brisa ili Papa-testa cilj je rano otkrivanje premalignih i malignih lezija vrata maternice kod žena. Također se koristi u dijagnostici upale, procjeni hormonskog statusa te kontroli raznih oblika liječenja (12). Cervikohisterosalpingografijom dobiva se uvid u cervikalni kanal, materničnu šupljinu i oba jajovoda pomoću rendgenske kontrastne metode. Kontrastno sredstvo ubrzgava se kroz cervikalni kanal te se promatra punjenje maternične šupljine i prohodnost jajnika. Kariogram prikazuje kromosome poredane prema veličini i položaju centromera (13). Oralni test opterećenja glukozom provodi se pijenjem 75 grama glukoze otopljenom u 1,5 do 2 dcl vode, natašte. Povišene vrijednosti testa upućuju na dijabetes melitus, hiperfunkciju štitnjače, oštećenje jetre ili celijakiju (9). Ukoliko se navedenim postupcima ne utvrdi uzrok treba se pokušati ispitati funkcija štitnjače, odrediti razina progesterona u serumu žene tijekom luteinske faze ciklusa, pokušati izolirati LE-faktor te provesti komplicirane imunološke studije i psihološko testiranje. Liječenje habitualnog pobačaja je ograničeno. Infekcije se liječe antibioticima te se provodi kontrolna bakteriološka izolacija. Prilikom dijagnosticirane anomalije u kariogramu roditelja indicira se određivanje kariograma fetusa, dok se neke anomalije uterusa mogu riješiti operacijski. Dijabetes je nužno regulirati prekonceptijski, insuficijenciju žutog tijela potrebno je liječiti supstitucijom progesterona, te jednako tako valja regulirati poremećenu funkciju štitnjače (3).

5.4. Ektopična trudnoća

Predstavlja naziv za trudnoću kod koje dolazi do implantacije oplodjenog jajašca izvan maternice, najčešće u jajovodu. Takva trudnoća se naziva tubarna trudnoća (2). Nastanak ektopične trudnoće povećava predhodna bolest jajovoda uzrokovan upalama, salpingitisom ili anatomski promjenjene tube te prijašnja ektopična trudnoća (14). Obično se jajašce implantira u jednom jajovodu. Bez kirurške intervencije rupturirana ektopična trudnoća dovodi do iskrvarenja i smrti (2). Umre li fetus u ranom stadiju, jajovod neće biti oštećen. Međutim nastavi li rasti dolazi do krvarenja uzrokovano razdorom stijenke jajovoda (14). Simptomi ektopične trudnoće su točkasto krvarenje i grčevi. Tubarni abortus izazvat će krvarenje 6-8 tjedana nakon zadnje menstruacije, pojavu bolova u donjem djelu trbuha i krv u jajovodu s jedne strane. Kod rupture tube izostaje stadij razvoja simptoma zbog naglog nastajanja s teškom kliničkom slikom. Teška klinička slika praćena je iznenadnim gubitkom svijesti, slikom akutnog abdomena i znakovima krvarenja (2). Sumnja na ektopičnu trudnoću nastaje ako su pozitivni rezultati krvi i mokraće na trudnoću, a veličina maternice je manja od očekivane za gestacijsku dob. Ultrazvučnom pretragom prikazuje se prazna maternica te krv u trbušnoj šupljini ili zdjelici. Najčešće se oplodeno jajašce mora odstraniti kirurškim zahvatom. Liječnik napravi rez na jajovodu te odstrani fetus i posteljicu. Takav rez ne zatvara se šavovima, nego se ostavlja bez njih, kako bi jajovod zacijelio bez ožiljka. Ožiljkasto tkivo nastalo nakon zahvata može otežati ponovno začeće (14). Ukoliko ne postoji dokaz o srčanoj aktivnosti fetusa umjesto kirurškog zahvata primjenjuje se lijek metoteksat. Stabilne pacijentice moguće je liječiti laparoskopijom. Izvodi se salpingektomija kauterom ili laserom kao bi se uklonili produkti začeća a sačuvalo jajovod. Laparoskopskom salpingektomijom (odstranjenje jajovoda) indicirano je kod ponovljene ektopične trudnoće, ako je veća od 5 milimetara, kod velikog oštećenja jajovoda ili kad se više ne planira buduća trudnoća (14). Komplikacije izvamaternične trudnoće su kronični salpingitis (upala jajovoda), interfilitet i kronične infekcije urinarnog trakta (2).

5.5. Dilatacija i kiretaža maternice

Zaostane li plod ili određeni segmenti u maternici nakon spontanog abortusa izvodi se kiretaža u svrhu spriječavanja razvoja infekcije i sepse. Dilatacija je postupak proširenje vrata maternice kojim se omogućuje uvođenje tanko, oštrog instrumenta. Kiretaža je zahvat u kojem se struže sluznica maternice radi izvođenja pobačaja, kod nepravilnih krvarenja te ako postoji sumnja na zloćudnu bolest maternice (15). Postupak se izvodi u lokalnoj ili općoj anesteziji te je prije zahvata potrebno dobiti pismeni pristanak. Zahvat započinje dilatacijom maternice te uvođenjem instrumenata pomoću kojih se obavlja zahvat. Zatim se odstranjuje plod ili zaostali produkti trudnoće. U tu svrhu služi kirela, oštri instrument kojim se struže stjenka maternice, dok se sadržaj evakuira vakumski aspiraterom ili posebnim klještima za tu namjeru (15). Prilikom dilatacije i kiretaže može doći do većeg gubitka krvi koji može zahtijevati transfuziju što uzrokuje dulji boravak u bolnici, stvaranje ožiljkastog tkiva unutar maternice usljed čega nastupi sterilitet, neželjenih reakcija na anesteziju, nepravilnog krvarenja i boli u zdjelici. Kiretaža može biti razlog kirurških ozljeda maternice ili perforacije ili ozljede drugih organa (15). Takve ozljede u težim slučajevima iziskuju kiruršku intervenciju. Ostali rizici su propuštena bolest ukoliko zaostane dio ploda ili posteljice, bolne kontrakcije u trbuhu, kemijske i termičke ozljede te smrtni ishod. Nakon zahvata nesmije se piti ni jesti zbog djelovanja anestezije. Mogući su bolovi koji se liječe analgeticima, te pojava poteškoća prilikom mokrenja. Zbog pojave poteškoća hospitalizacija na odjelu je 24 sata nakon zahvata u svrhu ranog prepoznavanja komplikacija (15).

5.6. Izazvani ili artificijalni pobačaj

Artificijalni pobačaj je zahvat kojim se prekida svaka četvrta trudnoća u svijetu, te je često regulator fertiliteta. Može biti legalan ako ga obavi ginekolog u stacionarnoj ustanovi, ili ilegalan što su svi ostali prekidi trudnoće (10). Današnja situacija u vezi s pobačajem, obilježena je debatama o pobačaju, svedenim na religijsku, etičku, socijalnu i pravnu prosudbu. Problematika pobačaja vezana je na inducirani pobačaj kojom se žena oslobađa neželjenog ploda. Međutim, budući da je za stvaranje novog života potreban i muškarac, dovodi se u pitanje, osim ženinih prava, prava i status muškarca i djeteta (11). Kompleksnost pravne problematike uočljiva je kroz situacije kao što su pobačaj maloljetnice, silovane žene, informiranosti majke itd. U novije vrijeme, napretkom medicinske tehnologije, dijagnostike i bioznanosti, pobačaj je način za prekid trudnoće zbog utvrđenih malformacija djeteta ili zbog ugroženosti života i zdravlja majke. Najveće debate izaziva žena koja iz osobnih razloga ne želi roditi začeto dijete (11). Indikacije za prekid neželjene trudnoće su socioekonomske (10), psihološke, manjak podrške okoline ili djeteta nije prihvaćeno od strane oca (11). Tehnika vršenja izazvanog pobačaja ovisi o tjednu trudnoće. Kontrolni pregled nakon namjernog prekida trudnoće je između 10-tog i 14-tog dana nakon prekida. Kod Rh-negativne žene za prevenciju senzibilizacije daje se u roku 72 sata nakon pobačaja anti D serum (9). Tim postupkom uništavaju se stanice djeteta koje bi mogle senzibilizirati odnosno izazvati osjetljivost majke tako da sljedeće trudnoće nisu ugrožene.

