

Bezbedan abortus: tehnički i regulatorni priručnik za zdravstvene sisteme

Drugo izdanje



SRH Serbia
IPPF member

Bezbedan abortus:

tehnički i regulatorni priručnik za zdravstvene sisteme

Drugo izdanje



**SRH Serbia
IPPF member**

Priznanje

SRH Srbija duguje zahvalnost Svetskoj zdravstvenoj organizaciji zbog dopuštenja kao i podrške u prevođenju i adaptiranju priručnika na srpski jezik.

Izvor finansiranja

Prevođenje, dizajn i štampanje srpskog izdanja ovog priručnika finansirala je Evropska Mreža IPPF www.ippfen.org

Objavila Svetska zdravstvena organizacija 2012. godine pod naslovom
Safe Abortion: technical and policy guidance for health systems – 2nd ed.

Teme: 1. Abortus, indukovani – metode 2. Abortus, indukovani – standardi
3. Prenatalna nega – organizovanje i administriranje 4. Prenatalna nega – standardi 5. Briga o majci
6. Zdravstvene poliike 7. Uputstva

Svetska zdravstvena organizacija je Asocijaciji za seksualno i reproduktivno zdravlje Srbije dala prava na prevod i objavljinje na srpskom jeziku, a Asocijacija je isključivo odgovorna za kvalitet i vernošć srpskog prevoda. U slučaju neusaglašenosti između izdanja na engleskom i srpskom, originalna engleska verzija će biti smatrana obavezujućom i autentičnom.

Bezbedan abortus tehnički i regulatorni priručnik za zdravstvene sisteme

© Asocijacija za seksualno i reproduktivno zdravlje Srbije 2016

Skraćenice

D&K	dilatacija i (oštra) kiretaža
D&E	dilatacija i evakuacija
EVA	aspiracija električnim vakuumom
DPP	dobra praksa proizvođača
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (ocenjivanje procene, razvoja i evaluacije smernica)
hCG	humani horionski gonadotropin (human chorionic g onadotrophin)
HIV	virus humane imunodeficijencije
DVN	dezinfekcija visokog nivoa
ICPD	International Conference on Population and Development (Međunarodna konferencija za stanovništvo i razvoj)
IUS	intrauterino sredstvo
IV	intravenski
KCl	kalijum hlorid
PMP	poslednji menstrualni period
MVA	manuelna vakuum aspiracija
NVO	nevladina organizacija
PG	prostaglandin
Rh	resus faktor (krvna grupa)
RTI	infekcije reproduktivnog trakta
PPB	polno prenosive bolesti
UN	Ujedinjene nacije
UNFPA	Fond Ujedinjenih nacija za stanovništvo
UNPD	United Nations Population Division
SAD	Sjedinjene Američke Države
SZO	Svetska zdravstvena organizacija (WHO -World Health Organization)

Definicije koje se koriste u ovom dokumentu

- *Trajanje trudnoće ili gestaciona starost:* broj dana ili sedmica od prvog dana ženinog poslednjeg normalnog menstrualnog perioda (PMP) kod žena koje imaju redovne cikluse (za žene koje nemaju redovne cikluse gestaciona starost mora da se odredi fizikalnim ili ultrazvučnim pregledom). Generalno, smatra se da prvi trimestar predstavljaju prvih 12 ili prvih 14 sedmica trudnoće (pogledajte tabelu 1).

Tabela 1. Ekvivalent gestacione starosti u sedmicama i danima tokom prvog trimestra	
<1	0-6
1	7-13
2	14-20
3	21-27
4	28-34
5	35-41
6	42-48
7	49-55
8	56-62
9	63-69
10	70-76
11	77-83
12	84-90
13	91-97
14	98-104

Preuzeto iz: International statistical classification of diseases and health related problems, 10th revision – ICD-10, Vol. 2, 2008 Edition. Geneva, World Health Organization, 2009.

- *Medicinske metode abortusa (medicinski abortus):* upotreba farmakoloških lekova kako bi se prekinula trudnoća. Ponekad se koriste i termini "nehirurški abortus" ili "abortus pomoću lekova".
- *Regulacija menstruacije:* evakuacija sadržaja materice bez laboratorijske ili ultrazvučne potvrde trudnoće za žene koje su prijavile skorašnje kašnjenje menstrualnog ciklusa.
- *Osmotski dilatatori:* kratki i tanki štapići napravljeni od morskih algi (laminaria) ili sintetičkog materijala. Nakon što se postave u otvor grlića materice dilatatori apsorbuju vlagu, šire se i tako postepeno dilatiraju grlić.

- *Način i put primene misoprostola:*
 - oralno - pilule se odmah progutaju;
 - bukalno – pilule se stavljuju između obraza i desnih i progutaju se nakon 30 minuta;
 - sublingvalno - pilule se stavljuju pod jezik i progutaju za 30 minuta;
 - vaginalno – pilule se stavljuju u vaginalne svodove (najdublji deo vagine), a ženi se kaže da leži tokom narednih trideset minuta;

Hirurški metodi abortusa (hirurški abortus): korišćenje transcervikalnih procedura za prekid trudnoće, što podrazumeva aspiraciju vakuumom i dilataciju i evakuaciju (D&E) (pogledajte poglavje 2, odeljak 2.2.4 za detaljniji opis metoda hirurškog abortusa).

Terminologija iz oblasti ljudskih prava

- *Međunarodni sporazum o ljudskim pravima:* ponekada se naziva konvencija ili konvent, usvaja ga međunarodna zajednica ili države, uobičajeno na zasedanju generalne skupštine Ujedinjenih nacija. Svaki sporazum uspostavlja određen opseg ljudskih prava, kao i određene obaveze u vezi sa njima koje su pravno obavezujuće za države koje su ratifikovale sporazum. U dodatku 7 naveden je spisak ovih sporazuma.

- *Telo za nadziranje sporazuma:* svaki međunarodni sporazum nadzire se od strane određenog tela za nadzor (pogledajte dodatak 7). Tela za nadzor sporazuma su komiteti/odbori koje čine nezavisni eksperti. Njihova glavna funkcija je da nadziru usklađenost državne prakse sa doticnim sporazumom, što uključuje i analizu državnih izveštaja.
- *Opšti komentari/preporuke:* mišljenje tela za nadzor sporazuma o tome koliko su zadovoljni odredbama u kontekstu ljudskih prava za određena tematska pitanja ili metoda rada. Opšti komentari treba da razjasne obaveze država da daju izveštaje u skladu sa određenim odredbama i da sugerisu načine pristupa prilikom implementacije odredbi sporazuma.
- *Zaključna zapažanja:* nakon podnošenja izveštaja od strane države i konstruktivnog dijaloga sa predstavnicima države o konkretnom sporazumu, tela za nadziranje sporazuma izdaju zaključna zapažanja državi koja je podnела izveštaj. Ova zapažanja se sakupljaju u godišnjem izveštaju i šalju se Generalnoj skupštini Ujedinjenih nacija.
- *Regionalni sporazumi o ljudskim pravima:* države su usvojile sporazume o ljudskim pravima u Africi, Amerikama, Evropi i Bliskom istoku. Regionalna tela za ljudska prava kao što su Afrička unija, Organizacija američkih država, Savet Evrope, Evropska unija i Liga arapskih zemalja nadziru da li se države pridržavaju sporazumnih obaveza. Do danas ne postoje regionalni sporazumi o ljudskim pravima u Jugoistočnoj Aziji ili na Zapadnom Pacifiku. U dodatku 7 nabrojani su regionalni sporazumi o ljudskim pravima.
- *Standardi ljudskih prava:* značenje i opseg ljudskih prava onako kako ih interpretiraju i primenuju telo zaduženo da se bave ljudskim pravima, npr. međunarodni, regionalni i nacionalni sudovi i komiteti za ljudska prava.

SADRŽAJ

Sažetak	1
Proces razvoja priručnika	10
Pozadina	10
Metode	10
Način donošenje odluka tokom tehničkih konsultacija	12
Priprema dokumenata i recenzija	12
Raspodela dokumenta priručnika	12
Ažuriranje priručnika	13
Poglavlje 1	16
Zdravstvena zaštita u vezi bezbednog abortusa: obrazloženje sa aspekta javnog zdravlja i ljudskih prava	17
1.1 Pozadina	17
1.2 Javno zdravlje i ljudska prava	18
1.3 Trudnoće i abortusi	19
1.4 Posledice nebezbednog abortusa na zdravlje	19
1.5 Upotreba kontracepcije, slučajne trudnoće i neispunjena potreba za planiranjem porodice	22
1.6. Regulatorni i politički kontekst	23
1.7 Ekonomski troškovi nebezbednog abortusa	26
Poglavlje 2	30
Klinička nega za žene koje se podvrgavaju abortusu	31
2.1 Zdravstvena zaštita i nega pre prekida trudnoće	32
2.2 Metode abortusa	37
2.3. Praćenje i zdravstvena zaštita nakon abortusa	52
Poglavlje 3	62
Planiranje i organizacija zdravstvene zaštite i nege u vezi sa abortusom	63
3.1. Uvod	64
3.2 Struktura usluga	64
3.3 Standardi i smernice zasnovani na dokazima	65
3.4 Opremanje ustanova i obuka zdravstvenih radnika	69
3.5 Monitoring, evaluacija i poboljšanje kvaliteta	72
3.6 Finansiranje	79
3.7. Proces planiranja i organizacije zdravstvene zaštite u vezi sa bezbednim abortusom	80

Poglavlje 4	86
Zakonska i politička razmatranja	87
4.1 Zdravље žena i ljudska prava	87
4.2. Zakoni i njihova implementacija u kontekstu ljudskih prava	90
4.3 Stvaranje adekvatnog okruženja	98
Dodatak 1	
Praznine u istraživanju identifikovane tokom tehničkih konsultacija	105
Dodatak 2	
Završna GRADE pitanja i ishodi	106
Dodatak 3	
Standardni GRADE kriterijumi za određivanje jačine dokaza	109
Dodatak 4	
Učesnici u tehničkim konsultacijama	110
Dodatak 5	
Preporuke sa tehničkih konsultacija za drugo izdanje publikacije <i>Bezbedan abortus: tehničke i političke smernice za zdravstvene sisteme</i>	113
Dodatak 6	
Medicinska podobnost za upotrebu kontracepcije nakon abortusa	120
Dodatak 7	
Ključni međunarodni i regionalni sporazumi o ljudskim pravima	122

SAŽETAK

Tokom protekle dve decenija zdravstvena evidencija, tehnologije i osnove na kojim se zasnivaju ljudska prava značajno su napredovali u smislu da treba obezbediti bezbednu i sveobuhvatnu zdravstvenu zaštitu u vezi sa abortusom. Uprkos ovom napretku, procena je da se 22 miliona abortusa izvede na nebezbedan način svake godine, a što dovodi do smrti 47000 žena, kao i do smanjene sposobnosti kod još pet miliona žena (1). Gotovo svaka od ovih smrti ili slučajeva invaliditeta mogla su biti sprečene kroz seksualnu edukaciju, planiranje porodice i garantovanjem bezbednog, legalno izvršenog abortusa i zbrinjavanjem komplikacija povezanih sa abortusom. U skoro svim razvijenim zemljama sigurani abortusi su legalno dostupni na zahtev ili na osnovu širokih ekonomskih i socijalnih temelja i usluge su generalno lako pristupačne i dostupne. U zemljama gde je zakonom zabranjen indukovani abortus i/ili je nedostupan, siguran abortus je privilegija bogatih dok siromašne žene nemaju izbora i obraćaju se nesigurnim pružaocima usluga što za posledicu ima smrtnе ishode i morbiditet koji postaju socijalna i finansijska odgovornost sistema javnog zdravlja.

U svetu potrebe za najboljom praksom zasnovanom na dokazima, za obezbeđivanje sigurnog abortusa i sa njim povezane zdravstvene zaštite, kako bi se zaštitilo zdravlje žene, Svetska zdravstvena organizacija (SZO) ažurirala je svoju publikaciju iz 2003. godine

Safe abortion: technical and policy guidance for health systems (2).

U ovom procesu poštovani su standardi SZO za razvoj smernica što podrazumeva: identifikacija prioritetnih pitanja i ciljeva, pronalaženje, procena i sinteza dokaza, formulacija preporuka i plan distribucije, implementacije, evaluaciju uticaja i ažuriranja. Za kliničke preporuke prezentovane u poglavљу 2, pripremljeni su profili jačine dokaza u vezi sa prioritetnim pitanjima, a bazirani na skorašnjim sistematičnim revizijama od kojih je većina sadržana u *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Dodatno, poglavља 1,3 i 4 iz originalne publikacije iz 2003. godine, ažurirana su novim podacima o procenama u vezi sa nestručnim abortusima širom sveta, novom literaturom u vezi sa temom i dostupnim uslugama i novinama u razvoju na polju međunarodnih, regionalnih i nacionalnih zakona o ljudskim pravima.

Grupa za razvoj priručnika, u koju su uključeni članovi međunarodnih ekspertskeih panela, pregledala je i recenzirala radnu verziju preporuka na osnovu profila dokaza kroz participatoran, koncenzusom vođen proces.

Ciljna populacija za ovaj priručnik su kreatori politike, menadžeri programa i pružaoci usluga u okviru zdravstvene zaštite u vezi sa abortusom. Primenu kliničkih preporuka treba prilagoditi svakoj ženi posao imajući u vidu njen klinički status i specifičnu

metodu koja će se koristiti za abortus, a istovremeno uzimajući u obzir i njene želje u vezi sa zdravstvenom zaštitom i negom.

Dok zakonski, regulativni i politički kontekst, kao i kontekst u vezi sa pružanjem usluga može da bude različit od države do države, cilj preporuka i najbolje prakse, koji su navedeni u ovom dokumentu, je da omogući donošenje odluka na osnovu dokaza koje se odnose na negu i zdravstvenu zaštitu u vezi sa abortusom. Detalji u vezi sa nastankom i primene kvaliteti stepena jačine dokaza mogu da se nađu u odeljku Metode, strana X. U Okviru 1 navedene su preporuke koje se odnose na specifične metode hirurškog abortusa, dok su u Okviru 2 sumirane preporuke za medicinski abortus. Okvir 3 se odnosi na preporuke za hirurški ili medicinski metod koji se preferira nakon 12 sedmica gestacije. U Okviru 4 sumirane su preporuke koje se odnose na zdravstvenu zaštitu pre indukovanih abortusa, što podrazumeva i razmatranja koja se odnose na pripremu grlića, upotrebu dijagnostičkog ultrazvuka, upotrebu antibiotika i opcija za kontrolu bola. U Okviru 5 sumirane su preporuke koje se odnose na zdravstvenu zaštitu nakon abortusa,

što podrazumeva i uvođenje kontracepcije, lečenje nekompletnog obavljenog abortusa i potrebu za rutinskim praćenjem i kontrolama nakon indukovanih abortusa. U Okviru 6 sumirane su glavne preporuke iz poglavlja 3 koje se odnose na primenu kliničkih smerница u vezi sa uspostavljanjem i ojačavanjem usluga abortusa, što podrazumeva i razvoj nacionalnih standarda i smernica, obučavanje zdravstvenih radnika i opremanje ustanova u kojima se pružaju usluge, procenu, određivanje prioriteta i finansiranje potreba u okviru zdravstvenog sistema, uvođenje novih i unapredjenje već postojećih intervencija, kao i praćenje i evaluaciju. Na kraju, u Okviru 7 su sumirane glavne preporuke iz poglavlja 4 koje se odnose na zakonske, političke i dimenzije u vezi sa ljudskim pravima.

Članovi grupe za izradu i razvoj priručnika naznačili su važne praznine u saznanjima koje treba da se popune kroz primarna istraživanja. Na kraju, grupa je dala posebnu važnost istraživanjima za demedikalizaciju zdravstvene zaštite i nege u vezi sa abortusom. Zapažanja koja se odnose na buduća istraživanja navedena su dodatku 1.

OKVIR 1

Preporučene metode za hirurški abortus

Vakuum aspiracija je preporučena tehnika za hirurški abortus za trudnoće gestacione starosti 12 do 14 sedmica. Proceduru ne treba rutinski završiti sa oštrom kiretažom. Ako se i dalje praktikuje dilatacija i oštra kiretaža (D&K), treba je zameniti sa vakuum aspiracijom.

(Jačina preporuke: snažna.

Kvalitet dokaza zasnovan na randomizovanim kontrolisanim studijama: nizak do umeren.)

Takođe pogledajte dodatak 5, Preporuka 1, strana 113.

Preporučene metode za medicinski abortus

Preporučeni metod za medicinski abortus je mifepriston nakon koga sledi misoprostol.

Za trudnoće gestacione starosti do 9 sedmica (63 dana)

Preporučeni metod za medicinski abortus je mifepriston nakon koga sledi 1 do 2 kasnije primena misoprostola.
[Dole pogledajte napomene za doze i način primene.]

(Jačina preporuke: snažna.
Kvalitet dokaza zasnovan na randomizovanim kontrolisanim studijama: umeren.)

Doze i način primene mifepristona nakon koga sledi primena misoprostola

Mifepriston uvek treba da se daje oralno. Preporučena doza je 200 mg.

Preporučuje se davanje misoprostola 1 do 2 dana (24 do 48 sati) nakon ingestije mifepristona.

- Za vaginalni, bukalni ili sublingvalni put primene preporučena doza misoprostola je 800 µg.
- Za oralni put primene, preporučena doza misoprostola je 400 µg.
- Za gestacionu starost do 7 sedmica (49 dana) misopristol može da se primeni vaginalno, bukalno, sublingvalno ili oralno. Nakon 7 sedmica gestacije *ne treba* da se koristi oralni put primene.
- Za gestacionu starost do 9 sedmica (63 dana) misopristol može da se primeni vaginalno, bukalno ili sublingvalno.

Takođe pogledajte dodatak 5, Preporuka 2, strana 113

Za trudnoće gestacione starosti između 9 i 12 sedmica (63-84 dana)

Preporučeni metod za medicinski abortus je 200 mg mifepristona koji se daje oralno nakon čega se 36 do 48 sati kasnije daje 800 µg misoprostola koji se primeni vaginalno. Naredne doze misoprostola treba da budu 400 µg, dato ili vaginalno ili sublingvalno svaka 3 sata do ukupno četiri naredne doze, dok se ne izbaci proizvod koncepcije.

(Jačina preporuke: slaba.
Kvalitet dokaza zasnovan na randomizovanim kontrolisanim studijama i jednoj opservacionoj: nizak.)

Takođe pogledajte dodatak 5, Preporuka 3, strana 114

Za trudnoće gestacione starosti preko 12 sedmica (84 dana)

Preporučeni metod za medicinski abortus je 200 mg mifepristona koji se daje oralno nakon čega 36 do 48 sati kasnije slede ponavljane doze misoprostola.

[Dole pogledajte napomene za doze i način primene misoprostola.]

(Jačina preporuke: snažna.
Kvalitet dokaza zasnovan na randomizovanim kontrolisanim studijama: nizak do umeren.)

- Za gestacije između 12 i 24 sedmice inicijalna doza misoprostola, nakon mifepristola datog oralno, može da bude ili 800 µg primjeno vaginalno ili 400 µg primjeno oralno. Naredne doze misoprostola treba da budu od 400 µg, primjenjene ili vaginalno ili sublingvalno, svaka 3 sata do ukupno četiri naknadne doze.
- Za trudnoće starije od 24 sedmice dozu misoprostola treba smanjiti zbog veće osetljivosti materice na prostaglandine, ali nedostatak kliničkih studija sprečava davanje preporuka u vezi doziranja.

Takođe pogledajte dodatak 5, Preporuka 6, strana 115

OKVIR 2

Preporučene metode za medicinski abortus

Tamo gde nije dostupan mifepriston

Za trudnoće gestacione starosti do 12 sedmica (84 dana)

Preporučeni metod za medicinski abortus tamo gde mifepriston nije dostupan je 800 µg misoprostola koji se primenjuje vaginalno ili sublingvalno. Mogu se primeniti do tri ponavljane doze od 800 µg u intervalima od najmanje 3 sata, ali ne duže od 12 sati.

(Jačina preporuke: snažna.

Kvalitet dokaza zasnovan na randomizovanim kontrolisanim studijama: visok.)

Takođe pogledajte dodatak 5, Preporuka 4, strana 115

Za trudnoće gestacione starosti preko 12 sedmica (84 dana)

Preporučeni metod za medicinski abortus je 400 µg misoprostola koji se primenjuje vaginalno ili sublingvalno sa ponavljanjem doze svaka 3 sata do ukupno pet doza.

(Jačina preporuke: snažna.

Kvalitet dokaza zasnovan na jednoj randomizovanoj kontrolisanoj studiji: nizak do umeren.)

- Za trudnoće starije od 24 sedmice dozu misoprostola treba smanjiti zbog veće osetljivosti materice na prostaglandine, ali nedostatak kliničkih studija sprečava davanje preporuka u vezi doziranja.

Takođe pogledajte dodatak 5, Preporuka 6, strana 115 i 118

OKVIR 3

Preporučeni metodi za abortus za trudnoće gestacione starosti preko 12 do 14 sedmica

Dilatacija i evakuacija (D&E) i medicinski metodi (mifepriston sa misoprostolom, misoprostol sam) su oba preporučena metoda za abortus za gestacije starije od 12 do 14 sedmica. U ustanovama treba da postoji mogućnost da se obavi bar jedan, a poželjno je i oba metoda ako je to moguće, u zavisnosti od iskustva zdravstvenog radnika i mogućnosti za obuku.

(Jačina preporuke: snažna.

Kvalitet dokaza zasnovan na randomizovanim kontrolisanim studijama: nizak.)

Takođe pogledajte dodatak 5, Preporuka 5, strana 115

OKVIR 4

Preporuke za zdravstvenu zaštitu i negu koja prethodi indukovanim abortusu

Priprema cerviksa

Pre hirurškog abortusa preporučuje se priprema grlića za sve žene čija je trudnoća stara preko 12 do 14 sedmica gestacije. Pripremu grlića treba razmotriti za svaku ženu koja je trudna u bilo kom dobu gestacije.

(Jačina preporuke: snažna.
Kvalitet dokaza zasnovan na randomizovanim kontrolisanim studijama: nizak.)

- Preporučuje se bilo koji od ovih metoda pripreme grlića materice pre hirurškog abortusa u prvom trimestru:
 - oralno mifepriston 200 mg (24 do 48 sati unapred); ili
 - misoprostol 400 µg primjenjen sublingvalno, 2 do 3 sata pre procedure; ili
 - misoprostol 400 µg primjenjen vaginalno 3 sata pre procedure; ili
 - postavljanje laminarije intracervikalno 6 do 24 sata pre procedure.

(Jačina preporuke: snažna.
Kvalitet dokaza zasnovan na randomizovanim kontrolisanim studijama: nizak do umeren.)

Takođe pogledajte dodatak 5, Preporuka 7, strana 116

Svim ženama koje se podvrgavaju dilataciji i evakuaciji (D&E), a čija je trudnoća stara preko 14 sedmica gestacije treba uraditi pripremu grlića pre procedure.

(Jačina preporuke: snažna.
Kvalitet dokaza zasnovan na randomizovanim kontrolisanim studijama: nizak do umeren.)

- Preporučene metode pripreme grlića pre dilatacije i evakuacije (D&E) nakon 14 sedmica gestacije su osmotski dilatatori i misoprostol

(Jačina preporuke: snažna.
Kvalitet dokaza zasnovan na randomizovanim kontrolisanim studijama: umeren.)

Takođe pogledajte dodatak 5, Preporuka 8, strana 117

OKVIR 4

Preporuke za zdravstvenu zaštitu i negu koja prethodi indukovanim abortusu

Ultrazvučni pregled

Nije neophodno da se rutinski radi ultrazvučni pregled pre abortusa.

(Jačina preporuke: snažna.

Kvalitet dokaza zasnovan na randomizovanim kontrolisanim i opservacionim studijama: veoma nizak.)

Takođe pogledajte dodatak 5, Preporuka 12, strana 118

Profilaktički antibiotik

Sve žene koje se podvrgavaju hirurškom abortusu, bez obzira na njihov rizik za razvoj zapaljenske infekcije u maloj karlici, treba da prime odgovarajući antibiotik u smislu profilakse pre ili tokom operacije.

(Jačina preporuke: snažna.

Kvalitet dokaza zasnovan na randomizovanim kontrolisanim studijama: umeren.)

Takođe pogledajte dodatak 5, Preporuka 11, strana 118

Za žene koje se podvrgavaju medicinskom abortusu nije preporučena rutinska profilaktička upotreba antibiotika.

(Jačina preporuke: snažna.

Kvalitet dokaza zasnovan na randomizovanim kontrolisanim studijama: veoma nizak.)

Takođe pogledajte dodatak 5, Preporuka 11, strana 118

Kontrola bola

Švima ženama treba rutinski ponuditi lekove protiv bolova (npr. nesteroidne antiinflamatorne lekove) tokom obe vrste abortusa, i za medicinski i za hirurški abortus.

(Jačina preporuke: snažna.

Kvalitet dokaza zasnovan na randomizovanim kontrolisanim studijama: nizak.)

Napomene: Lekove protiv bolova treba uvek ponuditi prilikom i hirurškog i medicinskog abortusa, i treba ih dati bez odlaganja onim ženama koje to žele. U većini slučajeva, analgetici, lokalna anestezija i/ili svesna sedacija dopunjena verbalnom potvrdom su dovoljni, mada se potreba za kontrolom bola povećava sa gestacionim dobom.

Takođe pogledajte dodatak 5, Preporuka 14, strana 119

OKVIR 5

Preporuke za zdravstvenu zaštitu nakon abortusa

Kontracepcija

Žene mogu da započnu sa hormonskom kontracepcijom u vreme hirurškog abortusa, ili odmah u vreme kada se uzme prva pilula u okviru medicinskog abortusa. Nakon medicinskog abortusa, može da se ubaci IUS ukoliko postoji razumna sigurnost da žena više nije trudna.

(Jačina preporuke: snažna.

Kvalitet dokaza zasnovan na randomizovanim kontrolisanim studijama: veoma nizak.)

Takođe pogledajte dodatak 5, Preporuka 13, strana 118

Praćenje

Ne postoji medicinska potreba za rutinskim praćenjem nakon nekomplikovanog hirurškog abortusa ili medicinskog abortusa kada se koristi mifepriston i misoprostol. Međutim, žene treba posavetovati da su im dostupne dodatne usluge, ako su im potrebne ili ako ih žele.

(Jačina preporuke: snažna.

Kvalitet dokaza zasnovan na opservacionim studijama i indirektnim dokazima: veoma nizak.)

Takođe pogledajte dodatak 5, Preporuka 9, strana 117

Nepotpuni abortus

Za žene kod kojih nije postignut kompletan abortusa, a čija je veličina materice u vreme tretmana ekvivalentna trudnoći gestacione starosti 13 sedmica i manje, preporučuje se ili vakuum aspiracija ili tretman sa misoprostolom. Preporučen režim doziranja misoprostola je pojedinačna doza koja se daje sublingvalno (400 µg) ili oralno (600 µg).

(Jačina preporuke: snažna.

Kvalitet dokaza zasnovan na randomizovanim kontrolisanim studijama: nizak.)

Takođe pogledajte dodatak 5, Preporuka 10, strana 117

OKVIR 6

Preporuke za zdravstvene sisteme

U skladu sa najširim zakonskim okvirima usluga bezbednog abortusa treba biti odmah dostupna i pristupačna svim ženama. To znači da usluga treba da je dostupna na primarnom nivou zdravstvene zaštite i da postoji sistem daljeg upućivanja ako je potrebna zdravstvena zaštita višeg nivoa.

Preduzete mere u smislu ojačavanja političkih smernica i usluga koja se odnose na abortus treba da se zasnivaju na zdravstvenim potrebama i ljudskim pravima žena, kroz razumevanje sistema u okviru koga se pruža usluga i imajući u vidu širi socijalni, kulturni, politički i ekonomski kontekst.

Nacionalni standardi i smernice za zdravstvenu zaštitu u vezi sa abortusom treba da se zasnivaju na dokazima i treba ih periodično ažurirati, treba da obezbede neophodne smernice kako bi se postigao pravedan pristup kvalitetnoj zdravstvenoj zaštiti. Nove političke smernice i programske intervencije treba da odslikavaju najbolju praksu zasnovanu na dokazima. Složene intervencije u okviru sistema u kome se pružaju usluge zahtevaju postavljanje dokaza o mogućnosti da se one sprovedu i dokaz efikasnosti dobijen pilot testiranjem u manjim okvirima, pre nego što se ulože sredstva u proširivanje primene intervencije.

Obuka zdravstvenih radnika koji obavljaju abortus treba da obezbedi da oni imaju znanje i kompetenciju da pruže kvalitetnu zdravstvenu zaštitu u skladu sa nacionalnim standardima i smernicama. Da bi se osigurala kvalitetna zdravstvena zaštita u vezi sa abortusom potrebna je kontinuirana supervizija, kontrola kvaliteta, monitoring i evaluacija.

Prilikom planiranja finansiranja usluga abortusa treba uzeti u obzir troškove koje ima zdravstveni sistem, a da su pri tome usluge finansijski pristupačne i odmah dostupne svim ženama kojima su potrebne. Troškovi uključivanja bezbednog abortusa u okvire postojećih zdravstvenih usluga verovatno su niski u odnosu na troškove koje ima zdravstveni sistem zbog lečenja komplikacija nebezbednog abortusa.

Da bi se određena intervencija uspešno primenila u širim okvirima potrebno je sistematsko planiranje, organizacija, vodstvo i podrška za proces kojim se pilot intervencija i proširila i institucionalizovala. Takođe su potrebni i dovoljni ljudski i finansijski resursi da bi se proces podržao.

Za više detalja pogledajte poglavlje 3

OKVIR 7

Preporuke koje se odnose na regulatorna, politička i pitanja ljudskih prava

Zakoni i politika treba da štite zdravlje žena i njihova ljudska prava.

Treba ukloniti regulatorne, političke i programske barijere koje otežavaju pristup i blagovremeno pružanje usluge bezbednog abortusa.

Potreba je takva regulatorna i politička sredina u kojoj je obezbeđeno da svaka žena, koja ispunjava zakonske uslove, ima pristup bezbednom abortusu i zdravstvenoj zaštiti. Politika treba da ide u takvom smeru da se poštuju, štite i ispunjavaju ljudska prava žena, da se postignu pozitivni zdravstveni ishodi za žene, da se obezbedi kvalitetna informacija i usluga u vezi sa kontracepcijom i da se odgovori na posebne potrebe siromašnih žena, adolescentkinja, onih žena koje su preživele silovanja i koje žive sa HIV-om.

Za više detalja pogledajte poglavljje 4

Proces razvoja priručnika

Pozadina

Bezbedan abortus: tehnički i regulatorni priručnik za zdravstvene sisteme objavljen je od strane Svetske zdravstvene organizacije (SZO) 2003. godine (2) kao prvi globalni vodič za zdravstvenu zaštitu i politiku povezanu sa abortusom. Od tada je preveden na francuski, ruski, španski i druge jezike koji nisu zvanični jezici Ujedinjenih nacija i koriste ga naširoko vladine i nevladine organizacije (NVO), pružaoci usluga u zdravstvenim servisima namenjenih ženama, zagovornici zdravlja žena i zagovornici ljudskih prava.

Od objavljivanja publikacije 2003, produkovan je i objavljen značajan broj novih informacija koje je odnose na pružanje zdravstvene zaštite i nege u vezi sa abortusom, a sa epidemiološkog, kliničkog, zakonskog i aspekta ljudskih prava i pružanja usluga. Zato je priprema ove revizije podrazumevala pregled obimne literature i ažuriranje preporuka koje se odnose na pružanje usluga, zakonskih i političkih pitanja, kao i sprovođenje novih sistematskih revizija i ažuriranja zastarelih sistematskih revizija kako bi se obezbedili dokazi za preporuke koja se odnose na klinička pitanja kojima je dat prioritet od strane međunarodnog panela stručnjaka. Glavne izmene ovog izdanja odslikavaju promene u metodama abortusa i sa njim povezane zdravstvene zaštite i nege, pružanje usluga u smislu dostupnosti i mogućnosti upotrebe novih metoda i aplikacije ljudskih prava prilikom kreiranja politike i u vezi zakonskih akata koji se odnose na abortus, među ostalim temama. Preporuke u priručniku iz 2003. za koje nema novih dokaza ostale su neizmenjene.

Pored ovoga, paralelno sa revizijom priručnika radi se i na pridruženom dokumentu pod nazivom *Clinical practice handbook for safe abortion care (Priručnik kliničke prakse za bezbedan abortus i za pružanje zdravstvene zaštite povezane sa njim)* koji se razvija za osobe

koje pružaju usluge abortusa, a sadrži dodatne informacije o načinu implementacije preporuka za kliničku zdravstvenu zaštitu koje su navedene u priručniku.