5.6.1. Medicinske metode pobačaja

5.6.1.1. Kiruški pobačaj

Kiruški pobačaj provodi se sukcijskom kiretažom kod trudnoće kraće od 7. do 15. tjedana. Ukoliko se izvodi između 4. i 6. tjedna trudnoće, kanal vrata maternice se mora malo proširiti, te se koristi savitljiva mala cjevčica koja je povezana s izvorom vakuma. Manualna vakumska aspiracija sastoji se od odstranjenja fetusa ili embrija sukcijom, koristeći ručnu štrcaljku, dok električna vakumaspiracija koristi električnu pumpu. Manualna vakumska aspiracija poznata je kao mini sukcija ili menstrualna ekstrakcija te se koristi u ranoj trudnoći i nije potrebna dilatacija cerviksa. Kroz vrat maternice uvodi se cjevčica te se nježno i potpuno prazni sadržaj (16). Kod trudnoća iznad 12. tjedna, provode se dilatacija i evakuacija. Sukcija i forceps koriste se u svrhu uklanjanja produkta začeca, a zatim se maternica struže kako bi se

osiguralo odstranjenje kompletnog tkiva. Svjetska zdravstvena organizacija sugerira ovakav način pobačaja jedino kad je manualna vakumska aspiracija kontraindicirana (16).

5.6.1.2. Pobačaj lijekovima

Mifepriston (RU 486) i prostaglandin koriste se za izazivanje pobačaja do 10. tjedna trudnoće. RU 486 može se koristiti ubrzo nakon začeća. U vrijeme začeća stanice trofoblasta, izlučuju humani gonadotropni hormon koji potiče žuto tijelo da stvara progesteron za implantaciju. Progesteronski receptori, smješteni u stijenci maternice, prihvaćaju progesteron, koji hrani zametak sve dok se ne stvori posteljica koja potpuno preuzima ulogu (17). Ukoliko jajašce nije oplođeno, žuto tijelo koje inače luči progesteron počme se raspadati te se progesteron više ne stvara. Nakon 28. dana kao posljedica pada progesterona sljedi ljuštenje sluznice i krvarenje maternice. RU 486 veže se za progesteronske receptore i sprječava ulazak progesterona u stijenu maternice. Prva značajna promjena koja se odnosi na endometriju maternice, uočava se na stanicama decidue, a posebno na endotelnim stanicama kapilara. Sastoji se od ljuštenja stanica endometrija, uranjenog krvarenja te odvajanja implantiranog trofoblasta (17). Nadalje, smanjuje se razina humanog korionskog gonadotropina, te nastaje posljedična luteoliza uz redukciju progesterona. Iz uništenih stanica endometrija oslobađa se prostaglandin čija se koncentracija povećava između 12 i 24 sata nakon primjene mifepristona. Taj prostaglandin potiče kontrakcije miometrija te tako pogoduje izbacivanju embrija kroz cervikalni kanal (17). Mifepriston djeluje na sluznicu maternice, te se nemože upotrebiti za prekid ektopične trudnoće. Uz mifepriston koristi se i prostaglandini, lijekovi koji potiču maternicu na stezanje, daju su u obliku injekcija ili vaginalnih čepića. Nuspojave uzimanja ovih lijekova su mučnina, povraćanje, proljev, crvenilo lica i nesvjesticu. Mifepriston i prostaglandin učinkoviti su u prekidu trudnoće manjoj od 7. tjedana. Mifepriston sprječava djelovanje progesterona u sluznici maternice te zbog toga prostaglandin ima učinkovitije djelovanje (17).

5.6.2. Komplikacije i posljedice izazvanog pobačaja

Razvoj komplikacija nakon inducirano pobačaja ovisi o tjednu trudnoće u kojem se pobačaj izveo te načinu izvođenja abortusa. Manji rizik za razvoj komplikacija imaju pobačaji koji se obavljaju u ranijoj trudnoći. Fizičke komplikacije pobačaja su ozljeda instrumentom s kojim se izvodi pobačaj. Jako krvarenje može nastati usljed traume ili atonije uterusa (16). 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 (16). Uzrok steriliteta mogu biti priraslice u endometralnoj šupljini ili fibroza jajovoda zbog infekcije. Priraslice u maternici nastaju nakon kiretaže uzrokovano stvaranjem ožiljkastog tkiva. Nasilnom dilatacijom cerviksa u uznapredovaloj trudnoći može se pridonjeti insuficijenciji cerviksa. 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 žene koje nisu bile sigurne u vezi prekida trudnoće (16). 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 posttraumatski stres sindrom, u tom slučaju žene učestalo proživljavaju neugodno iskustvo pobačaja, seksualna disfunkcija zbog straha od ponovne neželjene trudnoće, 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 (16).

5.7. Preventivne mjere sprječavanja neželjenih trudnoća

5.7.1. Edukacija mladeži

Razvojem spolne i tjelesne zrelosti, sve kasnijim ulaskom u brak, te dugogodišnjim školovanjem većina adolescenata i mladih osoba je spolno aktivna prije braka. Rizično spolno ponašanje rezultat je znatiželje, čestog mjenjanja spolnih partnera, pritisaka vršnjaka i emocionalne nezrelosti. Takvim ponašanjem adolescenti se izlažu riziku pojave spolno prenosivih bolesti i neplanirane trudnoće (9). Kod adolescentica se trudnoća otkrije kasnije zbog straha od osude okoline, kazni od roditelja ili stigmatizacije od vršnjaka. Program preventivnih mjera uključuje edukaciju mladeži o rizičnom spolnom ponašanju, upoznavanje s metodama kontracepcije, te mjere zaštite reproduktivnog zdravlja. Spolno ponašanje mladeži, stavovi o kontracepciji i praktična primjena kontracepcijskih sredstava određena je odgojem, razinom obrazovanja, sredinom iz koje osoba dolazi i vjerskim uvjerenjima (9).

5.7.2. Planiranje obitelji

Planiranje obitelji je svjesno odlučivanje muškarca i žene o najpovoljnijem vremenu za roditeljstvo, zatim rađanju željenog broja djece, te o određenom vremenu i razmaku između poroda. Cilj planiranja je rađanje zdrave, željene djece i svijsno i odgovorno roditeljstvo. Planiranje obitelji omogućava da se trudnoća i porod odvijaju u optimalno vrijeme, bez velikih rizika za preranom ili prekasnom trudnoćom, smanjuju se rizici za majku i djetete (9). Roditeljima je omogućeno da svojevrijem odrede razmak između trudnoća. Također, planiranjem obitelji par može spriječiti trudnoću ukoliko ima veći broj djece. Zajednica se prema planiranju obitelji odnosi pod utjecajem političkih i socijalno ekonomskih prilika te demografske situacije. Svatko ima pravno na vlastiti izbor načina življenja, ali ni jedna zajednica ne može prihvatiti planiranje kritičkog pada nataliteta (9). Zaštita majke i djece u suodnosu je s reproduktivnim zdravljem mlađih naraštaja, a time se određuje demografska situacija zajednice. Svjetska zdravstvena organizacija u svojim dokumentima Deklaracija o primarnoj zdravstvenoj zaštiti (1978.), Zdravlje za sve (1981.), Euroski ciljevi zdravlja za sve (1984.) ističe značenje zaštite majke i djeteta, te svaka zemlja u sklopu nacionalnih ciljeva i strategija određuje prioritete i intervencije za ostvarivanje ciljeva (9). Pravovremenom edukacijom odrasle populacije u reproduktivnoj dobi o planiranju obitelji, osiguranje ekonomske i društvene sigurnosti obitelji,

provođenjem kontrolnih pregleda u svrhu spriječavanja komplikacija vezanih za kontracepciju te kontrolni pregledi nakon spontanog abortusa kao i utvrđivanje i uklanjanje uzroka abortusa povećava se svjesno spolno ponašanje, smanjuje se postotak neželjenih trudnoća i namjerno izazvanih pobačaja. Nadalje, valjanim liječenjem steriliteta i ostalih bolesti reproduktivnog sustava povećava se broj željenih trudnoća (9).