Metode

Ovaj dokument je pripreman u skladu sa standardima i zahtevima za razvoj smernica SZO. Ukratko, proces je podrazumeva sledeće: identifikaciju prioritetnih pitanja i ciljeva, pronalaženje dokaza, njihovu procenu i sintezu, formulisanje preporuka i planiranje njihove distribucije, implementacije, evaluacije uticaja i ažuriranje preporuka. Identifikaciju prioritetnih pitanja za preporuke iniciralo je profesionalno osoblje SZO iz odseka za reproduktivno zdravlje i istraživanja (SZO sekretarijat), oni su napravili radnu verziju u vidu spiska pitanja i ciljeva koji se odnose na pružanje zdravstvene zaštite i nege u vezi sa bezbednim abortusom, a sve u svetu novih podataka do kojih se došlo od inicijalne publikacije 2003. godine (2) i uzimajući u obzir traženu povratnu informaciju dobijenu od korisnika.

Uspostavljen je međunarodni skup zainteresovanih učesnika, što je podrazumevalo pružaoce usluga u okviru zdravstvenih sistema, menadžere zdravstvenih programa, istraživače, metodologe, advokate za ljudska prava, zastupnike za zdravlje žena i ljudska prava. Panel je ustanovljen kako bi se pregledala i odredila prioritetna pitanja i ciljevi iz radne verzije, a koja su podrazumevala kliničke, programske i tehničke teme.

Ove inicijalne konsultacije obavljene su elektronskim putem i svi odgovori su pregledani od strane članova SZO sekretarijata. Pitanja i ciljevi koji su označeni kao ključni uključeni su u ovaj dokument radi određivanja jačine dokaza pomoću GRADE pristupa (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) i radi razvoja preporuka. Spisak konačnih pitanja koja su uzeta u obzir za GRADE tabele i ciljeve naveden je u dodatku 2.

Primarni izvor dokaza za preporuke bila je baza

Cochran-ovi sistematski pregledi randomizovanih kliničkih ispitivanja . Na osnovu spiska prioritetnih pitanja, koja su identifikovana i opisana iznad, ona su u bazi Cochran-ove sistematske revizije (3-14) identifikovana, istražena i ažurirana pomoću specifičnih strategija standardne pretrage. Dodatno, tri sistematska pregleda literature obavljena su i van baze *Cochrane Database of Systematic Reviews* i objavljena su u odgovarajućim stručnim časopisima (15–17). Strategije pretrage i specifični kriterijumu za isključivanje i uključivanje nađenih ispitivanja navedeni su u odgovarajućim sistematskim pregledima literature. Dostupni dokazi ocenjivani su i stepenovani na osnovu GRADE pristupa (18-22) tako da se odslikavaju prioritetna poređenja i ciljevi, a poređenja i ciljevi koji nisu od značaja su bili isključivani. Kao rezultat pripremljeni su profili dokaza (GRADE tabele) (dostupno na http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75840/1/WHO_RHR_12.10_eng.pdf) – pristupano 14. februara 2013.

Standardizovani kriterijumi za stepenovanje jačine dokaza pomoću GRADE-a prikazani su u dodatku 3. Za svako odabранo upoređivanje, podaci za dostupne prioritetne ciljeve bili su procenjeni i prezentovani po profilima dokaza (ako podaci za prioritetne ciljeve nisu bili dostupni za specifično poređivanje, oni su izostavljeni iz GRADE tabela) . Na osnovu profila dokaza, napravljena je radna verzija preporuka od strane SZO sekretarijata.

Za poglavlje 3 koji se odnosi na uspostavljanje i ojačavanje servisa za bezbedan abortus, identifikovana su dva pitanja (indikatori bezbednog abortusa i kompetencija za obezbeđivanje bezbednog abortusa) za koja su već bili dostupni skorašnji vodiči SZO. Zato, koraci preduzeti da se odgovori na teme iz poglavlja 3 bili su da se usvoji i stavi kao referenca skorašnji SZO vodič i da se obavi pregled obimne literature o pitanjima u vezi sa postojećim preporukama iz prvog izdanja dokumenta dok se ažuriraju reference.

Za poglavlje 4 o pravnim i političkim razmatranjima,

SZO ja angažovala Program za međunarodno reproduktivno i seksualno zdravstveno pravo na Pravnom fakultetu Univerziteta u Torontu, Kanada kako bi pomogli u reviziji, što podrazumeva i predlaganje izmena postojećeg sadržaja, na osnovu odredbi iz međunarodnih i regionalnih sporazuma o ljudskim pravima i na osnovu rada međunarodnih i regionalnih tela za ljudska prava. Osoblje angažovano na programu takođe je napravilo i seriju kratkih istraživanja kojim se dobilo istraživanje i analiza o ljudskim pravima i zakonu za odabrana pitanja od posebnog značaja (npr. elaboracija zdravstvenih indikacija za bezbedan abortus, prigovor savesti i zakonske i regulatorne barijere).

Kako bi se pre pregledala radna verzija preporuka i podržavajućih dokaza organizovane su tehničke konsultacije u sedištu SZO u Ženevi, Švajcarska. Članovi grupe za razvoj priručnika – deo osoba iz međunarodnog panela koji su učestvovali u inicijalnim online konsultacijama i drugi eksperti – pozvani su da učestvuju u ovim konsultacijama (pogledajte dodatak 4 za spisak učesnika). Radna verzija preporuka, revidirana poglavljia i dodatna dokumenta podeљena su učesnicima pre konsultacija kako bi ih mogli pregledati.

Pre sastanka od učesnika tehničkih konsultacija dobijene su izjave o sukobu interesa na standarnom obrascu SZO. Pre konsultacija ove izjave je pregledao SZO sekretarijat, a kada je bilo potrebno i osoblje kanclerije za pravne savete SZO. Dva učesnika konsultacija (Dr Laura Castleman i Dr Helena von Hertzen) prijavila su da su zaposlena u organizacijama koje imaju ili možda imaju komercijalni konflikt interesa. Kada se raspravljalo o preporukama koje su bile direktno relevantne za njihov rad u organizaciji, napuštale su prostoriju tokom završnog formulisanja preporuke. Drugi učesnici nisu prijavili bilo kakav konflikt ili potencijalni konflikt od interesa.

Način donošenja odluka tokom tehničkih konsultacija

Za svaku preporuku učesnici tehničkih konsultacija razgovarali su o radnoj verziji teksta koji je pripremljen od strane sekretarijata SZO, sa ciljem da se postigne konsenzus. Konsenzus je definisan kao slaganje većine učesnika i pri tome da niko ne izražava jako neslaganje. Tokom konsultacija niko nije izrazio jako neslaganje, tako da nije bio potreban alternativni sistem, kao što je glasanje. Pored naučnih dokaza i njihovog kvaliteta, prilikom formulacije finalnih preporuka vodilo se računa o mogućnostima njihove primene, troškovima i mišljenju drugih stručnjaka.

Jačina preporuka određena je putem procene svake intervencije na osnovu: (i) željenih i neželjenih efekata; (ii) kvaliteta dostupnih dokaza; (iii) vrednosti i preferencija u odnosu na intervencije u različitim uslovima; (iv) troškova opcija dostupnih zdravstvenim radnicima u različitim uslovima; i (v) predviđene verovatnoće da će se preporuka promeniti zbog daljih istraživanja. Uopšteno, snažna preporuka sa umerenom da visokim stepenom kvaliteta dokaza ukazuje da buduća istraživanja ne treba da se smatraju prioritetom. Celokupan tekst preporuka sa tehničkih konsultacija može da se nađe u dodatu 5.

Teme koje nisu identifikovane kao predmet nove sistematske revizije, za koje već postoje preporuke SZO, prezentovane su tokom tehničkih konsultacija radi grupne diskusije. One preporuke, za koje je nađeno da su značajne i aktuelne, odobrene su i prihváćene. Ove teme su podrazumevale sledeće: indikatori bezbednog abortusa; upotreba kontracepcije nakon abortusa; i preporuke za uspostavljanje i ojačavanje pružanja usluga abortusa, što je uključivalo i znanja i veštine za pružanje zdravstvene zaštite u vezi sa abortusom, a što se može naći u poglavljju 3.

Priprema dokumenata i revizija

Preliminarni dokument, u kojem su bile radne verzije

preporuka, pripremljen i je i bio je dostupan učesnicima tehničkih konsultacija tri sedmice pre sastanka. Dopune i izmene radne verzije preporuka rađene su tokom sastanka, a na osnovu diskusija. Nakon sastanka, radna verzija dokumenta revidirana je od strane SZO sekretarijata. Revidirana verzija poslata je elektronski svim učesnicima, a radi njihovog odobrenja i komentara. Primarni recenzenti za svako poglavљje identifikovani su na osnovu njihove ekspertize. Konačno, čitav dokument je poslat radi eksterne kritične procene i revizije drugih ljudi koji rade u istoj oblasti. Tokom procesa revizije, u dokument su ubaćene važne sugestije; međutim SZO sekretarijat se suzdržao od pravljenja velikih izmena u obimu (npr. dodatno proširivanje obima priručnika) ili izmena preporuka oko kojih je postignuto slaganje tokom konsultacija.

Raspodela dokumenta sa smernicama

Kao i za prvo izdanje dokumenta sa smernicama, raspodela će se obaviti tako što će se distribuirati štampana verzija i kroz seriju regionalnih radionica koje će biti organizovane radi primenjivanja *Strateškog pristupa SZO u osnaživanju političkih smernica i programa za seksualno i reproduktivno zdravlje* (23). Cilj radionica biće da se razviju predlozi na osnovu priručnika koji mogu da ojačaju zdravstvenu zaštitu u vezi abortusa u okviru programa za seksualno i reproduktivno zdravlje. U radionice će biti uključene ranije izabrani državni timovi sa predstvincima iz ministarstva/odeljenja za zdravlje, raznim drugim pružaocima zdravstvenih usluga i menadžerima programa, predstavnicima iz NVO-a, profesionalna udruženja i UN organizacije.

Procena uticaja objavljenih smernica je izazovan zadatak. U pokušaju da to uradimo, planiramo da pratimo broj zahteva upućenih od strane država koje traže pomoć u implementaciji smernica, planiramo direktno praćenje u zemljama koje apliciraju za Strateški pristup, kao i da pratimo broj zemalja koje su promenile svoje praćenje nacionalnog programa

za abortus kako bi reflektovali indikatore bezbednog abortusa koji su navedeni u tabeli 3.2 (stranica XXX ovog dokumenta). Dodatno, nastavićemo da pratimo broj učitavanja dokumenta, kao i broj štampanih primeraka koji su traženi i distribuirani.

Ažuriranje smernica

SZO sekretarijat predviđa da će ove smernice niti ponovo revidirane za 4 godine nakon objavlјivanja, kako bi se procenilo da li je revizija potrebna na osnovu novih dostupnih dokaza i povratne informacije od korisnika.

Reference

1. *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*, 3rd ed. Geneva, World Health Organization, 2011.
2. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva, World Health Organization, 2003.
3. Kulier R et al. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004, (1):CD002855, updated 2010.
4. Kulier R et al. Surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001, (4):CD002900.
5. Say L et al. Medical versus surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, (1):CD003037, updated 2010.
6. Lohr PA, Hayes JL, Gemzell-Danielsson K. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, (1):CD006714.
7. Wildschut H et al. Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011, (1):CD005216.
8. Kapp N et al. Cervical preparation for first trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (2):CD007207.
9. Promsonthi P, Preechapornprasert D, Chanrachakul B. Nitric oxide donors for cervical ripening in first-trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, (4):CD007444.
10. Newmann SJ et al. Cervical preparation for second trimester dilation and evacuation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (8):CD007310.
11. Neilson JP et al. Medical treatments for incomplete miscarriage (less than 24 weeks). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (1):CD007223.
12. Tunçalp O, Gürmezoglu AM, Souza JP. Surgical procedures for evacuating incomplete miscarriage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (9):CD001993.
13. Mueller M et al. Antibiotic prophylaxis for medical and surgical first trimester induced abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012, 2012, (3):CD005217.
14. Renner RM et al. Pain control in first trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, (2):CD006712.
15. Kulier R, Kapp N. Comprehensive analysis of the use of pre-procedure ultrasound for first- and second-trimester abortion. *Contraception*, 2011, 83:30–33.
16. Grossman D, Grindlay K. Alternatives to ultrasound for follow-up after medication abortion: a systematic review. *Contraception*, 2011, 83(6):504–510.
17. Jackson E, Kapp N. Pain control in first-trimester and second-trimester medical termination of pregnancy: a systematic review. *Contraception*, 2011, 83:116–126.
18. Guyatt GH et al. Incorporating considerations of resources use into grading recommendations. *British Medical Journal*, 2008, 336:1170–1173.
19. Guyatt GH et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *British Medical Journal*, 336:924–926.
20. Guyatt GH et al. What is “quality of evidence” and why is it important to clinicians? *British Medical Journal*, 2008, 336:995–998.
21. Guyatt GH et al. Going from evidence to recommendations. *British Medical Journal*, 2008, 336:1049–1051.
22. Schünemann HJ et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations for diagnostic tests and strategies. *British Medical Journal*, 2008, 336:1106–1110.
23. *The WHO Strategic Approach to strengthening sexual and reproductive health policies and programmes*. Geneva, World Health Organization, 2007.

POGLAVLJE 1

Zdravstvena zaštita u vezi bezbednog abortusa: obrazloženje sa aspekta javnog zdravlja i ljudskih prava

Sažetak

- Procenjuje se da se svake godine obavi oko 22 miliona nebezbednih abortusa. Skoro svi nebezbedni abortusi (98%) obave se u zemljama u razvoju. Ukupan broj nebezbednih abortusa povećao se sa 22 miliona u 2003. na 22 miliona u 2008, mada je globalna stopa nebezbednih abortusa ostala nepromenjena od 2000.
- Oko 47 000 smrtnih ishoda povezanih sa trudnoćom posledica su komplikacija nebezbednog abortusa. Dodatno, procenjuje se da 5 miliona žena imaju smanjenje sposobnosti koji je rezultat komplikacija nebezbednog abortusa.
- Impresivna postignuća u korišćenju kontracepcije imaju za rezultat smanjen broj neplaniranih trudnoća, ali nisu eliminisala potrebu za pristupu bezbednom abortusu. Pretpostavlja se da će oko 33 miliona korisnika kontracepcije širom sveta na godišnjem nivou imati iskustvo slučajne trudnoće dok koriste kontracepciju. Određen broj slučajnih trudnoća završi se indukovanim abortusom, a jedan deo neplaniranim rođenjem.
- Bez obzira da li je abortus više zakonski ograničen ili je dostupan na zahtev, verovatnoća je skoro ista da se ženi dogodi neplanirana trudnoća i da će potražiti indukovani abortus. Međutim, zakonska ograničenja zajedno sa drugim preprekama znače da će mnoge žene sama izazvati abortus ili potražiti uslugu abortusa od nestručnih osoba. Zakonski status abortusa nema efekta na ženinu

potrebu za abortusom, ali dramatično utiče na njen pristup bezbednom abortusu.

- Tamo gde zakoni dozvoljavaju abortus pod širokim spektrom indikacija, incidencija komplikacija usled nebezbednog abortusa generalno je niža nego tamo gde je abortus zakonski više ograničen.
- U skoro svim zemljama, zakon dozvoljava abortus čiji je cilj da se spasi život žene, a u većini zemalja abortus je dozvoljen da bi se sačuvalo fizičko/mentalno zdravlje žene. Zato je potrebno da usluga bezbednog abortusa bude dostupna, kao što zakon nalaže.
- Nebezbedni abortus i sa njim udružen morbiditet i mortalitet žena može da se izbegne. Zato usluga bezbednog abortusa treba biti dostupna i pristupačna za sve žene, u maksimalnim zakonskim okvirima.

1.1 Pozadina

Izazivanje pobačaja dokumentovano je kroz istoriju (1). U ranija vremena, abortusi su bili nebezbedni i predstavljali su veliki pritisak na život žene. Napredak u medicini generalno, prednost bezbednih i efikasnih tehnologija, a posebno napredak veština za izvođenje abortusa mogu da eliminišu nebezbedan abortus u potpunosti i sa njim povezane smrti, tako što će se obezbediti univerzalni pristup ovim uslugama. Ipak, procenjenih 22 miliona abortusa svake godine su i dalje nebezbedni, sa rezultatom u vidu procenjenih 47 000 smrtnih ishoda kod žena (2).

Nebezbedan abortus definisan je od Svetske zdravstvene organizacije (SZO) kao procedura kojom se prekida neplanirana trudnoća, a koju izvodi osoba koja nema potrebne veštine i/ili se procedura obavlja u okruženju koje ne ispunjava minimalne medicinske standarde.

U skoro svim razvijenim zemljama (klasifikovano od strane UNDP-a) bezbedan abortus je zakonski dostupan na zahtev ili pod širokim socijalnim i ekonomskim osnovama i usluge su generalno pristupačne većini žena. Sa izuzetkom od nekoliko zemalja, pristup bezbednom abortusu u zemljama u razvoju je ograničen na određeni broj usko definisanih stanja (3). U zemljama u kojima je abortus zakonski veoma ograničen rezultat može biti nejednak pristup bezbednom abortusu. U tom kontekstu, abortus koji je u skladu sa bezbednosnim zahtevima može da postane privilegija bogatih, dok siromašne žene nemaju izbora pa se obraćaju nebezbednim pružaocima usluga, što može da izazove invaliditet i smrt (4).

U ovom poglavlju se nalazi pregled zdravstvenog, demografskog, zakonskog i strateškog konteksta indukovanih abortusa sa ažuriranim podacima do publikacije dokumenta *Bezbedan abortus: tehničke i regulatorne smernice za zdravstvene sisteme (Safe abortion: technical and policy guidance for health systems)* koju je izdala SZO 2003. godine (5).

1.2 Javno zdravlje i ljudska prava

Već duže vreme postoji slaganje oko toga da nebezbedni abortus utiče na javno zdravlje. Još 1967. godine Skupština Svetske zdravstvene organizacije (eng. World Health Assembly – WHA) identifikovala je nebezbedan abortus kao ozbiljan javno zdravstveni problem u mnogim zemljama (6). U dokumentu *SZO Reproductive Health Strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets*, koju je usvojila WHO 2004, navedeno je:

”Kao uzrok maternalnog mortaliteta i morbiditeta koji može da se spreči, problem nebezbednog abortusa treba da bude deo milenijumskih razvojnih ciljeva koji se odnose na poboljšanje maternalnog zdravlja i drugih međunarodnih razvojnih ciljeva“ (7).

Broj deklaracija i rezolucija koje su potpisale zemlje tokom poslednje dve decenije (za primer pogledajte reference 8-11) ukazuju na rastući konsenzus da je nebezbedan abortus važan uzrok maternalnih smrти koji može i treba da bude spričen kroz promociju seksualnog obrazovanja, planiranja porodice, usluge bezbednog abortusa u najširim zakonskim okvirima i zdravstvene zaštite nakon abortusa u svim slučajevima. Takođe postoji i konsenzus da treba uvek obezbediti zdravstvenu zaštitu i negu nakon abortusa i da je proširen pristup kontracepciji od kritičnog značaja za prevenciju neplanirane trudnoće i nebezbednog abortusa. Zato je javno zdravstvena argumentacija za prevenciju nebezbednog abortusa jasna i nedvosmislena.

Diskusije koje su proizašle nakon Internacionalne konferencije o ljudskim pravima 1968. u Teheranu, Islamska Republika Iran, kulminirale su u novom konceptu reproduktivnih prava koja su potom definisana i prihvaćena 1994. na Internacionalnoj konferenciji za stanovništvo i razvoj (International Conference on Population and Development (ICPD) koja je održana u Kairu, Egipat (8). Eliminisanje nebezbednog abortusa jedna je od ključnih komponenti globalne strategije za reproduktivno zdravlje SZO (*Global reproductive health strategy*) (12). Strategija je zasnovana na međunarodnim konvencijama o ljudskim pravima i deklaracijama globalnih konsenzusa koji pozivaju da se poštuju,štite i ispunjavaju ljudska prava, što podrazumeva i pravo svih osoba na najveći dostupni standard u vezi zdravlja; osnovno pravo svih parova i pojedincaca da slobodno i odgovorno odluče koliko će imati dece, u kojim razmacima i kada, i da imaju informacije i sredstva da tako i urade; pravo žene da ima kontrolu

nad svojom seksualnošću i da odlučuje slobodno i odgovorno o stvarima u vezi sa njenom seksualnošću, što podrazumeva seksualno i reproduktivno zdravlje – bez prinude, diskriminacije i nasilja; pravo muškarca i žene da izaberu supružnika i da uđu u brak samo ako na to slobodno i potpuno pristaju; pravo pristupa važnim informacija o zdravlju; i pravo da svaka osoba uživa u dobrobitima naučnog napretka i svemu u čemu se on primenjuje (12). Da bi se ova prava realizovala i da bi se spasili životi žena potreban je adekvatan odgovor na programski, zakonski i politički aspekt pružanja usluge bezbednog abortusa, kao što je elaborirano u poglavljima koja slede.

1.3 Trudnoće i abortusi

Među 208 miliona žena za koje se procenjuje da će ostati trudne svake godine širom sveta, 59% (ili oko 123 miliona) zatrudneće planirano (ili namerno) i trudnoća će se završiti porođajem ili spontanim pobačajem ili smrću fetusa (4). Preostalih 41% (ili 85 miliona) su neplanirane.

Zbog povećane upotrebe kontracepcije, stopa trudnoća širom sveta pala je sa 160 trudnoća na 1000 žena starosti 15-44 godina 1995. godine na 134 na 1000 žena u 2008 (4). Stope planiranih i neplaniranih trudnoća pale su na 91 i 69 na 1000 žena 1995. godine na 79 i 55 na 1000 žena starosti 15-44 godina u 2008. Još značajnije, stopa indukovanih abortusa se smanjila sa 35 na 1000 žena starosti 15-44 godina 1995. godine na 26 na 1000 žena u 2008. Ovaj pad je rezultat najviše pada stope bezbednih abortusa dok je stopa nebezbednih abortusa ostala relativno konstantna od 2000. i oko 14 na 1000 žena starosti 15-44 godina (13). Ukupan broj nebezbednih abortusa procenjen je na oko 20 miliona u 2003. i 22 miliona u 2008. Udeo nebezbednih abortusa u ukupnom broju abortusa povećao se sa 44% tokom 1995. i 47% tokom 2003. na 49% 2008 (13). Skoro svi nebezbedni abortusi dešavaju se u zemljama u razvoju gde su visoke i stope maternalnog mortaliteta i gde je ograničen pristup bezbednom abortusu.

1.4 Posledice nebezbednog abortusa na zdravlje

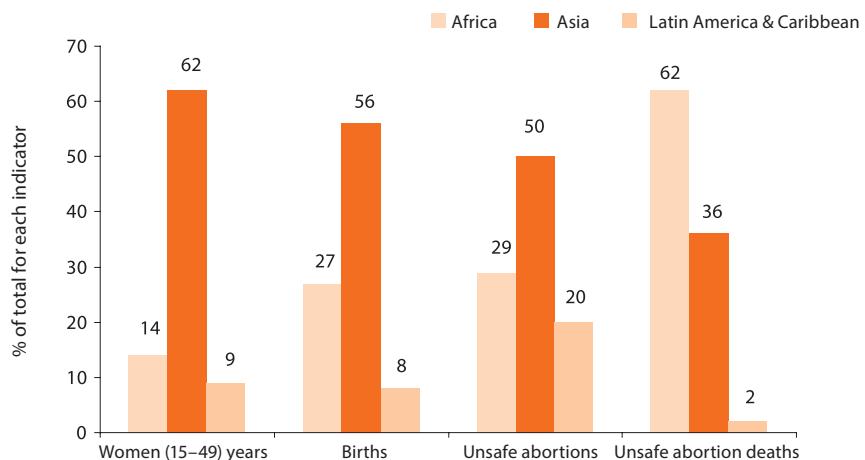
Posledice nebezbednog abortusa na zdravlje zavise od ustanove u kojoj je abortus urađen, veštine zdravstvenog radnika koji je uradio proceduru, primenjenog metoda abortusa, zdravlja žene i gestacione starosti njene trudnoće. Procedure nebezbednog abortusa mogu da podrazumevaju ubacivanje predmeta ili supstanci (koren, štap ili kateter ili tradicionalne mešavine) u uterus, dilataciju i kiretažu koja je nepravilno urađena od strane osobe koja nema adekvatne veštine, ingestiju štetnih supstanci i primenu spoljašnje sile. U nekim okolnostima, tradicionalni pružaoci usluge snažno pritiskaju donji deo ženinog trbuha kako bi prekinuli trudnoću što može da izazove pucanje uterusa, što može da ubije ženu (14). Posledice uzimanja pojedinih lekova u netačnoj dozi za izazvanje pobačaja, kao što je analog prostaglandina misoprostol, još uvek nisu jasne iako postoje određeni dokazi da čak i primena netačnih doza može sa smanji broj ozbiljnih komplikacija i maternalnih smrти (15-17).

Smrti i nesposobnost koje su povezane sa nebezbednim abortusom teško je izmeriti. Imajući u vidu da se ove smrti i komplikacije dešavaju nakon tajnih ili ilegalnih procedura, stigma i strah od kazne obeshrabruju pouzdano izveštavanje o incidentu. Posebno je teško dobiti pouzdane podatke o smrtnim ishodima usled nebezbednih abortusa u drugom trimestru (18). Pored toga, žene često ne povezuju svoje stanje sa komplikacijom prethodno obaljenog abortusa (19). Zato maternalne smrti, koje su rezultat nebezbednog abortusa, većinom ostaju neprijavljene. Komplikacije nebezbednog abortusa podrazumevaju krvarenje,

sepsu, peritonitis i povredu vagine, cerviksa, matice i abdominalnih organa (20). Oko 20-30% nebezbednih abortusa uzrokuje infekcije reproduktivnog trakta i 20-40% ima za rezultat infekciju gornjeg genitalnog trakta (21). Jedna od četiri žene koje su imale nebezbedan abortus verovatno će imati privremenu ili doživotnu nesposobnost koja će zahtevati zdravstvenu zaštitu i negu (22). Na svaku ženu koja je nakon abortusa potražila pomoć u bolnici postoji nekoliko njih koje su imale nebezbedan abortus i nisu se obratile za pomoć jer smatraju da njihove komplikacije nisu ozbiljne ili nemaju dovoljno potrebnih finansijskih sredstava ili se boje zlostavljanja. Ilošeg tretmana ili zakonske kazne (23-30). Dokazi pokazuju da se žene, kojima je urađen nebezbedan abortus, značajno istroše psihički, emotivno i finansijski. Teret

nebezbednog abortusa i maternalnih smrti zbog nebezbednih abortusa neproporcionalno je veći za žene u Africi nego u bilo kom drugom regionu u razvoju (31). Na primer, u Africi se dešava 27% globalnih porođaja godišnje i to samo 14% kod žena starosti 15-49, a njihov udio u nebezbednim abortusima na globalnom nivou je 29% i još ozbiljnije 62% svih smrti povezanih sa nebezbednim abortusom dešava se u Africi u 2008. godini (pogledajte sliku 1.1). Rizik za smrtni ishod zbog nebezbednog abortusa varira između različitih regionalnih razvoja. Stopa slučaj-fatalni ishod za nebezbedni abortus je 460 na 100 000 procedura nebezbednih abortusa u Africi i 520 na 100 000 u subsaharskoj Africi u poređenju sa 30 na 100 000 u Latinskoj Americi i Karibima i 160 na 100 000 u Aziji (2).

Slika 1.1 Procentualna distribucija žena, porođaja, nebezbednih abortusa i sa njima povezanih smrtnih ishoda po regionima u razvoju, 2008.

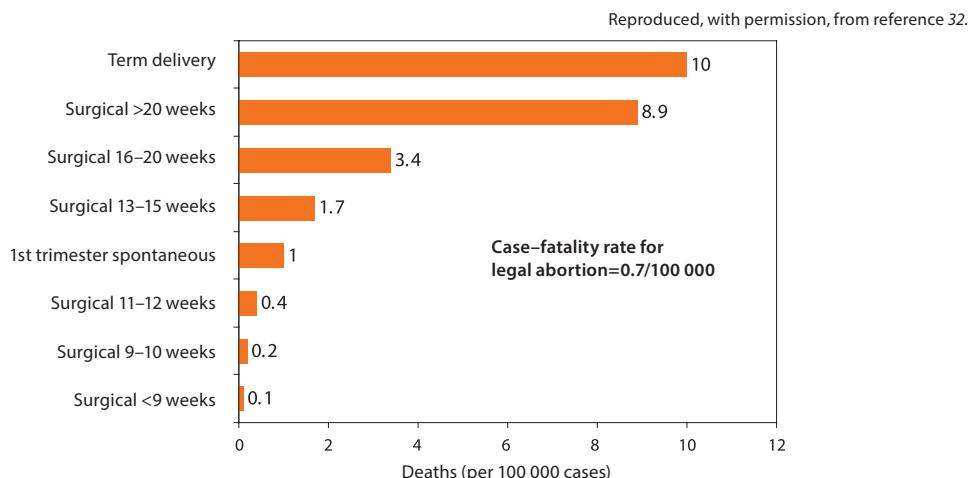


Reproduced from reference 31.

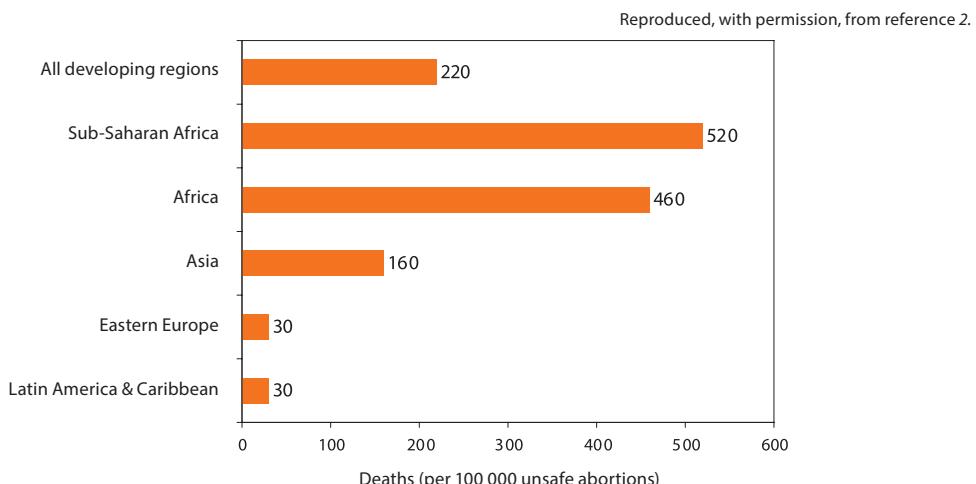
Kada ga radi obučen i vešt zdravstveni radnik koji koristi odgovarajuće medicinske tehnike i lekove, pod higijenskim uslovima, indukovani abortus je veoma bezbedna medicinska procedura. U Sjedinjenim Američkim Državama (SAD) na primer, stopa slučaj –fatalni

ishod je 0,7 na 100 000 legalnih abortusa (32). Legalni abortus kasnije u drugom trimestru ima znatno nižu stopu slučaj –fatalni ishod (33) u odnosu na najnižu stopu za procedure nebezbednog abortusa (pogledajte slike 1.2 i 1.3)

Slika 1.2 Stope slučaj – fatalni ishod za legalno indukova abortus, spontane abortuse ili terminske porođaje, na 100 000 procedura, SAD



Slika 1.3 Stope slučaj – fatalni ishod na 100 000 procedura nebezbednih abortusa, po regionu, 2008



1.5 Upotreba kontracepcije, slučajne trudnoće i neispunjena potreba za planiranjem porodice

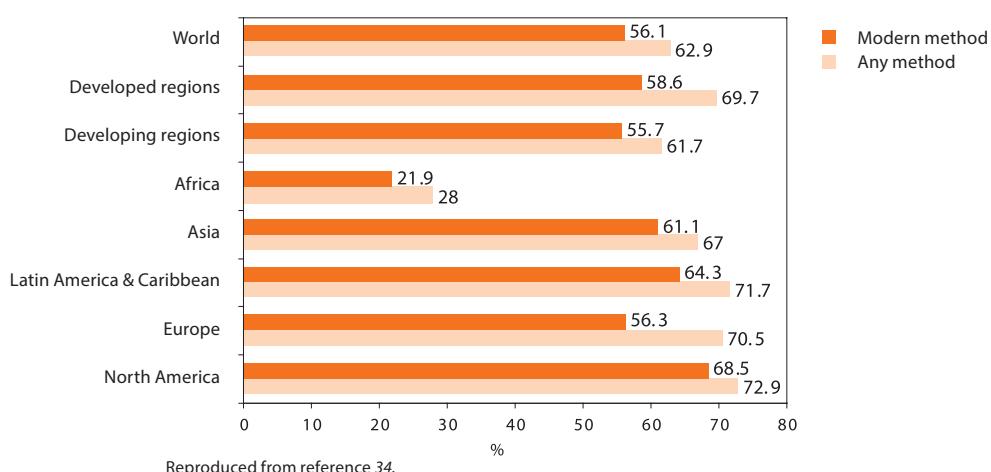
Prevalencija upotrebe kontraceptiva bilo koje vrste bila je globalno 67% u 2007. kod žena u reproduktivnom periodu (15-49 godina) koje su udate ili žive u neformalnoj zajednici (34). Upotreba modernih metoda je oko 7 procenata niža, na 56%. Prevalencija upotrebe kontracepcije raste globalno i u svim regionima, mada ostaje niska u Africi, na 28% za sve metode i 22% za moderne metode (pogledajte sliku 1.4). Prevalencija je još niža u subsaharskoj Africi gde je u 2007. upotreba bilo kog kontraceptivnog metoda bila 21%, dok je upotreba modernih metoda bila 15%. Nasuprot tome, prevalencija upotrebe kontracepcije bilo koje vrste bila je preko 66% u Evropi, Severnoj Americi, Aziji i Latinskoj Americi i Karibima.