5.8. Kontracepcija

Spriječavanje zanošenja bitna je mjera u planiranju obitelji, spriječavanju neželjene trudnoće i zaštiti reproduktivnog zdravlja. Obuhvaće sve postupke kojima se primjenom raznih metoda ili sredstava spriječava oplodnja i začeće. Razlozi za kontracepciju su osobne želje, uvjerenja i stavovi, zdravstveni razlozi i socijalno ekonomski. Koju metodu ili sredstvo će par odabrati kao način spriječavanja neželjene trudnoće ovisi o mnogo čimbenika. Bitnu ulogu u odabiru kontracepcije ima informiranost. Ako je par ili pojedinac dobro upoznat s prednostima i nedostacima pojedinih metoda može odabrati najprihvatljiviju za njegov način života, uvjerenje ili potrebu. Procesom edukacije nastoji se od školske dobi pomoći pojedincu unaprijediti i očuvati reproduktivno zdravlje, informirati o metodama i sredstvima kontracepcije, spriječiti bolest i njezine neželjene posljedice (9). Nakon provedene edukacije, osobama treba dati pismenu uputu, te ih osvjestiti o redovitim kontrolama tijekom uzimanja kontraceptiva. Bitno je pratiti krvni tlak, koncentraciju šećera u krvi, redovita kontrola jetrenih enzima te redovite ginekološke kontrole. Pacijentice moraju bit upoznate kako će postupiti ako zaborave popiti pilulu, i koje su druge metode barijere, da bi se očuvala učinkovitost (18).

5.8.1. Farmakološka kontracepcija

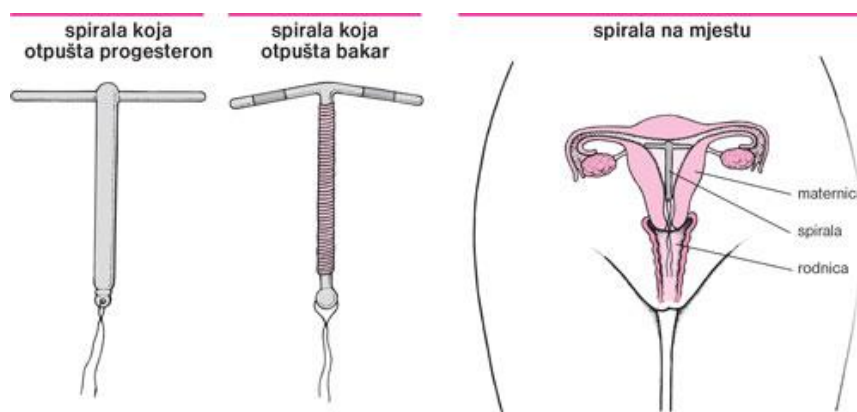
Oralni kontraceptivi blokiraju ovulaciju, tj. uzrokuju anovulacijski ciklus. Uz to, djeluju na endometrij tako da on postaje tanak, nestimuliran, dok menstruacijska krvarenja postanu oskudna, a cervikalna sluz gusta, viskozija i kao takva zaštita od spermija. Oralna hormonska kontracepcija može bit kombinacija estrogeno-progestagenska i hormonska kontracepcija s depogestagenskim preparatima (10). Estradiol je najpotentniji estrogen i glavni estrogen čija je sinteza u jajnicima. Njegova brza metabolička razgradnja i deaktivacija u crijevima i jetri predstavlja prepreku za korištenju u sklopu oralne kontracepcije. Većina preparata je

niskodozirana, dok oni visokodozirani povezuju se s pojavom vaskularnih bolesti i nastanak nuspojava. Gestageni ili sintetski progesteroni određuju razlike između kontraceptiva (18). Gestageni koji se koriste kao oralni kontraceptivi nastaju iz testosterona, progesterona i spironolaktona. Oralni kontraceptivi s progestinom imaju utjecaj na poboljšanje kože kod srednje ili blaže izraženih akni te se zbog tog učinka nazivaju oralnim kontraceptivima treće generacije. Većina kontraceptiva sadrži u svom sastavu jednaku količinu estrogena i progestina. Pripravci koji sadrže različite količine pokazali efikasni su uz primjenju malih mjesečnih doza hormona. Progesteronska pilula uzima se kad je primjena estrogena kontraindicirana kod venske tromboembolijske bolesti, pušenja ili zbog dobi (18). Kontracepcijske tablete dolaze u pakiranju od 21 tabletu koje se uzimaju redovito svaki dan po jedna zatim sljedi 7 dana bez tablete, 24 tablete, u kojem slučaju se smanjuje broj dana bez tableta, primjenjuje se kod žena sa simptomima ovisnim o menstrualnom ciklusu. Nadalje, postoje pakiranja od 28 i 84 tablete. Pakiranje od 28 tableta sadrži 21 tabletu hormona i 7 tableta neaktivnu tvar (placebo). Uzimanjem 84 tablete produžuje se ciklus odnosno tablete se piju 84 dana zatim sljedi 7 dana pauze. Taj način primjene omogućuje regulaciju menstruacije na 4 puta godišnje. Postoji režim pijenja tablete 365 dana gdje je menstrualno krvarenje jednom godišnje. Pilule koje sadrže progestin uzimaju se tijekom 28 dana i mogu izazvati nepredviđeno krvarenje (18). Za očuvanje kontraceptivnog efekta bitno je kroz 28 dana uzimati tabletu u približno isto vrijeme. Kontracepcijske pilule ne blokiraju u potpunosti ovulaciju, pa postoji mogućnost vanmaternične trudnoće. Ako se tableta ne uzme u roku tri sata od vremena uzimanja, idućih 48 sati potrebno je koristiti neku dodatnu kontracepcijsku metodu (18). Povoljno djelovanje oralnih kontraceptiva je regulacija menstrualnog ciklusa, predmenstrualnog sindroma, smanjenje mogućnosti nastanka raka jajnika i endometrija, smanjen broj infekcija zbog gube cervikalne sluzi, smanjena incidencija benigne bolesti dojke te dugotrajno korištenje kontraceptiva odgađa nastanak osteoporoze. Kontraindikacije za uzimanje kontraceptiva su alergijske reakcije, žučni kamenci, diabetes melitus, migrena s neurološkim simptomima, benigni i maligni tumori, tromboza, hipertenzija, krvožilne bolesti te trudnoća. Prije propisivanja oralnih kontraceptiva nužna je obrada pacijentice, te uvid u njezine opće bolesti kao što su dijabetes melitus, hipertenzija, hiperlipidemija i atipije vrata maternice (10). Oralna kontracepcija danas sadrži do pet puta nižu razinu hormona u odnosu na prve kontraceptive. Zbog toga je rizik od primjene, kao i nuspojave smanjen, dok je kontraceptivni i nekontraceptivni pozitivni učinak ostao isti. Žene uobičajeno počnu uzimati oralne kontraceptive nekoliko tjedana nakon poroda, pri prestanku dojenja ili nakon završetka menstruacije (18). Prvi način uzimanja tableta je prvi dan menstruacije, a kontracepcijsko djelovanje očituje se odmah u prvom ciklusu. Drugi način je

početak uzimanja tjedan dana nakon menstruacije, dok treći način odnosno metoda brzog početka obilježava uzimanje tablete odmah nakon pregleda kojim je utvrđeno da žena nije trudna te nepostojanje kontraindikacija. Preporuča se izbjegavti kontraceptive koji sadrže estrogen 21. dan nakon trudnoće zbog povećane sklonosti trombozi. Isto takom tijekom prvih 6 tjedana dojenja preporuka je neuzimati kombinirane kontraceptive zbog utjecaja hormona na dijete preko majčinog mlijeka. Također, mogu utjecati na količinu i kakvoću mlijeka. Tijekom prva dva ciklusa oralni kontraceptivi mogu izazivati mučninu i krvarenje zbog prilagodbe tijela na novu razinu hormona. Kod većine žena nakon tri mjeseca prolaze nuspojave dok kod manjeg broja perzistiraju (18). Spermicidi su dostupni u kremama, pjenama, gelovima i sl., a sadrže octoksinol, menfegol i druge tvari koje imaju ulogu kemijskog sulfaktanta. Kemijski sulfaktant uništava vanjsku membranu stanica spermija i na taj način djeluje kao barijera spremiju za ulaz u cerviks. Spermicidi sprječavaju neželjenu trudnoću, ali neosiguravaju zaštitu od spolno prenosivih bolesti. Česta upotreba izaziva, iritaciju, alergijske reakcije i mikrotraume u vaginalnoj sluznici (18).