Upotreba moderne kontracepcije ima za rezultat smanjenje incidencije i prevalencije indukovanih abortusa, čak i tamo gde je abortus dostupan na

zahtev. Pad u prevalenciji abortusa sa povećanjem nivoa prevalencije upotrebe kontraceptiva ispitivano je od strane nekoliko autora (35, 36). Skorašnji podaci iz 12 zemalja u istočnoj Evropi i centralnoj Aziji, gde je indukovani abortus bio glavni metod regulacije fertiliteta, i iz SAD, pokazali su da je tamo gde je upotreba moderne kontracepcije visoka da je incidencija indukovanih abortusa niska (37). Stope indukovanih abortusa najniže su u zapadnoj Evropi gde je upotreba modernih kontraceptiva visoka i abortus je generalno dostupan na zahtev. Zato je potrebno omogućiti usluge u vezi planiranja porodice jer je to efikasna intervencija za smanjenje broja neplaniranih trudnoća i indukovanih abortusa.

Međutim, kontracepcija sama po sebi ne može u potpunosti eliminisati potrebu žena da imaju dostupnu uslugu bezbednog abortusa. Kontracepcija nema ulogu u slučajevima prinudnih seksualnih odnosa koji mogu da dovedu do neplanirane trudnoće. Takođe, nijedan metod nije 100% efikasan u sprečavanju trudnoće.

Slika 1. Procenat žena, koje su u braku ili vanbračnoj zajednici, koje koriste bilo koji metod kontracepcije, 2007



Na osnovu podataka iz 2007. o prevalenciji upotrebe kontracepcije (34) i stopa tipičnog neuspeha kontraseptivnih metoda (51) procenjeno je da može da se desi slučajna trudnoća kod oko 33 miliona žena širom sveta godišnje dok su koristile neki metod kontracepcije (pogledajte tabelu 1.1). U odsustvu usluge bezbednog abortusa, neke mogu da potraže tu uslugu od neobučenih i neveštih pružalaca usluga, dok će druge neželjeno roditi. Implikacije neželjenih rođenja još uvek nisu dobro proučene, ali efekti mogu da budu štetni i dugotrajni za ženu i one koji su rođeni kao neželjeni (38).

Nedovoljan odgovor na potrebe planiranja porodice, široko definisano kao broj žena koje žele da izbegnu ili odgode trudnoću ali ne koriste bilo koji metod kontracepcije, i dalje postoji iako se beleži neki pad (39). Sveukupno 11% žena u razvijenim zemljama prijavljuje nedovoljan odgovor na njihove potrebe planiranja porodice. U Subsaharskoj Africi i najmanje razvijenim zemljama neadekvatan odgovor na potrebe planiranja porodice prijavljen je od strane jedne od četiri žene u grupi koja je u reproduktivnom periodu od 15-49 godina (39). Žene će se i dalje suočavati sa neplaniranim trudnoćama sve dok se ne izađe u susret potrebama za planiranjem porodice.

Za razliku od neadekvatnog odgovora na potrebe planiranja porodice, nedostatak dostupnosti zdravstvene zaštite u vezi sa abortusom je manje dobro dokumentovan, osim eksplicitne realnosti postojanja oko 22 miliona žena koje se podvrgavaju nebezbednom abortusu svake godine (2) od koji 47000 umre usled komplikacija. Čak i "niskorizičan" nebezbedan abortus, u kontekstu da je zakonski zabranjen, izlaže ženu nepotrebnom riziku ako tokom procesa dođe do hitnog slučaja. U takvim slučajevima, zbog zakonskih ograničenja i stigme povezanih sa činjenicom da je urađen abortus, žena možda neće na vreme potražiti medicinsku pomoć u slučaju pojave komplikacija nakon abortusa.

1.6. Regulatorni i politički kontekst

Tamo gde zakoni i politika dozvoljavaju abortus za široke indikacije incidencija nebezbednog abortusa, kao i sa njim povezan mortalitet, svedeni su na minimum (2). Abortus je dozvoljene iz socijalnih i ekonomskih razloga u samo 16% zemalja u razvoju u poređenju sa 80% u razvijenim zemljama (pogledajte tabelu 1.2). Tri od četiri izazvana abortusa u zemljama u razvoju (izuzima se Narodna Republika Kina) rade se u nebezbednim uslovima (13). U tim zemljama mali broj žena ispunjava zakonske uslove ili zna da ima pravo da dobije uslugu bezbednog abortusa na koju ima zakonsko pravo. Takođe, pružaoci usluga možda ne znaju kakve su zakonske odredbe ili možda ne žele da pruže uslugu legalnog abortusa. Osim toga, u nekim zemljama zakoni se ne primenjuju (40).

Bez obzira da li je abortus ograničen zakonom ili nije, verovatnoća da će žena imati abortus zbog neplanirane trudnoće skoro je ista (13). Zakonska ograničenja navode mnoge žene da potraže uslugu u drugim zemljama ili od neveštih pružaoca usluga ili pod nehigijenskim uslovima, što ih izlaže značajnom riziku od smrti ili invaliditeta. Maternalni mortalitet na 100 000 živorodenih zbog nebezbednog abortusa je generalno viši u zemljama u kojima su veća zakonska ograničenja i niža u zemljama gde je abortus moguće obaviti na zahtev ili na osnovu različitih stanja (41, 42). Prikupljeni dokazi pokazuju da uklanjanje ograničenja u vezi abortusa ima za rezultata smanjenje maternalnog mortaliteta usled nebezbednog abortusa i samim tim i smanjenje ukupnog nivoa maternalnog mortaliteta (43, 44, 45, 46).

U malom broju zemalja gde je maternalni mortalitet nizak uprkos restriktivnim zakonima o abortusu, mnoge žene imaju pristup bezbednom ili relativno bezbednom abortusu tako što potraže pomoć u susednim zemljama ili obave bezbedan ali ilegalan abortus u kućnim uslovima ili same uzmu misoprostol (47-49).

Pored zakonskih ograničenja, druge prepreke za bezbedan abortus su nemogućnost da se usluga plati, nedostatak socijalne podrške, kašnjenje u traženju zdravstvene zaštite, negativni stavovi pružaoca usluga i loš kvalitet usluga. Posebno su ranjive mlade žene u uslovima gde su efikasni metodi kontracepcije dostupni samo udatim ženama ili gde je visoka incidencija seksualnih odnosa bez pristanka. Skoro 14%

svih nebezbednih abortusa u zemljama u razvoju je među mlađim ženama ispod 20 godina starosti. U Africi, mlađe žene starosti ispod 25 godina uračunavaju se u skoro dve trećine nebezbednih abortusa u tom regionu (50). Mlađe žene u većem procentu, u poređenju sa odraslim ženama, imaju tendenciju ka abortusima u drugom trimestru koji su riskantniji.

Tabela 1.1. Procjenjen broj žena koje koriste kontraceptivni metod i onih kod kojih se desila neplanirana trudnoća tokom prve godine korišćenja kontracepcije, po tipu kontracepcije, svetski podaci, 2007.

Metod kontracepcije	Procenjena stopa neuspela (tipična upotreba), % ^a	Broj korisnika, hiljade ^b	Broj žena sa slučajnom trudnoćom (tipična upotreba), hiljade ^c
Sterilizacija žene	0,5	232 564	1163
Sterilizacija muškarca	0,15	32078	48
Insetke	0,3	42389	127
Intrauterino sredstvo (IUS)	0,8	162680	1301
Pilule	5,0	100816	5041
Muški kondom	14	69884	9784
Vaginalna barijera	20	2291	458
Periodična apstinencija	25	37806	9452
Povlačenje	19	32078	6095
Ukupno	4,7	712586	33 469

^a Procene Trussell-a (51) zasnivaju se na podacima iz SAD-a. Procenjene stope neuspela kod tipične upotrebe pokrivaju nepravilno korišćenje od strane korisnika i neuspeh metode kada se kontraceptivni metod koristi pod uobičajenim uslovima.

^b Zasnovano na procenjenom broju žena starosti 15-49 godina, u braku ili zajednici u 2007. i procenata korišćenja specifičnih kontraceptivnih metoda (34).

^c Kolona (4) = kolona (3) x (kolona (2)/100)

Tabela 1.2. Osnove po kojima je abortus dozvoljen (% zemalja) po regionima i podregionima, 2009.

Zemlja ili oblast	Da se spasi život žene	Da se sačuva fizičko zdravlje	Da se sačuva mentalno zdravlje	Silovanje ili incest	Oštećenje ploda	Ekonomski ili socijalni razlozi	Na zahtev	Broj zemalja
Sve zemlje	97	67	63	49	47	34	29	195
Razvijene zemlje	96	88	86	84	84	80	69	49
Zemlje u razvoju	97	60	55	37	34	19	16	146
Afrika	100	60	55	32	32	8	6	53
Istočna Afrika	100	71	65	18	24	6	0	17
Srednja Afrika	100	33	22	11	11	0	0	9
Severna Afrika	100	50	50	33	17	17	17	6
Južna Afrika	100	80	80	60	80	20	20	5
Zapadna Afrika	100	63	56	50	44	6	6	16
Azija ^a	100	63	61	50	54	39	37	46
Istočna Azija	100	100	100	100	100	75	75	4
Južnocentralna Azija	100	64	64	57	50	50	43	14
Jugoistočna Azija	100	55	45	36	36	27	27	11
Zapadna Azija	100	59	59	41	59	29	29	17
Latinska Amerika i Karibi	88	58	52	36	21	18	9	33
Karibi	92	69	69	38	23	23	8	13
Centralna Amerika	75	50	38	25	25	25	13	8
Južna Amerika	92	50	42	42	17	8	8	12
Okeanija ^a	100	50	50	14	7	0	0	14

^a Japan, Australija i Novi Zeland isključeni su iz ovog regionalnog brojanja, ali su uključeni u ukupan broj razvijenih zemalja.

Adaptirano iz reference 3.

1.7 Ekonomski troškovi nebezbednog abortusa

Bezbedan abortus omogućava uštede. Troškovi za zdravstveni sistem za zbrinjavanje komplikacija nebezbednog abortusa su ogromni, posebno za siromašne zemlje. Ukupni prosečni troškovi po slučaju kojima su izložene vlade procenjeni su (2006. g. u američkim dolarima) na 114 US\$ za Afriku i 130\$ za Latinsku Ameriku (52). Međutim, ekonomski troškovi za zdravstveni sistem zemlje zbog nebezbednog abortusa idu mnogo dalje od direktnih troškova za obezbeđivanje usluga nakon abortusa. U skorašnjoj studiji (52) procenjeni su godišnji troškovi od 23 miliona US\$ za lečenje manjih komplikacija nebezbednog abortusa na nivou primarne zdravstvene zaštite, 6 biliona US\$ za lečenje neplodnosti nakon abortusa i 200 miliona US\$ svake godine za dodatne lične troškove pojedinaca i domaćinstava u podsaharskoj Africi za lečenje komplikacija nakon abortusa. Pored toga, procenjen je izdatak od 930 miliona US\$ godišnje za po-

jedince i njihova društva zbog izgubljene dobiti usled smrti ili dugoročne nesposobnosti koje su posledica hroničnih zdravstvenih posledica zbog nebezbednog abortusa (52).

Procenjeno je da je nebezbedan abortus koštao zdravstveni sistem grada Meksika 2,6 miliona američkih dolara 2005, pre legalizacije abortusa (53). Kada je bezbedan abortusu dostupan, sistem može potencijalno da sačuva 1,7 miliona američkih dolara godišnje. Tako može da se sačuva velika količina novca i da se preusmeri na nešto što je hitnije, što podrazumeva i pružanje kvalitetnih usluga korišćenjem ažuriranih standarda i smernica, obezbeđivanje obučenih pružaoca usluga i odgovarajuće tehnologije, a ako se sa efikasnom kontracepcijom spreče neplanirane trudnoće i ako je dostupan bezbedan abortus. Ekonomске osnove još više ojačavaju argumentaciju iz sfere javnog zdravlja i ljudskih prava za obezbeđivanje bezbednog abortusa.

Reference

1. Joffe C. Abortion and medicine: a sociopolitical history. In Paul M et al., eds. *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*. Oxford, Wiley-Blackwell, 2009:1–9.
2. *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*, 6th ed. Geneva, World Health Organization, 2011.
3. United Nations, Department for Economic and Social Affairs, Population Division. *World abortion policies*. New York, United Nations, 2011 (ST/ESA/SER.A/302).
4. Singh S et al. *Abortion worldwide: a decade of uneven progress*. New York, Guttmacher Institute, 2009.
5. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva, World Health Organization, 2003.
6. Resolution WHA20.41. Health aspects of population dynamics. In: *Twentieth World Health Assembly, Geneva, 23 May 1967*. Geneva, World Health Organization, 1967 (WHA20/1967/REC/1).
7. Resolution WHA57.12. Reproductive health: strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. In: *Fifty-seventh World Health Assembly, Geneva, 17–22 May 2004*. Geneva, World Health Organization, 2004 (WHA57/2004/REC/1).
8. *International Conference on Population and Development – ICPD – Programme of Action*. New York, United Nations Population Fund, 1995 (A/CONF/171/13/Rev.1 (http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_eng.pdf, accessed 31 August 2011).
9. Resolution S-21.2. Key actions for the further implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and development. In: *Twenty-first special session of the United Nations General Assembly New York, 30 June–2 July 1999*. New York, United Nations, 1999 (A/RES/S-21/2).
10. *Plan of action on sexual and reproductive health and rights (Maputo Plan of Action)*. Addis Ababa, The African Union Commission, 2006 (http://www.unfpa.org/africa/newdocs/maputo_eng.pdf, accessed 31 August 2011).
11. *Access to safe and legal abortion in Europe*. Strasbourg, Council of Europe, 2008 (Resolution 1607 of the Parliamentary Assembly of the Council of Europe; <http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta08/ERES1607.htm>, accessed 31 August 2011).
12. *Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets*. Geneva, World Health Organization, 2004.
13. Sedgh G, et al. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet*, 2012, 379:625–632.
14. Ugboma HA, Akani CI. Abdominal massage: another cause of maternal mortality. *Nigerian Journal of Medicine*, 2004, 13:259–262.
15. Harper CC et al. Reducing maternal mortality due to elective abortion: potential impact of misoprostol in low-resource settings. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2007, 98:66–69.
16. Miller S et al. Misoprostol and declining abortion-related morbidity in Santo Domingo, Dominican Republic: a temporal association. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2005, 112:1291–1296.
17. Sherris J et al. Misoprostol use in developing countries: results from a multicountry study. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2005, 88:76–81.
18. Walker D et al. Deaths from complications of unsafe abortion: misclassified second trimester deaths. *Reproductive Health Matters*, 2004, 12:27–38.
19. Benson J. Evaluating abortion-care programs: old challenges, new directions. *Studies in Family Planning*, 2005, 36:189–202.
20. Grimes D et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet*, 2006, 368:1908–1919.

21. *Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000*, 4th ed. Geneva, World Health Organization, 2004.
22. Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet*, 2006, 368:1887–1892.
23. Singh S, Wulf D. Estimated levels of induced abortion in six Latin American countries. *International Family Planning Perspectives*, 1994, 20:4–13.
24. Singh S, Wulf D, Jones H. Health professionals' perceptions about induced abortion in South Central and Southeast Asia. *International Family Planning Perspectives*, 1997, 23:59–67 and 72.
25. Singh S et al. Estimating the level of abortion in the Philippines and Bangladesh. *International Family Planning Perspectives*, 1997, 23:100–107 and 144.
26. Juarez F et al. Incidence of induced abortions in the Philippines: current level and trends. *International Family Planning Perspectives*, 2005, 31:140–149.
27. Singh S et al. The incidence of induced abortion in Uganda. *International Family Planning Perspectives*, 2005, 31:183–191.
28. Huntington D. Abortion in Egypt: official constraints and popular practices. In: Makhlof Obermeyer C, ed. *Cross-cultural perspectives on reproductive health*. New York, Oxford University Press, 2001:175–192.
29. Ferrando D. *El aborto inducido en el Perú, hechos y cifras*. [Clandestine abortion in Peru, facts and figures.] Lima, Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán and Pathfinder International, 2002.
30. *Unwanted pregnancy and postabortion complications in Pakistan. Findings from a national study*. Islamabad, The Population Council, 2002.
31. Shah I, Ahman E. Unsafe abortion: global and regional incidence, trends, consequences and challenges. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 2009, 1149–1158.
32. Bartlett LA et al. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, 2004, 103:729–737.
33. Lichtenberg E, Grimes D. Surgical complications: prevention and management. In Paul M et al., eds. *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*. Oxford, Wiley- Blackwell, 2009:224–251.
34. United Nations, Department for Economic and Social Affairs, Population Division. *World contraceptive use (wallchart)*. New York, United Nations, 2009 (ST/ESA/SER.A/285).
35. Bongaarts J, Westoff C. The potential role of contraception in reducing abortion. *Studies in Family Planning*, 2000, 31:193–202.
36. Marston C, Cleland J. Relationships between contraception and abortion: a review of the evidence. *International Family Planning Perspectives*, 2003, 29:6–13.
37. Westoff CF. *Recent trends in abortion and contraception in 12 countries*. Washington, DC, ORC Macro, 2005, No. 8.
38. David HP. Born unwanted, 35 years later: the Prague study. *Reproductive Health Matters*, 2006, 14:181–190.
39. *The Millennium Development Goals report 2010: statistical annexes*. New York, United Nations, 2010.
40. Schuster S. Women's experiences of the abortion law in Cameroon: "What really matters". *Reproductive Health Matters*, 2010, 18:137–144.
41. *World Health Report 2008 – primary health care: now more than ever*. Geneva, World Health Organization, 2008.
42. *Women and health: today's evidence, tomorrow's agenda*. Geneva, World Health Organization, 2009.
43. David HP. Abortion in Europe, 1920–91 – a public-health perspective. *Studies in Family Planning*, 1992, 23:1–22.
44. Jewkes R et al. Prevalence of morbidity associated with abortion before and after legalisation in South Africa. *British Medical Journal*, 2002, 324:1252–1253.
45. Jewkes R and Rees H. Dramatic decline in abortion mortality due to the Choice on Termination of Pregnancy Act. *South African Medical Journal*, 2005, 95[4]:250.

46. Pradhan A et al., Nepal Maternal Mortality and Morbidity Study 2008/2009: Summary of Preliminary Findings, Kathmandu, Nepal: Family Health Division, Department of Health Services, Ministry of Health, 2009.
47. Kulczycki A. Abortion in Latin America: changes in practice, growing conflict, and recent policy developments. *Studies in Family Planning*, 2011, 42(3):199–220.
48. Briozzo L et al. A risk reduction strategy to prevent maternal deaths associated with unsafe abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2006, 95(2):221–226.
49. Payne D. More British abortions for Irish women. *British Medical Journal*, 1999, 318(7176):77.
50. *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003*, 5th ed. Geneva, World Health Organization, 2007.
51. Trussell J. Contraceptive efficacy. In: Hatcher RA, et al. eds. *Contraceptive technology*, 17th revised ed. New York, Ardent Media, 1998:779–884. Levin C et al. Exploring the costs and economic consequences of unsafe abortion in Mexico City before legalisation. *Reproductive Health Matters*, 2009, 17:120–132.
52. Vlassoff M et al. *Economic impact of unsafe abortion-related morbidity and mortality: evidence and estimation challenges*. Brighton, Institute of Development Studies, 2008 (IDS Research Reports 59).
53. Levin C et al. Exploring the costs and economic consequences of unsafe abortion in Mexico City before legalisation. *Reproductive Health Matters*, 2009, 17:120–132.

POGLAVLJE 2

Klinička nega za žene koje se podvrgavaju abortusu

Sažetak

U ovom poglavlju ukratko se predstavlja klinička nega i zdravstvena zaštita žene pre, tokom i nakon abortusa. Pružanje kliničke nege za žene koje se podvrgavaju abortusu više je opisano i dokumentu SZO *Clinical practice handbook for safe abortion care*.

Baza dokaza za smernice koje slede dostupna je u vidu GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) tabele čemu se može pristupiti online. Detalji o GRADE metodologiji navedeni su u odeljku Metode u ovom dokumentu. GRADE tabele su dostupne na http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75840/1/WHO_RHR_12.10_eng.pdf – datum pristupa 14. februar 2013.

Zdravstvena zaštita i nega pre prekida trudnoće

- Utvrđivanje starosti trudnoće je kritičan faktor za izbor odgovarajućeg metoda za prekid trudnoće. Obično je dovoljan bimanuelni pregled male karlice, pregled trbuha i prepoznavanje simptoma trudnoće. Ako je potrebno, može da se koristi laboratorijski test ili ultrazvuk.
- Rutinsko korišćenje antibiotika u vreme hirurškog prekida trudnoće smanjuje postproceduralni rizik za nastanak infekcije. Međutim, prekid trudnoće ne treba odbiti kada nisu dostupni antibiotici za profilaksu (GRADE tabele 66-70)
- Ženi se moraju pružiti potpune, tačne i lako razumljive informacije o tome što ih očekuje tokom i

nakon prekida trudnoće na način da ih ona razume i da joj pomognu u donošenju odluke i kod dobrovoljnog pristanka. Nakon prekida trudnoće, potrebno je pružiti i informacije o kontracepciji.

Metodi prekida trudnoće

- Sledeći metodi se preporučuju za prekid trudnoće u prvom trimestru:
 - manuelna ili aspiracija električnim vakuumom za trudnoće gestacione starosti do 12-14 sedmica starosti (GRADE tabele 36 i 37)
 - medicinski prekid trudnoće, posebno oralno mifepriston nakon koga sledi pojedinačna doza misoprostola za trudnoće gestacione starosti do 9 sedmica (63 dana) (GRADE tabele 30-32);
 - medicinski prekid trudnoće za trudnoće starosti preko 9 sedmica (63 dna) – oralno mifepriston nakon koga sledi ponavljane doze misoprostola (GRADE tabele 94-121); ili
 - kada mifepriston nije dostupan: misoprostol sam, u ponavljanim dozama (GRADE tabela 113).
- Dilatacija i kiretaža (D&K) je zastareli metod hirurškog prekida trudnoće i treba ga zamjeniti sa vakuum aspiracijom i/ili medicinskim metodama (GRADE tabela 35).
- Za trudnoće gestacione starosti više od 12-14 sedmica preporučuju se sledeće metode:

- dilatacija i evakuacija (D&E) pomoću vakuum aspiracije i forcepsa (GRADE tabele 33 i 34); ili
- mifepriston nakon koga slede ponavljane doze misoprostola (GRADE tabele 71–92); ili
- kada mifepriston nije dostupan: misoprostol sam, u ponavljanim dozama (GRADE tabele 71–92).
- Priprema cerviksa pre hirurškoga prekida trudnoće preporučuje se za sve žene čija trudnoće je gestacione starosti preko 12-14 sedmica, mada može da se uzme u obzir kod svih žena bez obzira na starost trudnoće, a posebno kod onih kod kojih postoji visok rizik za nastanak povrede grlića ili perforacije materice (GRADE tabela 1-19).
- Uvek treba ponuditi lek za kontrolu bola, kako za medicinske tako i za hirurške abortuse i obezbediti ih bez odlaganja ženama koje to žele (GRADE tabele 38-60, 125-132). U većini slučajeva dovoljni su analgetici, lokalna anestezija ili sedativi koji ne utiču na stanje svesti uz verbalnu potvrdu. Potreba za kontrolom bola povećava se sa gestacionom starošću.
- Lokalna anestezija, kao što je lidokain, može da se upotrebni kako bi se ublažila nelagoda koju žena oseća kada je potrebna mehanička dilatacija za hirurški abortus. Opšta anestezija se ne preporučuje za procedure rutinskih prekida trudnoće pošto je udružena sa većom stopom komplikacija u odnosu na analgeziju i lokalnu anesteziju (GRADE tabele 38-60).
- Treba preduzete standardne mere opreza za kontrolu infekcija, tokom nege svih pacijenta stalno, kako bi se smanjio rizik od transmisije infekcija koje se prenose krvljbu (http://www.who.int/csr/resources/publications/EPR_AM2_E7.pdf).

Zdravstvena zaštita i nega nakon prekida trudnoće i praćenje

- Kada se uradi hirurški prekid trudnoće žena može da napusti zdravstvenu ustanovu čim oseti da je za to sposobna i ako su njeni vitalni znaci normalni.
- Nakon nekomplikovanih hirurških i medicinskih prekida trudnoće pomoću mifepristona sa misoprostolom rutinske naknadne kontrole nisu potrebne. Za žene koje žele da im se obavi kontrola, ona se može zakazati 7-14 dana nakon procedure (GRADE tabela 93).
- Pre nego što napustite zdravstvenu ustanovu, a nakon procedure hirurškog abortusa ili davanja pilula za medicinski abortus, sve žene treba da dobiju informacije o metodama kontracepcije i ako je žele da dobiju i kontraceptivno sredstvo po izboru ili da se upute u servis gde mogu da dobiju ove informacije (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/en/index.html).
- Pre nego što napustite zdravstvenu ustanovu, žene treba da dobiju usmena i pismena uputstva kako da brinu o sebi nakon odlaska. Ova uputstva treba da sadrže: koliko krvarenje da očekuju, kako da prepoznaju potencijalne komplikacije i kako i gde da potraže pomoć ako im je potrebna. Tamo gde je moguće, treba da dobiju broj telefona na koji mogu pozvati ako imaju nekih pitanja ili ih nešto zabrinjava i to može da smanji broj poseta u klinici.

2.1 Zdravstvena zaštita i nega pre prekida trudnoće

Prvi korak u obezbeđivanju zdravstvene zaštite u vezi sa prekidom trudnoće jeste da se utvrdi da li je žena zaista trudna i ako jeste da se proceni trajanje trudnoće, kao i da se potvrdi da je trudnoća materična. Rizici povezani sa izazvanim prekidom trudnoće, iako

su mali ako se prekid izvede na odgovarajući način, povećavaju se sa trajanjem trudnoće (1,2). Određivanje dužine trudnoće kritičan je faktor za odabir najpo-godnije metode za prekid trudnoće. Svako mesto na kome se pružaju zdravstvene usluge trebalo bi da ima obučeno i kompetentno osoblje koje zna da uzme anamnezu i da uradi bimanuelni pregled male karlice. Zdravstveni centri koji nemaju osoblje i opremu da obezbede izazvan prekid trudnoće moraju da imaju mogućnost da odmah upute ženu u najbližu ustanovu koja pruža usluge. Takođe, osoblje treba da je kompe-tentno da obavi savetovanje koje bi pomoglo ženi da razmotri svoje opcije (pogledajte odeljak 2.1.8).

2.1.1 Anamneza

Većina žena počne da sumnja da su trudne kada očekivani menstrualni period zakasni. Ženu treba pitati kada je bio prvi dan njenog posljednjeg menstrualnog perioda (PMP), tj. o prvom danu krvarenja i da li je menstruacija bila normalna, kao i o njenim menstruacijama uopšte i koliko joj je redovan ciklus inače. Kod žena može doći do amenoreje zbog drugih razloga koji nisu trudnoća, međutim, može se desiti i da neke žene koje su trudne ne prijave da im je izostao ciklus. Na primer, žene koje doje mogu ostati trudne pre svoje prve postpartalne menstruacije, takođe žene koje nemaju menstruaciju jer koriste injek-tabilnu hormonsku terapiju mogu da ostanu trudne nakon propuštene injekcije. Kod nekih žene može da se javi nemenstrualno krvarenje u ranoj trudnoći što može dovesti do toga da se odredi pogrešan datum trudnoće ili da se trudnoća ne primeti. Ostali sim-potomi koje žene obično prijavljaju kod rane trudnoće podrazumevaju napetost i uvećanje grudi, mučninu ponekad praćenu povraćanjem, umor, promene ape-tita i povećanu učestalost mokrenja.

Dodatno, tokom procene starosti trudnoće, treba uzeti kliničku anamnezu kako bi se identifikovale kon-traindikacije za izvođenje medicinskog ili hirurškog abortusa i da bi se utvrdili faktori rizika za komplika-

cije povezane sa tretmanom. Uzimanje anamneze treba da podrazumeva: ličnu i porodičnu anamnezu u smislu utvrđivanja značajnih oboljenja, gineko-loško akušersku anamnezu – uključujući prethodne ektopične trudnoće, sklonost krvarenju ili postojanje poremećaja zgrušavanja krvi, kao i informacije o postojanju seksualno prenosivih bolesti (SPB), podatke o upotrebi lekova, poznate alergije te procenu rizika za moguće nasilje i prinudu. Pružaoc zdravstvene usluge treba da primeti postojanje mogućnost nasilja ili prinude u kontekstu neplanirane trudnoće (pogledati odeljak 2.1.8.1).

Sa kliničke tačke gledišta postojanje HIV infekcije kod žene koja će se podvrgnuti proceduri prekida trudnoće zahteva iste mere opreza kao i za sve medicinske / hirurške intervencije (videti odeljak 2.2.7.1). Ženama koje dobijaju uslugu indukovanih prekida trudnoće može da se ponudi testiranje na HIV, ali nije obavezno.

2.1.2 Fizikalni pregled

Osnovni rutinski pregledi (puls, krvni pritisak i u nekim slučajevima telesna temperatura) su korisna polazna merenja. Dodatno, zdravstveni radnici koji pružaju uslugu moraju da potvrde trudnoću i da pro-cene njeno trajanje pomoću bimanuelnog pregleda male karlice i pregledom trbuha. Iako su mnogi zdrav-stveni radnici obučeni da procene dužinu trudnoće da bi pružili prenatalnu negu, mnogi nisu iskusni u postavljanju dijagnoze vrlo rane trudnoće ili da tačno procene dužinu trajanja trudnoće tokom prvog tri-mestra. Zbog toga je često potrebna dodatna obuka za osoblje koje treba da obezbedi usluge izvođenja prekida trudnoće (pogledajte poglavje 3).

Znakovi trudnoće koji se mogu otkriti tokom bima-nuelnog pregleda male karlice već u ranom periodu trudnoće stare 6 do 8 sedmica podrazumevaju omek-šavanje cervikalnog istmusa i omekšavanje i uvećanje materice. Materica manja nego što je očekivano kod trudne žene može biti nalaz ako je trudnoća napredo-

vala manje nego što je procenjeno na osnovu datuma PMP, u slučaju ektopične trudnoće ili neprimećenog pobačaja; materica koja je veća od očekivanog može da ukazuje na trudnoću koja je više uznapredovala nego što je proračunato na osnovu datuma PMP, višestruku trudnoću, punu mokraćnu bešiku, prisustvo materičnih fibroida ili molarnu trudnoću. Uopšteno, fizikalni pregled je tačniji i pouzdaniji ako žena isprazni bešiku pre pregleda.

Tokom fizikalnog pregleda zdravstveni radnik koji pruža uslugu treba takođe da proceni da li je uterus u anteverziji, retroverziji ili u nekom drugom položaju što bi moglo da utiče na procenu gestacionog doba ili da komplikuje hirurški prekid trudnoće. Zdravstveni radnici treba da budu obučeni da prepoznaju znake PPB i ostale infekcije reproduktivnog trakta (RTI), kao i druga zdravstvena stanja, kao što je anemija ili malarija, koja bi mogla da zahtevaju dodatne procedure ili usluge ili potrebu za daljim upućivanjem.

2.1.3 Laboratorijsko testiranje

U većini slučajeva, pružaocima usluga dovoljno je samo informacija dobijena iz anamneze žene i iz fizikalnog pregleda da bi potvrdili trudnoću i procenili njeno trajanje. Nije potrebno laboratorijsko testiranje za potvrdu trudnoće, osim ako tipični znaci trudnoće nisu jasno prisutni i ako pružalac usluge nije siguran da li je žena trudna. Dobijanje rezultata ovih testova ne treba da odgodi ili spreči evakuaciju sadržaja materice.

Rutinske laboratorijske analize nisu preduslov za uslugu prekida trudnoće. Merenje nivoa hemoglobina ili hematokrita da se otkrije anemija može da bude od koristi kada se započinje tretman u retkim slučajevima krvarenja nastalog u vreme ili nakon procedura prekida trudnoće. Testovi određivanja resus (Rh) krvne grupe trebali bi biti obezbeđeni kada je to moguće, kako bi se dali Rh- imunoglobulini kada je to indikovano (pogledajte odeljak 2.1.7).