5.8.2. Intrauterina kontracepcija

Postavljanjem intrauterinih uložaka, izaziva se lokalna upala endometrija koja uzrokuje stvaranje prostaglandina koji djeluje spermicidno i sprječava implantaciju. Uz to, djeluju i mehanički, sprječavajući normalno gibanje spermija (10). Pri postavljanju intrauterinog uložka povećan je rizik za unosom mikroorganizama u maternicu što može uzrokovat razvoj značajne upale. Intrauterini ulošci mogu bit nemedicimirani, bez dodatka kemijske tvari, i medicimirani, s dodatkom bakra ili progestagena. Insercija intrauterinih uložaka u materišće obavlja se petog dana menstruacijskog krvarenja ili poslje abortusa (10). Ulošci se postavljaju u materništvo kao što je prikazano na slici 7.1. te ostaju 3-5 godina, zatim se vade, ostavljaju se tri ciklusa regeneracije endometrija te se ponovo insertiraju. Kontraindikacije za postavljanje intrauterinih uložaka su upalne bolesti zdjeličnih organa, tumori genitala, obilne menstruacije, atipije vrata maternice te neredoviti menstruacijski ciklusi (10). Neželjena nuspojava je bolno i obilno menstruacijsko krvarenje. U prvih 6 mjeseci primjene moguća su neregulirana blaža krvarenja. Nakon uklanjanja uložka žena može odmah ostati trudna. Metoda kontracepcije intrauterinim uloškom nepreporuča se ženama koje imaju česte infekcije, vanmaterničnu trudnoću u anamnezi, promjene utvrđene Papa testom i druge bolesti povezane s imunokompromitacijom (AIDS, leukemija) (18).



Slika 11.1. Intrauterini uložak

Izvor: <http://www.msđ-prirucnici.placebo.hr/msđ-za-pacijente/specifne-bolesti-zena/planiranje-obitelji/metode-ritma>

5.8.3. Mehanička kontracepcija

Mehaničkom kontracepcijom smatra se dijafragma, cervikalna kapa, kondomi i kondomi za žene. Dijafragma je silikonska ili gumena fleksibilna naprava oblika kupole koja se stavlja u vaginu prije odnosa. Djeluje blokirajući prolaz spermija prekrivajući cerviks (18). Postavlja se duboko u vaginu, a na mjestu je drže vaginalni mišići (10). Najviše efikasnosti ima u kombinaciji sa spermicidnim sredstvom. Zbog lubrikatnih svojstva, spermicidi poboljšavaju prijanjanje. Najmanje 6 sati nakon snošaja otrebno je ostaviti postavljenu dijafragmu. Nuspojave primjene su male, a primjena se ne preporuča osoba s učestalim uroinfektima (18). Cervikalna kapa je gumena ili silikonska kapica koja je manja od dijafragme a prekriva samo vrat maternice. Iz tog razloga je manje pouzdana od ostalih metoda, pogotovo kod žena koje su imale porod zbog mogućeg iskrivljenja vrata maternice. Učinkovitost zaštite ovisi o pravilnom načinu korištenja. Kondomi kao način kontracepcije najpoznatiji su kontraceptivi. Štite od trudnoće i sprječavaju prijenos spolno prenosivih bolesti. Uglavnom su napravljeni od lateksa, koji je nepropustan za viruse. Upotrebom kondoma i drugih kontraceptiva sigurnost zaštite raste osim u slučaju korištenja kondoma i vaginalnih pripravaka baziranih na mineralnom ulju stoga je preporuka

koristiti lubrikante na bazi vode. Dostupni su za kupnju i upotrebu bez recepta te su prihvatljive cijene za većinu populacije (18). Kondom za žene je poliuretanska navlaka koja se stavlja u rodnicu. Sa svake strane je savitljivi prsten koji kondom drži na mjestu. Zatvoreni dio prekriva vrat maternice, a otvoreni se stavlja na ulaz u rodnicu. Ženski kondom pruža bolju zaštitu od spolno prenosivih bolesti nego muški kondom (18).

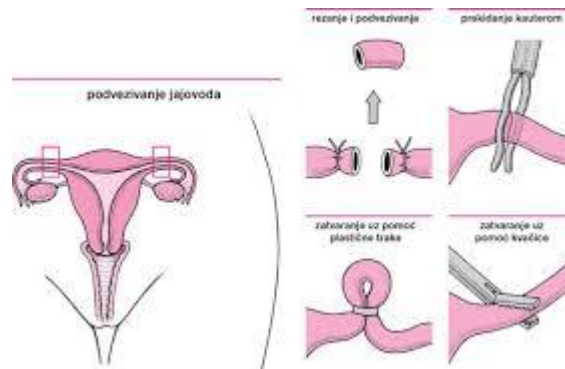
5.8.4. Prirodne metode kontracepcije

Prirodne metode se temelje na periodičnoj apstinenciji u vrijeme ovulacije. Ogino-Knaussova metoda je temelj prepoznavanja plodnih dana. Nadalje, u prirodne metode pripada temperaturna metoda, koja se osniva na spoznaji o porastu izmjerene bazalne tjelesne temperature u preovulacijskom razdoblju, te Bilingsova metoda koja se je provodi promatranjem cervikalne sluzi. Prekinuti snošaj spada u tradicionalne metode kontracepcije. Takve kontracepcijske metode nisu pouzdane i treba ih kombinirati s ostalim metodama (10). Provođenjem ove metode potrebna je edukacija od stručnjaka i samokontrola oba partnera, te dobro poznavanje i redovitost menstruacijskog ciklusa. Prirodna metoda kontracepcije najučinkovitija je kad se kombiniraju svi navedeni faktori. Nakon ovulacije raste temperatura tijela. Vrijeme nastupa ovulacije može se utvrditi mjerenjem temperature svako jutro odmah prilikom ustajanja, nakon punih 6 sati sna. Nadalje, potrebno je mjeriti uvijek u isto vrijeme, običnim i uvijek istim toplomjerom. Tijekom prve faze temperatura je ispod 36,6°C, dok u drugoj fazi dolazi do povišenja progesterona te nakon ovulacije, bazalna temperatura raste za 0,5°C. Tako povišena ostaje tijekom cijele druge polovice ovulacijskog ciklusa. Neplodno razdoblje počinje kada je temperatura povišena tri dana. Od 1. dana menstruacije do 3. dana uzastopno povišene temperature potrebno je apstinirati ili koristiti neku drugu metodu kontracepcije (18). Bilingsova metoda bazirana je na promjeni količine sluzi tijekom ciklusa. Količina sluzi se mjenja prije i poslje menstruacije, na početku ili kraju ciklusa. Sluz može biti gusta, ljepljiva, mutna, oskudna ili je opće nema. Neposredno prije ovulacije lučenje sluzi se poveća te postaje bistrija, a pri ovulaciji sluz sličij bjelancu jajeta, te je rastezljiva i elastična. Plodni dani obilježeni su bistrom, elastičnom i obilnom sluzi, koja se pojavljuje pet dana prije i tri dana nakon ovulacije. Preporuka je apstinirati od pojave prvih znakova sluzi nakon menstruacije do 4. dana nakon dana veće elastičnosti sluzi (18).

Ogino-Knausova metoda temelji se na teoriji da ovulacije prehodi sljedećoj menstruaciji 12-16 dana te da je druga faza ciklusa stabilnija. Kako bi metoda bila pouzdana, potrebno je individualno pratiti duljinu ciklusa tijekom 12 mjeseci i odrediti najkraći i najduži ciklus. Nije preporučljiva ženama s neredovitim menstruacijskim ciklusima. Prema Knausu, prvi plodni dan izračunava se po formuli u kojoj se od najkraćeg menstruacijskog ciklusa u danima oduzme 17. Zadnji plodni dan izračunava se oduzimanjem 13 dana od najduljeg menstruacijskog ciklusa u danima. U svrhu kontracepcije za određivanje vremena ovulacije koriste se testovi za određivanje plodnih dana koji su dostupni u ljekarnama. Baziraju se na kombinaciji metode mjerenja tjelesne temperature i određivanja LH pomoću trakica u urinu. Prednost prirodnih metoda kontracepcije je izostanak fizičkih nuspojava i dobra učinkovitost ako se slijede upute (18).