2.1.4 Pregled ultrazvukom

Pregled ultrazvukom nije rutinski potreban da bi se obezbedila usluga prekida trudnoće. (3-5) (GRADE tabele 122-124). Tamo gde je dostupan, ultrazvuk može pomoći da se identifikuje matrična trudnoća i da se isključi ektopična trudnoća nakon oko 6 sedmica (6). Takođe može biti od pomoći da se utvrdi gestaciona starost i da se dijagnostikuju patološka stanja ili utvrdi da trudnoća ne napreduje. Neki zdravstveni radnici smatraju da je tehnologija od pomoći pre i tokom D&E. Tamo gde se ultrazvuk koristi trebalo bi obezbediti da u okviru servisa, ako je to moguće, postoji posebno mesta gde se mogu pregledati žene koje traže prekid trudnoće, odvojeno od onih kojima se pruža prenatalna/antenatalna zdravstvena zaštita.

2.1.5 Infekcije reproduktivnog sistema

Postojanje infekcije u donjem reproduktivnom sistemu u vreme prekida trudnoće predstavlja faktor rizika za nastanak RTI nakon hirurškog prekida trudnoće (7). Objavljeno je da rutinska primena antibiotika u vreme hirurškog prekida trudnoće smanjuje postproceduralni rizik od infekcije za polovinu (8, 9). Međutim, ako antibiotici nisu dostupni za profilaksu, prekid trudnoće i dalje može da se obavi. U svakom slučaju, mora se obavljati strogi nadzor nad procedurama čišćenja i dezinfekcije (pogledajte odeljak 2.2.7.1).

Nakon medicinskog abortusa rizik od nastanka intramaterične infekcije je veoma nizak i zato nije potrebna profilaktična upotreba antibiotika (10) (GRADE tabela 70).

Ako klinički znaci ukazuju na infekciju, ženu treba odmah lečiti antibioticima i potom se može obaviti prekid trudnoće. Tamo gde se može rutinski obaviti laboratorijsko testiranje za PPB, a ako nema vidljivih znakova infekcije, ne treba odlagati obavljanje abortusa zbog čekanja rezultata testa.

2.1.6 Ektopična trudnoća

Ektopična trudnoća nije česta, ali potencijalno je opasna po život, javlja se kod 1,5-2% trudnoća. Znaci i simptomi koji mogu da ukažu na vanmateričnu trudnoću su materica manje veličine nego što je to očekivano u odnosu na trajanje trudnoće; bol prilikom dodirivanja cerviksa, bol u donjim partijama trbuha, posebno kada je udružen sa vaginalnim krvarenjem i tačkastim krvarenjem; vrtoglavica i nesvestica, bledilo i kod nekih žena masa u adneksalnoj loži. Ako se sumnja na ektopičnu trudnoću neophodno je da se dijagnoza odmah potvrdi i da započne lečenje ili da se žena prebaci što je pre moguće u ustanovu u kojoj može da se potvrdi dijagnoza i obezbedi lečenje (11). Pregled aspiriranog tkiva nakon hirurškog abortusa skoro da eliminiše rizik da je ektopična trudnoća ostala neidentifikovana (pogledajte odeljak 2.2.4.5).

Treba napomenuti da je teže postaviti dijagnozu ektopične trudnoće za vreme i nakon medicinskih metoda pobačaja zbog sličnosti simptoma (12). Dodatno, ni mifepriston, a ni misoprostol ne služe za tretman ektopične trudnoće koja će, ako postoji, nastaviti da se razvija i raste. Zato, zdravstveni radnici trebaju posebno da obrate pažnju na kliničke znake ektopične trudnoće, kao što je manja materica nego što je to očekivano u odnosu na datum PMP, bol prilikom dodirivanja cerviksa ili prisustvo adneksalne mase prilikom pregleda male karlice (13). Ženi treba da se kaže da odmah potraži medicinski savet ako ima simptome koji mogu da ukažu na ektopičnu trudnoću, kao što je jak abdominalni bol koji se pojačava, posebno ako je lokalizova na jednoj strani.

Kada kliničke karakteristike (npr. podatak o prethodnim ektopičnim trudnoćama ili pelvičnim inflatornim bolestima, neslaganje između datuma menstruacije i procene gestacione starosti, vaginalno krvarenje, trudnoća u prisustvu IUS ili bol u maloj karlici) navode da se posumnja na ektopičnu trudnoću treba obaviti dodatne pretrage (14). To može

da bude ultrazvučni pregled male karlice i serijsko merenje humanog horionskog gonadotropina (hCG). Ako ovi pregledi nisu mogući, ili ako je postavljena dijagnoza ektopične trudnoće ili postoji jasna sumnja, ženu treba prebaciti u odgovarajući referentni centar radi lečenja.

2.1.7 Rh izomunizacija

U SAD je 1961. godine preporučena pasivna imunizacija svih Rh negativnih žena sa Rh imunoglobulinom u okviru 72 sata nakon prekida trudnoće (15), mada još uvek ne postoje konkluzivni dokazi da je ova mera potrebna nakon rano indukovanih abortusa (16). U uslovima gde je prevalencija Rh negativnog statusa žena visoka i gde se Rh imunoglobulin rutinski obezbeđuje u okviru ustanove treba ga dati u vreme procedure prekida trudnoće. Doza Rh imunoglobulina može da se smanji sa 300 µg (doza koja se daje nakon terminskog porođaja) na 50µ kod trudnoća trajanja manje od 12 sedmica (17). Testiranje Rh faktora nije obavezno za uslugu prekida trudnoće ako nije dostupno ili kako je prevalencija Rh negativnog statusa niska.

Kod trudnoća gestacione starosti do 9 sedmica (63 dana) teoretski rizik za Rh senzitivizaciju majke nakon medicinskog abortusa je veoma mali (17). Zbog toga se smatra da određivanje Rh statusa i davanje anti D profilakse nije obavezno za rani medicinski abortus (12). Ako je Rh imunoglobulin dostupan, preporučuje se da se imunoglobulin daje Rh negativnoj ženi, koja je imala medicinski prekid trudnoće, u vreme kada se daje i prostaglandin (18). Za žene koje koriste misoprostol kod kuće, Rh imunoglobulin može da se da u vreme uzimanja mifepristona.

2.1.8 Informacije i savetovanje

Obezbeđivanje informacija je esencijalni deo pružanja kvalitetne usluge prekida trudnoće. Svaka žena koja razmišlja o prekidu trudnoće treba da dobije adekvatne i relevantne informacije i da joj se ponudi savetovanje od strane obučenog zdravstvenog radnika koji ima sveobuhvatno znanje i iskustvo u vezi sa različitim metodama pobačaja. Informacija mora da se pruži svakoj ženi, bez obzira na njenu starost ili okolnosti, na način da ih ona može razumeti kako bi joj bilo omogućeno da doneše odluku da li želi prekid trudnoće i ako se za to odluči koji metod prekida trudnoće želi.

Informacije, savetovanje i podatke o procedurama abortusa treba pružiti što je moguće pre bez nepotrebnog odlaganja. U poglavlju 3 navedeni su detalji o obuci i ostalim potrebama

zdravstvenih radnika i saradnika, a koje se odnose na pružanje informacije i savetovanja, što podrazumeva i etičke standarde.

2.1.8.1 Informacije i savetovanje potrebni za donošenje odluke

Davanje informacija i savetovanje može biti vrlo važno i od pomoći ženi koja razmatra svoje opcije i omogućava da žena može da doneše odluku bez pritiska. Mnoge žene su donele odluke da urade abortus pre nego što su došle da potraže pomoći i tu odluku treba poštovati, tako da ženu ne treba slati na obavezno savetovanje. Pružanje usluge savetovanja ženi koja to želi treba da je dobrovoljno, poverljivo, nenaređivačkog manira i da ga obavlja obučena osoba (19,20).

Ako se žena odluči za abortus, zdravstveni radnik treba da objasni sve zakonske obaveze koje možda postoje, a koje se moraju ispuniti. Ženi treba ostaviti onoliko vremena koliko joj je potrebno da doneše svoju odluku, čak i ako to znači da kasnije ponovo doći u kliniku. Međutim, trebalo bi objasniti prednost abortusa u ranijem gestacionom dobu, u smislu veće bez-

bednosti u odnosu na abortus u kasnjem dobu. Kada žena doneše odluku, treba obezbediti da se abortus obavi što je pre moguće (19). Zdravstveni radnik bi takođe trebao da pruži informaciju o antenatalnoj nezi i da ženu koja je odlučila da iznese trudnoću i/ili koja razmišlja o usvajanju uputi u odgovarajući centar.

U nekim okolnostima žena može biti pod pritiskom od strane svog partnera, drugih članova porodice, zdravstvenih radnika ili drugih ljudi da izvrši prekid trudnoće. Neudate adolescentkinje, žene koje žive u vezi sa zlostavljačem i žene koje su inficirane HIV-om mogu biti posebno ranjive zbog takve vrste pritiska.

Ako zdravstveni radnici sumnjuju na prinudu, treba da porazgovaraju sa ženom nasamo ili da upute na dodatno savetovanje. Ako osoblje zna ili sumnja da je žena bila izložena seksualnom nasilju ili drugoj vrsti zlostavljanja, trebali bi je uputiti na druge vrste savetovanja i u servise koji im mogu pružiti odgovarajući tretman. Menadžeri treba da osiguraju da svi članovi osoblja budu upoznati gde su dostupni takvi resursi u zdravstvenom sistemu i zajednici (pogledajte poglavlje 3).

2.1.8.2 Informacije o procedurama abortusa

Ženi minimalno moraju biti date informacije o tome:

- šta će biti urađeno tokom i nakon procedure;
- šta će verovatno osetiti i iskusiti (npr. grčeve kao kod menstruacije, bol i krvarenje);
- koliko će proces trajati;
- šta joj je dostupno za rešavanje problema bola;
- koji su rizici i komplikacije udružene sa metodom prekida trudnoće;
- kada će moći da nastaviti sa svojim normalnim aktivnostima, što podrazumeva i seksualni odnos;
- kakve će biti kontrole i praćenje ako za njima ima potrebe.

Ako je moguć izbor metode abortusa, zdravstvene radnike koji pružaju uslugu treba obučiti da daju ženama jasne informacije o tome koje su metode pogodne imajući u vidu dužinu trajanja trudnoće, medicinsko stanje žene i potencijalne faktore rizika, kao i prednosti i nedostatke svakog dostupnog metoda. Veća je verovatnoća da će žena smatrati prihvativijim metodom abortusa ako ga sama izabere (21, 22). Primećeno je da je većini žena, koje će se podvrgnuti prekidu trudnoće, veoma važno da mogu da odaberu metodu. Međutim, nekoliko studija sugeriše da žene koje odaberu medicinski abortus smatraju da je ovaj metod prihvativiji u ranoj gestaciji kada se uporedi sa kasnjom gestacijom (21, 23-25).

2.1.8.3 Informacije o kontracepciji i usluge

Cilj savetovanja o kontracepciji i obezbeđivanje kontraceptiva u kontekstu prekida trudnoće je da se odmah nakon abortusa počne sa korišćenjem odabranog metoda i da se naknadno potvrdi da je to najodgovarajući i najprihvativiji metod za ženu. To će povećati verovatnoću da će žena nastaviti da ga koristi u kontinuitetu i na pravilan način. Pružanje informacija o kontracepciji, ponuda savetovanja, metoda i usluga je esencijalni deo zaštite i nege povezane sa abortusom i pomaže ženi da izbegne neplanirane trudnoće u budućnosti. Idealno, savetovanje pre abortusa sadrži razgovor o potrebi primene kontracepcije u budućnosti. Svakoj ženi treba dati informaciju da se ovulacija može vratiti već za 2 sedmice nakon prekida trudnoće (26), zbog čega može biti u riziku od ponovne trudnoće ako ne bude koristila kontracepciju. Treba joj pružiti tačnu informaciju kako bi joj se pomoglo u izboru najpogodnijeg metoda kontracepcije koji može da odgovori na njene potrebe. Prilikom pomaganja ženi da odabere najprikladniji metod kontracepcije koji će koristiti, može biti od koristi da se ispitaju okolnosti pod kojima se desila neplanirana trudnoća. Ako je žena došla radi prekida trudnoće za koju smatra da je nastala radi neuspeha kontracepcije, zdravstveni radnik koji pruža uslugu trebao bi da

sa njom porazgovara o mogućnosti da kontraceptivno sredstvo možda nije korišćeno na pravilan način i kako da ga koristi na pravilan način ili da li je možda najbolje da za nju da izabere drugo kontraceptivno sredstvo (za više informacija pogledajte odeljak 2.3 i dodatak 6). Konačnu odluku o metodu kontracepcije žena mora da doneše sama.

Ženino prihvatanje metoda kontracepcije nikada ne sme biti preduslov da joj se obezbedi prekid trudnoće. Nekim ženama možda odgovara da porazgovaraju o opcijama u vezi sa kontracepcijom nakon što se završi njihov abortus.

2.2 Metode abortusa

Sažetak

Koji je najpogodniji metod abortusa razlikuje se u odnosu dužinu trajanja trudnoće. Metodi koji su ovde sumirani više su indikativni nego preskriptivni u pogledu vremenskih ograničenja. Na primer, većina dobro obučenih pružaoca usluga može sigurno izvršiti vakuum aspiraciju do 12 punih sedmica trudnoće, dok oni sa dovoljnim iskustvom i pristupom kanilama koje su odgovarajuće veličine mogu bezbedno raditi ovu proceduru za prekid trudnoće koja je trajala 15 punih sedmica (3).

Dostupnost sigurnih i efikasnih medicinskih metoda za indukovani prekid trudnoće se proširuje zbog povećane registracije i upotrebe mifepristona i misoprostola (globalne mape registracije mifepristona i misoprostola dostupne su na: www.gynuity.org). Znanje i pravilna upotreba ovih lekova, što podrazumeva misoprostol sam kada mifepriston nije dostupan, važno je za one koji planiraju programe, menadžere programa, zdravstvene radnike i farmaceute s obzirom da se ovi lekovi uvode u zdravstvene sisteme.

Metodi za 12-14 sedmica od poslednjeg menstrualnog perioda

Preporučeni metodi su manuelna ili električna vakuum aspiracija ili medicinski metodi u okviru kojih se koristi kombinacija mifepristona nakon koga sledi misoprostol. Mifepriston nakon koga sledi analog prostaglandina pokazao se kao siguran i efikasan do 9 punih sedmica trudnoće (4,1 9). Ograničeni dokazi takođe sugerisu sigurnost i efikasnost režima sa ponavljanim dozama misoprostola za trudnoće stare između 9 i 12 sedmice gestacije (3,4,27,28); međutim, misoprostol sam je manje efikasan nego kada se koristi u kombinaciji sa mifepristonom.

Upotreba medicinskih metoda pobačaja zahteva da postoji rezervna opcija u vidu vakuum aspiracije na samom mestu pružanja usluge ili ustanovi u koju se žena upućuje u slučaju neuspelog ili nepotpunog abortusa.

Menadžeri programa i kreatori politike treba da ulože sav mogući trud da se D&K zameni sa vakuum aspiracijom i medicinskim metodama prekida trudnoće.

Metodi nakon 12-14 sedmica od poslednjeg menstrualnog perioda

Preporučeni hirurški metod je D&E pomoću vakuuma aspiracije i forcepsa. Preporučeni medicinski metod za prekid trudnoće nakon 12 sedmica od PMP jeste mifepriston nakon koga slede ponavljane doze misoprostola.

Razmatranja pre procedure

2.2.1 Priprema cerviksa

Priprema cerviksa pomoću osmotskih dilatatora, kao što je laminarija ili farmakološka sredstva, uobičajeno se koristi pre hirurškog prekida trudnoće u prvom tri-

mestru jer čini proceduru abortusa bržom i lakšom za izvođenje jer se smanjuje potreba za mehaničkom dilatacijom cerviksa (29, 30). Priprema cerviksa posebno je korisna kod žena sa anomalijama cerviksa ili koje su imale prethodno hiruršku intervenciju, kod adolescentkinja i onih žena sa odmaklom trudnoćom, kao i kod svih onih koje imaju povećan rizik za povredu cerviksa ili perforaciju materice što bi moglo da izazove krvarenje (31, 32). Takođe, može da olakša obavljanje pocedure abortusa manje iskusnom pružaocu usluge. Međutim, priprema cerviksa ima i neke mane, što podrazumeva dodatnu nelagodnost za ženu, kao i dodatni trošak i vreme potrebno da se priprema cerviksa efikasno obavi. Zato se preporučuje kod svih žena čija trudnoća je starosti preko 12-14 sedmica (29, 30, 33), mada mora da se uzme u obzir i za žene čija je trudnoća u bilo kom gestacionom dobu, posebno kod onih koje imaju visok rizik za povredu cerviksa ili perforaciju materice.