5.8.5. Kiruške metode kontracepcije

Kiruške metode kontracepcije obuhvaćaju sterilizaciju žene prikazano na slici 7.3. (podvezivanje, stvaranje diskontinuiteta jajovoda) i sterilizaciju muškarca postupkom vazektomije odnosno presjecanjem i podvezivanjem oba sjemenovoda (10). Mjesto presjecanja prikazano je na slici 7.4. Vazektomiju izvodi urolog ambulantno. Zahvat traje oko 20 minuta i potrebna je lokalna anestezija. Malim rezom na mošnji odstranjuje se komad svakog izvodnog kanala a otvoreni rubovi se zatvaraju. Nakon zahvata muškarac je plodan sve dok ne prođe 15 do 20 ejakulacija. Razlog tome je pohrana većih količina spermija u sjemenim mjehurićima (19). Komplikacije vazektomije uključuju krvarenje, spontano otvaranje kanala te upalni odgovor zbog izlaženja sjemena. Uz kontracepciju može se nastaviti normalna spolna aktivnost odmah nakon zahvata. Podvezivanje jajovoda puno je složenije od vazektomije, podrazumjeva rez na stijenci trbuha uz opću ili regionalnu anesteziju (19). Žene se mogu sterilizirati odmah nakon poroda ili sljedećeg dana, ne produljujući boravak u bolnici. Zahvat se izvodi laparoskopom koja se uvodi kroz mali rez na trbušnoj šupljini. Instrumentom se presječu jajovodi i podvezuju prerezani rubovi. Umjesto prerezivanja, mogu se rabiti različita mehanička sredstva kojima se spriječava prolaz kroz jajovod poput kvačica s oprugom ili plastičnih traka (19). Metoda sterilizacije je najdjelotvornija, trajna ali ireverzibilna. Ne preporuča se mlađim osobama i zakonski je regulirana (18).



Slika 7.3. Posupak sterilizacije žene

Izvor: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-za-pacijente/specificne-bolesti-zena/planiranje-obitelji/intrauterini-ulosci-spirale>



Slika 7.4. Mjesto sterilizacije muškaraca

Izvor: https://www.cybermed.hr/centri_a_z/kontracepcija/metode_kontracepcije

5.8.6. Hitna kontracepcija

Hitna kontracepcija je poznata kao pilula za „jutro poslje“ a namjena joj je prevencija moguće trudnoće nakon nezaštićenog spolnog odnosa ili kada postoji velika vjerovatnost da korištena metoda kontracepcije nije bila učinkovita. Također, daje se ženi nakon silovanja ili nakon ekspozicije teratogenima. Metoda nema učinkovitost ako je žena trudna. U Hrvatskoj su registrirana dva preparata za hitnu kontracepciju: preparati s levonogestrelom (sintetski gestagen) i ne-hormonalni preparat s ulipristal acetatom (selektivni modulator progesteronskih

receptora) (18). Oralni hitni kontraceptivi s levonogestrelom sprječavaju ovulaciju i oplodnju u preovulacijskoj fazi. Levonogestrel također izaziva promjene endometrija koje mogu otežati implantaciju, ali nema učinkovitost kad implantacija započne. Primjenjuju se u jednoj dozi, prvih 12 do 72 sata nakon nezaštićenog spolnog odnosa. Dođe li do povraćanja 3 sata nakon uzimanja tablete, one se neće apsorbirati te treba ponoviti uzimanje tablete. Ne-hormonska tableta djeluje inhibacijom ili odgađanjem ovulacije, na način da se veže visokim afinitetom na humani progesteronski receptor (18). Njegova djelotvornost je unutar 120 sati od nezaštićenog odnosa čime se pokriva period preživljavanja spermija. Najčešće nuspojave su bol u abdomenu, mučnina, glavobolja, povraćanje, omaglica i dismenoreja. Ljekovi koji povisuju pH u želudcu poput inhibitora protonske pumpe, antacida, antagonista H₂ receptora snizuju koncentraciju ulipristal acetata u plazmi, odnosno smanjuju mu djelotvornost. Obzirom na prednosti u odnosu na levonogestrel, ulipristal acetat čini prvi izbor u hitnoj kontracepciji. Prije uzimanja hitne kontracepcije farmaceut treba pružiti detaljne upute o načinu primjene lijeka, mogućim nuspojavama i obaveznoj upotrebi kontraceptivne mehaničke metode koju treba primjenjivati najmanje 7 dana nakon početka uzimanja hitnih kontraceptiva (18).

5.9. Zdravstvena njega bolesnice nakon pobačaja

Njega bolesnice nakon spontanog pobačaja obuhvaća ultrazvučni pregled radi utvrđivanja dali je pobačaj bio potpun ili ne. Zadaća sestre u tom razdoblju je pratiti vitalne funkcije tijekom boravka u bolnici te objasniti pacijentici razlog pobačaja i pružiti joj moralnu podršku. Nadalje, bolesnicu treba uputiti na praćenje iscjedka koji će u početku biti sukrvavo smeđkasti. Takav iscjedak će prestajati povećanjem produkcije hormona jajnika. Ukoliko su zaostali dijelovi konceptusa u materništvu, zadatak zdravstvenog osoblja je pripremiti pacijenticu fizički i psihički na kiretažu. Tretman nakon pobačaja ovisi o vrsti pobačaja. Pacijentice bez komplikacija nakon pobačaja puštaju se na kućnu njegu uz određivanje datuma prve kontrole. Artificijalni pobačaj uzrokuje veći postotak komplikacija zbog same činjenice da se većina namjernih pobačaja provodi ilegalno i nestručno. Pacijentice nakon pobačaja u klinici ili bolnici otpuštaju se kući ubrzo nakon zahvata s čime se povećava rizik od nastanka komplikacija. Kao i kod spontanog abortusa, sestra bolesnici treba biti podrška i profesionalno se odnositi prema svim pitanjima i nedoumicama. Informacije koje bi pacijentici mogle koristiti u danima poslje pobačaja treba reći usmeno i napisati pismenu uputu.

Svaka žena koja je imala neku vrstu spontanog pobačaja razvija osjećaj krivnje te smatra da je nešto učinila odnosno nije učinila kako bi spriječila pobačaj. Obzirom da se pobačaj može dogoditi u bilo koje vrijeme, gotovo svaka žena pronalazi neki događaj ili situaciju koja je mogla biti uzrok pobačaju (20). U takvim situacijama ženama treba ukazati da nisu odgovorne za pobačaj, i da je njihovo ponašanje normalno za takvu situaciju. Kroz razgovor s partnerom, žena će moći iznijeti svoje strahove te će partner shvatiti osjećaj tuge i gubitka za nerođenim djetetom. Osjećajna podrška može da se bol lakše podnese i s vremenom zaboravi (20). Tugovanje je dugotrajni proces koji se nesmiije požurivati niti odgađati jer u kasnijem životu se može pojaviti u jačem obliku. Potišteno raspoloženje nakon gubitka dijeta utječe na odnos s drugim ljudima. Iako smrt djeteta može partnere zbližiti, najčešće u njihov odnos unosi stresore koji su preteški za samostalno savladavanje (20). Partner osjeća da mora pružiti podršku ženi te da nesmiije prikazati svoje slabosti što dugoročno dovodi do toga da stimulira ravnodušno prihvaćanje neizbježnog, te ženu ostavlja samu s osjećajem odbačenosti. Muškarcu koji je potišten i u tuzi zbog gubitka, može biti teško to pokazati te na taj način stvara dojam da ne želi reći važne stvari (20). Gubitak djeteta izaziva gotovo uvijek pogoršanje i u seksualnom odnosu. U stanju potištenosti teško je osjetiti seksualno uzbuđenje, a kasnije kroz određeni period, kad se i osjeti, pretvara se u tugu zbog osjećaja da ste iznevjerili mrtvo dijete. Tugovanje nakon gubitka djeteta je proces u kojem je potrebno međusobno razumjevanje (20). Trudnoća nakon inducirano ili spontanog abortusa obilježena je predhodnim negativnim iskustvima. Žene koje imaju iskustvo spontanog pobačaja neshvaćaju razloge žena koje su napravile abortus te će se često uvrijediti ako se diskultira o njima u istom kontekstu. Unatoč tome, doživljaj gubitka u oba slučaja može biti težak, a osjećaj krivnje isti ili još veći (20). Žene su neprestano sklone uspoređivanju prošle i sadašnje trudnoće. Ukoliko je prošla završila gubitkom, prirodno je da će u trenutnoj trudnoći biti osjetljiva za sve opasnosti i rizike. Međutim, one same nisu svjesne takvog ponašanja već se nastoje zaštititi od još jednog bolnog iskustva (20). Kroz razgovor s timom koji vodi njezinu trudnoću, trudnica treba izraziti svoje strahove i zabrinutost te se uključiti u grupne pripreme za porod i roditeljstvo. Rođenjem zdravog djeteta ne može se nadomjestiti izgubljeno dijete, te je bitno da se žena osobno dobro osjeća, da je sposobna brinuti se o djetetu i da ima podršku okoline (20).

5.10. Etička pitanja abortusa

Tema abortusa, temelj je rasprava zagovaračkih grupa koje se dijele na protivnike pobačaja i one koji zagovarju prava žene da odlučuje o broju željene djece. Glavni argument protivnika pobačaja je stav da dijete u majčinoj utrobi kao ljudsko biće ima pravo na život. Oni se međuostalim zalažu za veće zakonske restrikcije ili potpunu zabranu pobačaja (21). Većina religijskih organizacija zastupa ovaj stav što dovodi do novih rasprava o pobačaju između vjernika i ateista. Aktualna tema rasprave je pitanje ima li Crkva pravo odlučivati i sudjelovati u donošenju zakona o pobačaju. Zabrana pobačaja spominje se i u Hipokratovoj zakletvi koju polažu liječnici rečenicom „Apsolutno ću poštivati ljudski život od samog početka“. Prema zakonu žena ima pravo na legalni prekid trudnoće do 10. tjedna, nakon 10. tjedna dužna je obratiti se komisiji. Maloljetnice ispod 16. godina uz zahtjev za prekid trudnoće trebaju i pismeni pristanak roditelja (21). Nakon isteka 10. tjedna od dana začeća komisija može odobriti prekid trudnoće uz zahtjev trudne žene u slučajevima: kada na temelju medicinskih indikacija se utvrdi da se na drugi način nemože spasiti ili otkloniti narušenje zdravlja žene tijekom trudnoće, za vrijeme poroda ili poslje poroda, kad se na temelju medicinskih indikacija i saznanja medicinskih znanosti može očekivati da će se dijete roditi s teškim prirođenim tjelesnim ili društvenim manama te kad je do začeća došlo u vezi krivičnog djela silovanja, obljubom nad nemoćnom osobom, obljube zloupotrebe položaja, obljube s djetetom ili incesta (22). Postupak odluke o zahtjevu za prekid trudnoće je hitan te je komisija dužna donesti odluku o zahtjevu za prekid trudnoće u roku osam dana od dobivanja zahtjeva. Ukoliko je trudna žena nezadovoljna prvobitnom odlukom komisije prvog stupnja ima pravo na žalbu u roku tri dana, tada je komisija drugog stupnja u roku osam dana može donjeti prigovor na odluku komisije prvog stupnja. Donesena odluka komisije drugog stupnja nakon uvida u određenu situaciju je konačna (22). Utvrdi li se da je žena obavila prekid trudnoće suprotno odredbi zakona, dužnost odgovorne osobe u zdravstvenoj organizaciji udruženog rada u kojoj je učinjen pobačaj je podnijeti prijavu nadležnom organu gonjenja (22).

5.10.1. Pro life pokret

Pro life pokret najčešće zagovraju kršćani a svoje inicijative ostvaruju u centrima za život. Centri za život na temelju razgovora i osobnog dijaloga nude usluge specijalističko bolničkog savjetovanja, posebno za rizičnu trudnoću, brigu za žene bez adekvatnog smještaja i

onih koje iz određenih razloga moraju napustiti svoje obitelji (23). Zajednički nazivnik pod kojim inicijative i udruge djeluju je poštovanje svakog ljudskog života i sugeriranje na obitelji kao temelju društva. Njihov naglasak je na misli da život započinje začecem a ne rođenjem te da od tog trenutka se nerođenom djetetu daju sva prava koje ima svaka osoba (23). Između ostalog, njihovi ciljevi usmjereni su i na postizanje većih prava za žene. Cilj im je osigurati konkretne mjere za bolje usklađivanje privatnog i profesionalnog života. Sredstva zalaganja su: molitva, peticije, sigurne kuće za trudnice i samohrane majke, osiguravanje i pružanje financijske pomoći potrebitima te razna savjetovališta. Pro life inicijativa uključuje volontere iz društvenih i Crkvenih sektora kojima je zajednički cilj obrana ljudskog života. Inicijativa pro life pokreta je Hod za život. Hod za život je miroljubivi hod građana u svrhu potpore svakom djetetu, rođeno i nerođenom, majci, ocu i svim obiteljima. Cilj pokreta je privlačenje pozornosti na poštivanje ljudskog života od rođenja do smrti (23).

5.10.2. Pro choice pokret

Aktivisti Pro choice pokreta smatraju da je ženino pravo samostalno donjeti odluku želi li roditi djecu i kada te se zalažu da kontracepcija i pobačaj bude legalni, sigurno i teritorijalno te financijski dostupni ženama. Zastupnici ovog pokreta smatraju da ljudska osoba nastaje rođenjem te tada dobiva svoja ljudska prava (23). Bave se zagovaranjem prava žena bez navođenja rizika koji ostavlja pobačaj. Između ostalog zahtjevaju: medicinski siguran i besplatan pobačaj u svim bolnicama kao i sankcije za one koji odbiju zahtjev žene, besplatnu kontracepciju, dostupnu sterilizaciju, umjetnu oplodnju, javnu kompaniju o kontracepciji i zaštiti o spolnim bolestima, besplatna savjetovališta, liberalni spolni odgoj u vrtićima i školama, uklanjanje spolnih stereotipova, uklanjanje vjeronauka u školama itd. (23). U Hrvatskoj najpopularnija ne vladina organizacija je B.a.b.e. osnovana 1994. godine sa ciljem zaštita i promicanje ženskih prava. Danas su im zahtjevi usredotočeni na promociju rodne ravnopravnosti i osiguravanje istih mogućnosti za muški i ženski rod na svim razinama društvenog života. Članovi organizacije javno kritiziraju Crkvu, te vjernike koji imaju suprotna mišljenja. Smatraju da Crkva ima prevelik utjecaj na državna tijela, a da svaka država mora imati legaliziran prekid trudnoće (23).

5.11. Statistika pobačaja u Hrvatskoj 2017. godine

Godine 2017. prijavljeno je 6.145 pobačaja, uzrokovajući daljni pad prijavljenih pobačaja u odnosu na prijašnje godine. 40% pobačaja čine inducirani pobačaji dok ostalih 60% klasificiraju se u podskupinu nenamjerno izvedenih pobačaja. Nenamjerno izvedeni pobačaji najviše obuhvaćaju podskupinu „ostalih abnormalnih produkta začeca“ koji čine 32,61% od ukupnih pobačaja te „spontani pobačaji“ koji čine 21,58%. Izvanmaternična trudnoća evidentirana je kod 4,43% pobačaja koji su prijavljeni dok se ostali i nespecificirani pojavljuju sporadično. Više od 80% prijavljenih pobačaja u 2017. Godini dogodilo se u prvih 10 tjedana trudnoće, a u 2% podatak o gestacijskom dobu nije poznat. Nešto više od trećine žena s pobačajem u 2017. Godini odnosno 38% nije imalo živorođene djece. Tijekom 2017. Godine nije zabilježen ni jedan smrtni slučaj povezan s pobačajem dok su zbog komplikacija uzrokovanih pobačajem prijavljene 182 hospitalizacije. Učestalost pojavljivanja iznosi 29,6 na 1000 prijavljenih pobačaja. Prijavljeno je 2.416 legalno induciranih pobačaja, što čini na 100 poroda, 7 legalno induciranih pobačaja. U Hrvatskoj prosječna stopa namjernih pobačaja je 263,87 na 100 000 žena generativne dobi. Najviše legalno induciranih pobačaja je kod žena u dobi 30-39 godina. Ova dobna skupina čini postotak od 47,68%. Zatim sljede žene između 20 i 29 godina kod kojih je evidentirano 36,34% od svih legalno induciranih pobačaja. Stopa pobačaja kod maloljetnica čini 2% ukupnih legalno induciranih pobačaja, odnosno prijavljeno je 49 legalnih pobačaja. Najviše žena s legalno induciranim pobačajem su bez živorođene djece (32,4%). Žene s dvoje živorođene djece čine 28,1%. Visoki udio je žena s jednim živorođenim djetecom (20%), dok s troje živorođene djece je 12,4%. Većina legalno induciranih pobačaja (85,68%) provedeni su zbog zahtjeva žene, dio od 3,10% učinjen je radi utvrđene malformacije ploda, a 1,45% zbog rizika za zdravlje žene. Od 2.070 prijavljenih i legalno induciranih pobačaja učinjenih na zahtjev žene, prema dostupnim podacima, žene u 76,91% slučajeva nisu koristile metode kontracepcije. Bračni status evidentiran je kod 37,17% dok je u trećini slučajeva nepoznat. U braku je bilo 53,82% žena koje su učinile pobačaj na zahtjev bez medicinskih ili nekih drugih zakonskih razloga. Tokom prva tri mjeseca odnosno prvih 10. tjedana učinjeno je 91,97% legalno induciranih pobačaja. Najviša stopa legalno induciranih pobačaja zabilježena je u Istarskoj županiji (623,31 pobačaj na 100 000 žena), a najmanja stopa bila je u Splitsko-dalmatinskoj županiji (68,60 pobačaja na 100 000 žena) (24).

5.12. Sestrinske dijagnoze kod spontanog abortusa

5.12.1. Nedostatak znanja u području unapređenja zdravlja u/s dijagnosticiranom hipertireozom

Cilj: 1. Pacijentica će redovito uzimat terapiju

2. Pacijentica će provoditi tjelesnu aktivnost minimalno 3 puta tjedno

3. Pacijentica će se pridržavati plana prehrane

4. Pacijentica redovito provodi medicinske kontrole

Intervencije:

1. Objasniti svrhu i nuspojave uzimanja lijekova

2. Ukazati na rizike ne uzimanja terapije

3. Provjeriti količinu znanja o terapiji

4. Sugerirati uzimanje terapije svakodnevno u isto vrijeme

5. Saznati prijašnje prehranbene navike

6. Procijeniti socijalno ekonomski status, financijsku mogućnost za balansiranu prehranu

7. Napraviti plan svakodnevne aktivnosti za povećanje mišićne mase

8. Navesti hranu koju treba konzumirati a koju izbjegavati

9. Pomoći osmisliti tjedni jelovnik

10. Dogovoriti s pacijenticom slijedeću kontrolu hormona štitnjače i TSH

11. Sve upute napisati i dati pacijentici ili obitelji

12. Provjeriti koliko je pacijentica naučila i shvatila

13. Sve intervencije dokumentirati i potpisati se

Evaluacija: 1. Pacijentica redovito uzima terapiju

2. Pacijentica provodi tjelesnu aktivnost 4-5 puta tjedno

3. Pacijentica zna samostalno osmisliti tjedni jelovnik

4. Pacijentica redovito dolazi na medicinske kontrole prema dogovoru

5.12.2. Neupućenost u znakove ektopične trudnoće i postupke liječenja

Cilj: 1. Pacijentica će znati rane znakove ektopične trudnoće

2. Pacijentica će biti adekvatno zbrinuta tijekom hospitalizacije
3. Pacijentica će se vratiti svakodnevnim aktivnostima

Intervencije: 1. Educirati oboljelu od hipertireoze o mogućem riziku ektopične trudnoće

2. Navesti simptome i znakove kako bi ih žena prepoznala na vrijeme
3. Pri sumlji na ektopičnu trudnoću pratiti vitalne znakove
4. Postaviti venski put i održati ga prohodnim
5. Uzeti uzorak krvi za krvnu grupu, Rh faktor i interakciju
6. Mjeriti unos i iznos tekućine
7. Pripremiti ženu za dijagnostičke postupke
8. Pripremiti ženu za zahvat
9. Osigurati psihičku podršku
10. Ublažiti bol
11. Osigurati mirovanje u krevetu
12. Pomoći pri zadovoljavanju osobnih potreba
13. Educirati ženu o zdravstvenom ponašanju poslje zahvata
14. Omogućiti emocionalnu potporu supruga
15. Evidentirati učinjeno

Evaluacija: 1. Pacijentica zna nabrojati znakove i simptome ektopične trudnoće

2. Pacijentica je adekvatno zbrinuta tijekom boravka u bolnici
3. Pacijentica se vratila svakodnevnim aktivnostima uz podršku supruga

5.12.3. Depresija u/s gubitkom trudnoće

Cilj: 1. Pacijentica će znati patofiziologiju svoje trudnoće

2. Pacijentica će biti svjesna situacije
3. Pacijentica neće izražavati samooptuživanje

Intervencije: 1. Objasniti patofiziologiju njezine trudnoće

2. Biti uz pacijenticu i osigurati joj podršku
3. Smjesti ti je u zasebnu sobu li s ženama s sličnim iskustvom
4. Poticati je na izražavanje emocija i strahova
5. Osigurati sve informacije o ektopičnoj trudnoći
6. Uputiti je u kasnije reproduktivne mogućnosti

Evaluacija: 1. Pacijentica zna opisati patofiziologiju svoje trudnoće

2. Pacijentica je svjesna situacije
3. Pacijentica ima veće samopoštovanje

5.12.4. Bol u/s laparoskopiskim zahvatom

Cilj: 1. Pacijentica će znati čimbenike koji utječu na pojavu boli

2. Pacijentica će na skali za ocjenu boli, ocjeniti bol nižom nego što je bila u početku

3. Pacijentica će znati načine ublaživanja boli

Intervencije: 1. Pratiti vitalne funkcije

2. Prepoznati znakove boli kod pacijentice

3. Procijeniti bol pomoću VAS skale

4. Podučiti pacijenticu nefarmakološkim metodama ublažavanja boli

5. Primjeniti navedene metode

6. Sugerirati na zauzimanje položaja koji ne izaziva bol

7. Izbjegavati pritisak bolnog područja

8. Podučiti pacijenticu tehnikama relaksacije

9. Koristiti tehnike relaksacije

10. Obavijestiti liječnika o pojavi boli

11. Poticati pacijenticu na verbalizaciju osjećaja boli

12. Primjeniti farmakološku terapiju po preporuci liječnika

13. Ponovno procijeniti bol

14. Dokumentirati pacijentove procjene boli

Evaluacija: 1. Pacijentica prepoznaje i verbalizira čimbenike koji utječu na pojavu boli

2. Pacijentica na skali za bol procjenjuje bol nižom nego na početku

3. Pacijentica zna demonstrirati metode za ublažavanje boli

6. ZAKLJUČAK

Pobačaj izaziva različita mišljenja, te zadire u različite dimenzije ljudskog života. U zadnje vrijeme sve je više rasprava na temu pobačaja koje unatoč brojnim argumentima za i protiv, ne dolaze do rješenja aktualne problematike. Pojam abortus podrazumjeva spontani abortus i najmerno izazvani abortus. Spontani abortus definira se kao gubitak ploda u trudnoći nižoj od 22 ili 24 tjedna. Odnosno abortusom se smatra svaki porod u kojem težina ploda iznosi manje od 500 grama. Dijagnostika spontanog pobačaja temelji se na uzimanju podataka o prijašnjim trudnoćama, trenutnoj trudnoći i pojavnosti simptoma, UTZ pregledu i ginekološkom pregledu. Neizostavno je određivanje beta HCGa iz krvi. Svako krvarenje tijekom trudnoće, osobito u prva tri mjeseca, može indicirati pobačaj. Krvarenje koje je slabije u početku, obilježeno smećkastim ili žarko crvenim iscjedkom te njegovo pojavljivanje više puta dnevno signalizira pobačaj. Uz krvarenje, umjerena bol u području križa i abdomena obično nestane. Ukoliko se UTZ utvrdi da je fetus živ, ženi će se savjetovati izbjegavanje seksualnih aktivnosti i mirovanje. Žene koje imaju 35 ili više godina te žene s višeploidnom trudnoćom imaju povećani rizik za spontanim pobačajem. Određeni čimbenici karakteriziraju habitualni pobačaj, npr. genski poremećaji, poremećaji maternice i cerviksa, osnovna bolest žene, imonološki poremećaji i trauma ploda uzrokovana dijagnostičkim pregledima. Namjerni pobačaj je kirurški medicinski zahvat u svrhu prekida trudnoće. Zakonski je legalan do 10. tjedna trudnoće. Poslje tog perioda samo uz odobrenje komisije ili ako je narušeno ženino zdravlje. Prek trudnoće može se obaviti u ovlaštenim zdravstvenim ustanovama koje imaju odjel ginekologije i porodiljstva. Ilegalno obavljanje pobačaja u ginekološkim ambulatama je zabranjeno. Lječnici imaju pravo koristiti prigovor savjesti koji je povezan s religijskim i osobnim stajalištem. U tom slučaju, obavezni su svoju odluku priopćiti pacijentici i uputiti je drugom liječniku. Bez obzira na prigovor svjesti, dužnost zdravstvenih ustanova je osigurati liječnički tim za obavljanje pobačaja. Prekidi trudnoće naplaćuju se od 860 do 3000 kuna ovisno o ustanovi. Prije abortusa potrebno je obaviti ginekološki pregled i UTZ. Danas je obitelj podložena socijalnim, ekonomskim, psihološkim te demografskim i političkim čimbenicima koji imaju snažni negativni utjecaj na želju za većim brojem djece. Loša socijalna i ekonomska situacija dovodi partnere na odluku o pobačaju zbog nemogućnosti kvalitetne brige za dijete. Dugo školovanje, potreba da se izgradi karijera i potreba za osamostaljenjem uzrok je prekida trudnoće ukoliko se desi prije planiranog vremena. Sestrinski rad usmjerava se na edukaciju adolescenata i odraslih osoba u svrhu sprječavanja neželjene trudnoće promjenom rizičnog spolnog ponašanja i korištenjem kontracepcijskih sredstava.

7. LITERATURA

1. Zubak M., Abortus u 19. stoljeću (pregledni rad)
2. Turk V., Zdravstvena njega majke i novorođenčeta, Zdravstveno veleučilište studij sestrinstva
3. Dražančić A. i suradnici, Porodništvo , Školska knjiga, Zagreb; 1994
4. MSD priručnik dijagnostike i terapije, Članak na webu (Online) Dostupno na: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/ginekologija/poremecaji-trudnoce/spontani-pobacaj> 20.06.2019
5. Keros P. Pećina M. Ivančić-Košuta M. Temelji anatomija čovjeka, Medicinska biblioteka
6. Petrović O. Finderle A. Rani gubitak trudnoće nakon procesa potpomognute oplodnje (tematski rad). Medicina; 2007
7. Mardešić D., Pedijatrija Školska knjiga, Zagreb; 2005
8. Rupčić I. Koncentracija homocisteina u plazmi žena s neplodnošću ili s učestalim pobačajima (diplomski rad). Farmaceutsko-biokemijski fakultet Zagreb; 2014
9. Mojsović Z., Sestrinstvo u zajednici, Zdravstveno veleučilište Zagreb; 2006
10. Habek D., Porodništvo i ginekologija , Školska knjiga, Zagreb; 2009
11. Portal Hrvatskih znanstvenih i stručnih časopisa, izvorni zdravstveni članak (Online). 2015. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/153012> . (27.03.2019)
12. Papić-Štemberger S. Citologija vrata maternice (Pregledni članak) , Zavod za kliničku citologiju, KBC Rijeka, Rijeka; 2016
13. Tonković-Đurišević I. Crkvnac-Gornik K. Mužinić D., Letica LJ., Begović D. Balansirane translokacije u roditelja otkrivene kariotipizacijom spontanih pobačaja (Znanstveni rad), Pawdiatia croatica, Medcinski fakultet, Zagreb; 2003
14. MSD priručnik dijagnostike i terapije , Članak na webu (Online) Dostupno na: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/ginekologija/poremecaji-trudnoce/ektopicna-trudnoca> 20.06.2019.

15. Pisana obavjest o dilataciji i kiretaži maternice, Služba za ginekologiju i opstetriciju, Opća bolnica Pula, pdf dokument na webu (Online) Dostupan na: <https://www.obpula.hr/wp-content/uploads/2015/05/KIRETA%C5%BDA.pdf> 20.06.2019
16. MSD priručnik dijagnostike i terapije, Članak na webu (Online) Dostupno na: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/ginekologija/planiranje-obitelji/inducirani-pobacaj> 20.06.2019.
17. Šinić E. Bioetički pogled na oralnu hitnu kontracepciju (Diplomski rad) Farmaceutsko-biokemijski fakultet, Zagreb; 2015
18. Turčić P. Kontracepcija, Hrvatska liječnička komora u suradnji s Bayer HealthCare
19. MSD priručnik dijagnostike i terapije, Članak na webu (Online) Dostupno na: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-za-pacijente/specifne-bolesti-zena/planiranje-obitelji/sterilizacija> 21.06.2019.
20. Kitzinger S., Trudnoća i porod, Mladost, Zagreb; 1982
21. Seminarski rad iz medicine, Etički aspekt abortusa, članak na webu (Online) Dostupno na: <https://www.seminarski-diplomski.co.rs/MEDICINA/Eticki-aspekti-abortusa.htm>
22. Propisi.hr, Zakon o zdravstvenim mjerama o ostvarivanju prava na slobodno odlučivanje o rađanju djece, Urednički pročišćeni tekst, „Narodne novine“, broj 18/78 i 88/09 – Zakon o medicinskoj oplodnji (Online) Dostupno na: <http://www.propisi.hr/print.php?id=9842> (15.06.2019)
23. Kovač Lj. Pro Life inicijative u promicanju moralnih vrijednosti života (završni specijalistički rad). Katolički bogoslovni fakultet u Đakovu; 2017
24. HZJZ, Pobačaji u zdravstvenim ustanovama u Hrvatskoj 2017. Godine, Izvješće za 2017. Godinu (Online) Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2018/06/Bilten_POBACAJI_2017.pdf 21.06.2019.

8. OZNAKE I KRATICE

HLA lokus – ljudski leukocitni antigen

HCG – humani korionski gonadotropin

LH – hormon lutinizacije

9. SAŽETAK

Obzirom da je u zadnje vrijeme sve više aktualna tema abortusa u radu je opisan spontani pobačaj, kako i zašto do njega dolazi te koje su vrste spontanog pobačaja, namjerno izazvani pobačaj, metode izvođenja pobačaja, kontracepciju i preventivne mjere za spriječavanje neželjenih trudnoća. Također, kroz rad bazirano je na važnost provođena edukacije i zdravstvnog odgoja u svim segmentima koji mogu utjecati ili utječu na spontani ili namjerni pobačaj.

Ključne riječi: Spontani abortus, namjerno izazvani abortus, kontracepcija, preventivne mjere, etičko pitanje abortusa

10. SUMMARY

Considering that the topic of abortion has been increasingly topical lately, it describes spontaneous abortion, how and why it occurs, and what types of miscarriage intentionally induced abortion, performing methods, contraception and preventive measures to prevent unwanted pregnancies. Also, the importance of conducting education in all segments that can affect abortion or intentional abortion is based throughout the paper.

Keywords: spontaneous abortion, deliberately induced abortion, contraception, preventive measures, the ethical issue of abortion

11. PRILOZI

1. Slika 11.1. Intrauterini uložak

Izvor: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-za-pacijente/specifne-bolesti-zena/planiranje-obitelji/metode-ritma>

2. Slika 7.3. Postupak sterilizacije žene

Izvor: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-za-pacijente/specifne-bolesti-zena/planiranje-obitelji/intrauterini-ulosci-spirale>

3. Slika 7.4. Mjesto sterilizacije muškarca

Izvor: https://www.cybermed.hr/centri_a_z/kontracepcija/metode_kontracepcije

IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

Pod punom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradio/la samostalno, poštujući načela akademske čestitosti, pravila struke te pravila i norme standardnog hrvatskog jezika. Rad je moje autorsko djelo i svi su preuzeti citati i parafraze u njemu primjereno označeni.

| Mjesto i datum | Ime i prezime studenta/ice | Potpis studenta/ice |
|---------------------------------|----------------------------|---------------------|
| U Bjelovaru, <u>13.09.2019.</u> | HELENA JURČEVIĆ | Helena Jurčević |

Prema Odluci Veleučilišta u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta u Bjelovaru bit će pohranjene i javno dostupne u internetskoj bazi Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu. Ukoliko ste suglasni da tekst Vašeg završnog rada u cijelosti bude javno objavljen, molimo Vas da to potvrdite potpisom.

Suglasnost za objavljivanje elektroničke inačice završnog rada u javno dostupnom nacionalnom repozitoriju

HELENA JURČEVIĆ

ime i prezime studenta/ice

Dajem suglasnost da se radi promicanja otvorenog i slobodnog pristupa znanju i informacijama cjeloviti tekst mojeg završnog rada pohrani u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu i time učini javno dostupnim.

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 13.05.2019.

Helena Jurčević
potpis studenta/ice