Da bi priprema cerviksa pomoću osmotskih dilatatora bila efikasna potrebno je najmanje 4 sata. Kod hirurškog prekida trudnoće u prvom trimestru, istraživanja sugerisu da je primena 400 µg misoprostola vaginalno 3 do 4 sata pre procedure ili sublingualno 2-3 sata pre procedure efikasno za pripremu cerviksa (29). Drugi efikasan farmakološki režim je 200 mg mifepristona uzeto oralno 36 sati pre procedure vakuum aspiracije (29, 34). Za pripremu cerviksa pre D&E, misoprostol je inferiorniji za prekonoćnu dilataciju u odnosu na laminariju. Za razliku od laminarije, misoprostol kada se koristi sam za pripremu cerviksa nije ispitivan u trudnoćama starosti nakon 20 sedmica gestacije. Upotreba misoprostola u kombinaciji sa osmotskim dilatatorima koji deluju tokom noći nije pokazala bilo kavu dodatnu korist u dilataciji cerviksa pre 19 sedmice gestacije (30).

2.2.2 Kontrola bola

Većina žena prijavljuje izvestan stepen bola vezan za prekid trudnoće. Faktori povezani sa bolom tokom

hirurškog pobačaja sa lokalnom anestezijom evaluirani su u nekoliko opservacionih studija. Stepen bola varira u zavisnosti od starosti žene, broja prethodnih trudnoća, istorije dismenoreje i stepena anksioznosti i straha kod žene (35-37). Nađeno je da je prethodni vaginalni porađaj i veće iskustvo onoga ko pruža uslugu povezano sa manjim bolom tokom abortusa (35-38). Za odnos između bola i gestacione starosti, kao i širine dilatacije cerviksa koja je potrebna za abortus, dobijeni su konfliktni rezultati (35, 36, 38), iako je kraće trajanje procedure povezano sa manjim osećajem bola (35).

Obezbeđivanje adekvatne kontrole bola ne zahteva veliku investiciju u lekove, opremu ili obuku. Zanemarivanje ovog važnog elementa nepotrebno povećava zabrinutost i nelagodnost žena zbog čega se ozbiljno kompromituje zdravstvena zaštita i potencijalno se povećava težina izvođenja procedure.

Savetovanje i ophođenje sa empatijom i uvažavanjem može da smanji ženin strah i percepciju bola, kao što je bio slučaj kod žena koje su lečene zbog nekompletног abortusa (39). Nefarmakološke tehnike relaksacije mogu da skrate vreme trajanja procedure i da smanje potrebu za analgeticima (40, 41), a slušanje muzike može da smanji bol tokom procedure (37). Osoba koja izvodi proceduru i ostalo prisutno

osoblje treba da se ponašaju prijateljski i sigurno. Tamo gde je to moguće, i ako to žena želi, takođe može biti od pomoći da tokom procedure bude prisutna osoba koja pruža podršku, kao što je ženin muž ili partner, član porodice ili prijatelj. Ipak, nefarmakološki pristup ne treba smatrati zamenom za farmakološko ublažavanja bola.

2.2.2.1 Lekovi protiv bolova

Uvek treba ponuditi lekove protiv bolova, bilo da je u pitanju procedura hirurškog ili medicinskog abortusa, i obezbediti ih bez odlaganja ženi koja ih želi. Tri tipa lekova, bilo sami ili u kombinaciji, koriste se

za kontrolu bola tokom prekida trudnoće: analgetici koji ublažavaju osećaj bola; trankvilizeri koji smanjuju anksioznost; i anestetici koji smanjuju fizičke senzacije tokom hirurškog prekida trudnoće. U većini slučajeva kada se obavlja hirurški abortus dovoljni su analgetici, lokalna anestezija i/ili blaga sedacija dopunjena verbalnom potvrdom. Većina ovih lekova je relativno jeftina.

Nenarkotički analgetici koji se nalaze u Model listi esencijalnih lekova Svetske zdravstvene organizacije (WHO's Model List of Essential Medicines), kao što su nesteroidni antiinflamatori agensi poput ibuprofena, smanjuju bol, što podrazumeva i grčeve materice, koji je povezan i sa hirurškim i sa medicinskim metodom abortusa (42,43). U randomizovanim, kontrolisanim studijama nađeno je da paracetamol nije efikasan u otklanjanju postproceduralnog bola nakon hirurškog abortusa (44-46) i bio je slično neefikasan u smanjenju bola tokom medicinskog abortusa (47); zato se upotreba paracetamola ne preporučuje za ublažavanje bola tokom prekida trudnoće.

Kada se obavlja hirurški abortus, preoperativna primena trankilizera, kao što je diazepam, može da smanji strah i da pokrene opuštanje što proceduru čini lakšom i za ženu i za onoga ko proceduru obavlja. Takvi lekovi mogu da izazovu amneziju, koju neke žene i žele, ali mogu da izazovu i pospanost i time odlažu odlazak iz ustanove (37). Dodatna upotreba narkotičkih analgetika može takođe biti pogodna, ali zbog mogućnosti komplikacija, kao što je depresija respiracije, mora postojati mogućnost i sposobnost da se obavi reanimacija i moraju biti dostupni agensi u vidu antagonista narkotika.

2.2.2.2 Anestezija

Kada je za hirurški abortus potrebna mehanička dilatacija cerviksa obično se koristi paracervikalna blokada pomoću lokalnog anestetika, kao što je brzodelujući lidokain, koji se ubrizgava ispod mukoze

cerviksa u okolinu oko cerviksa. Prednosti upotrebe lokalne anestezije nad opštom anestezijom podrazumevaju smanjenje proceduralnih rizika i komplikacija, brže vreme oporavka i bolji osećaj kontrole za ženu koja ostaje svesna i sposobna da komunicira sa osobom koja obavlja proceduru. Ubrizgavanje lokalnog anestetika mora da bude vešto izvedeno, kako bi se izbeglo intravensko ubrizgavanje leka. Upotreba lokalne anestezije sa vakuum aspiracijom je bezbedna, međutim bez obzira na čestu upotrebu još uvek nije istraženo u kom stepenu smanjuje bol (37).

Opšta anestezija se ne preporučuje rutinski kod procedura abortusa jer povećava kliničke rizike (1, 48-50). Povezana je sa većim stopama krvarenja nego lokalna anestezija (1, 2). Upotreba opšte anestezije povećava troškove i za zdravstvene ustanove i za žene, posebno zato što je praksa u nekim bolnicama da se nepotrebno zahteva od žena da ostanu u bolnici preko noći kada prime opštu anesteziju. Ipak, neke žene preferiraju opštu anesteziju pošto je to najefikasnija metoda za kontrolu bola, a takođe tokom teških procedura nekada je preferira i zdravstveni radnik koji obavlja proceduru. Svaka ustanova koja nudi opštu anesteziju mora da ima specijalizovanu opremu i osoblje koji daju opštu anesteziju i koji mogu da zbrinu komplikacije.

2.2.3 Feticid pre procedure

Kada se koriste medicinski metodi abortusa nakon 20. nedelje gestacije, treba razmotriti indukciju preproceduralne smrti ploda. Moderni medicinski metodi, kao što su kombinacije mifepristona i misoprostola ili misoprostol sam nisu direktni feticidi; incidencija kratkotrajnog preživljavanja fetusa nakon ekspulzije povezan je sa starijim gestacionim dobom i skraćenim intervalom do abortusa (51, 52). Uobičajeno korišćeni režimi za indukciju fetalne smrti podrazumevaju (53):

- Ubrizgavanje kalijum hlorida (KCl) kroz fetalnu pupčanu vrpcu ili u srčane komore fetusa veoma

je efikasno, ali zahteva stručnost zbog preciznosti i sigurnog ubrizgavanja, a potrebno je i vreme da se ultrazvukom vidi prestanak rada srca.

- Intramnionska ili intrafetalna injekcija digoksin. Digoksin ima veću stopu neuspeha nega KCl u smislu izazivanja intruterine smrti ploda; međutim, tehnički se lakše izvodi, nije potreban ultrazvuk ako se ubrizga intramnionski i pokazana je sigurnost (nivo leka u serumu majke ostaje ispod terapijskih opsega za digoksin) (51). Da bi se postigla fetalna apsorpcija digoksina potrebno je vreme i zato se obično primenjuje dan pre indukovanih prekida trudnoće sa misoprostolom (33, 54).

2.2.4 Hirurški metodi abortusa

2.2.4.1 Vakuum aspiracija

Preporučena hirurška tehnika za prekid trudnoće gestacione starosti do 15 sedmica jeste vakuum aspiracija (57). Visoka efikasnost vakuum aspiracije dobro je dokazana u nekoliko randomizovanih kontrolisanih studija. Prijavljene su stope potpunih prekida trudnoće između 95% i 100% (55, 56). Izgleda da su električna i manuelna vakuum aspiracija jednako efikasne, međutim, upotreba manuelne vakuum aspiracije povezana je sa manje bola kod trudnoća ispod 9 sedmica gestacije i sa više proceduralnih teškoća kod onih preko 9 sedmica gestacije (57). Vakuum aspiracija kod trudnoće ispod 14 sedmica gestacije je efikasnija i povezana sa manje minor komplikacija nego medicinski prekid trudnoće (56, 58).

Vakuum aspiracija podrazumeva evakuaciju sadržaja materice kroz plastičnu ili metalnu kanilu koja je zakaćena za izvor vakuuma. Kod električne vakuum aspiracije (EVA) koristi se električna vakuumska pumpa. Kod manuelne vakuum aspiracije (MVA) vakuum se stvara pomoću plastičnog aspiratora od 60 ml koji se drži u ruci i ručno aktivira (koji se naziva i brizgalica ili špric). Dostupni aspiratori su kompatibilni sa

plastičnim kanilama različite veličine koje se kreću u rasponu od 4 do 16 mm u dijametru. Za svaku proceduru potrebno je da se izabere kanila odgovarajuće veličine izabrana na osnovu gestacionog doba i širine grlica materice; uopšteno dijametar kanile korespondira sa gestacionim dobom u sedmicama. Neke kanile i većina aspiratora mogu ponovo da se koriste nakon što se očiste i dezinfikuju na visokom nivou ili sterilišu. Mehaničke pumpe kojima se upravlja pomoću stopala takođe su dostupne.

U zavisnosti od trajanja trudnoće, izvođenje abortusa pomoću vakuum aspiracije traje 3 do 10 minuta i može se uraditi ambulantno, uz korišćenje analgezije i/ili lokalne anesteziju. Završetak prekida trudnoće potvrđuje se pregledom aspiriranog tkiva. Kod vrlo rane trudnoće, kanila se može ubaciti bez prethodne dilatacije cerviksa. Ipak, obično je pre ubacivanja kanile potrebna dilatacija pomoću mehaničkih ili osmotskih dilatatora, ili priprema cerviksa sa farmakološkim agensima kao što su misoprostol ili mifepriston (pogledajte odeljak 2.2.1). Generalno, procedura vakuum aspiracije može bezbedno da se završi a da se ne upotrebljava kireta ili drugi instrumenti intrauterino. Podaci ne ukazuju da upotreba kirete nakon vakuum aspiracije smanjuje rizik od zaostajanja tkiva (59).

Većina žena koje imaju abortus u prvom trimestru sa lokalnom anestezijom, oseća se dovoljno dobro da napusti zdravstvenu ustanovu, a nakon opservacije od oko 30 minuta u sobi za oporavak. Duži periodi oporavka generalno su potrebni kod prekida trudnoće koji su obavljeni kasnije tokom trudnoće i kada se koristila sedacija ili opšta anestezija.

Vakuum aspiracija je vrlo sigurna procedura. U studiji sprovedenoj u Njujorku, u kojoj je obuhvaćeno 170 000 abortusa u prvom trimestru, obavljenih pomoću vakuum aspiracije, zabeleženo je da je manje od 0,1% žena imalo ozbiljne komplikacije koje su zahtevale hospitalizaciju (60). Iako su retke, komplikacije vakuum aspiracije mogu biti pelvične infekcije, značajno

krvarenje, povreda cerviksa, nepotpuna evakuacija, perforacija uterusa, komplikacije u vezi sa anestezijom i trudnoća koja je ostala (1, 2). Grčevi u trbuhu i krvarenje nalik menstruaciji javljaju se kod svake procedure abortusa.

2.2.4.2 Dilatacija i kiretaža

Procedura D&K podrazumeva dilataciju cerviksa pomoću mehaničkih dilatatora ili farmakoloških sredstava i korišćenje oštih metalnih kireta za struganje zidova materice. D&K je manje sigurna procedura od vakuuma aspiracije (61) i značajno bolnija za žene (62). Zato, vakuum aspiracija treba da zameni D&K. Stope major komplikacija su za dva ili tri puta veće nego za vakuum aspiraciju (3). Randomizovanim, kontrolisanim studijama u kojima se upoređivala procedura D&K sa vakuum aspiracijom nađeno je da je za do 10 sedmica od PMP vakuum aspiracija brža procedura i da je povezana sa manjim gubitkom krvi u odnosu na D&K (63,64).

Tamo gde se D&K još uvek praktikuje treba uložiti maksimalan napor da se D&K zameni sa vakuum aspiracijom kako bi se poboljšala bezbednost i kvalitet zdravstvene zaštite za žene. Tamo gde trenutno nema servisa za abortus treba uvesti vakuum aspiraciju pre nego D&K. Na mestima gde još nije uvedena vakuum aspiracija, menadžeri moraju da osiguraju da se poštuju odgovarajući protokoli za kontrolu bola i da D&K procedure obavlja dobro obučeno osoblje pod adekvatnim nadzorom.

2.2.4.3 Dilatacija i evakuacija

Dilatacija i evakuacija (D&E) se koriste nakon 12-14 sedmica trudnoće. To je najsigurnija i najefikasnija hirurška tehnika za kasnije prekide trudnoće tamo gde je dostupno vešto i iskusno osoblje (3). Za D&E potrebna je priprema cerviksa pomoću osmotskih dilatatora ili farmakoloških sredstava (pogledajte odeljak 2.1) nakon čega se obavlja evakuacija sadržaja uterusa pomoću EVA sa kanilom dijametra 12-16mm i sa dugačkim forcepsom. U zavisnosti od trajanja

trudnoće, priprema u smislu postizanja adekvatne dilatacije cerviksa može da potraje od 2 sata do 2 dana. Mnogi zdravstveni radnici smatraju da je im je ultrazvuk od pomoći tokom D&E procedure, ali upotreba UZ nije od esencijalnog značaja (65).

Randomizovanim, kontrolisanim studijama u kojima se upoređivala D&E sa intramnionskom instalacijom prostaglandina PGF nađeno je da je D&E brža, bezbednija i prihvatljivija procedura, bar za trudnoće do 18 sedmica starosti (65). D&E je upoređivana sa upotrebom mifepristona sa ponavljanim dozama misoprostola u jednom malom istraživanju u kome je nađeno da je povezana sa manjim bolom i manje neželjenih efekata (67). Kao i za svaku drugu medicinsku proceduru, potrebno je da osobe koje obavljaju proceduru budu dobro obučene, da im je dostupna oprema i da su stekli veština da bezbedno obave D&E (68).

D&E procedura obično se može obaviti ambulantno sa paracervikalnom blokadom i nesteroidnim antiinflamatornim analgetikom ili uz sedaciju bez gubitka svesti. Opšta anestezija nije potrebna i može da poveća rizik (pogledajte odeljak 2.2.2.2). Za obavljanje D&E procedure potrebno je do oko 30 minuta. Kliničko osoblje i žena treba da očekuju veće postoperativno krvarenje nego nakon prekida trudnoće u prvom trimestru. Osoblje takođe treba da je obučeno da obavi savetovanje i pruži informacije koje se odnose na prekid trudnoće u drugom trimestru.

2.2.4.4 Drugi hirurški metodi prekida trudnoće koji se koriste u kasnijoj trudnoći

Velike hirurške intervencije ne treba da budu primarni metod za abortus. Histerotomija nema ulogu u savremenoj praksi izvođenja pobačaja jer su morbiditet, mortalitet i troškovi za ovu proceduru značajno viši nego za D&E ili medicinske metode prekida trudnoće. Slično, histerektomiju ne treba raditi osim kod žena čije zdravstveno stanje samo po sebi nezavisno zahteva ovu operaciju (19).

2.2.4.5 Ispitivanje tkiva nakon hirurškog abortusa

Nakon primene hirurških metoda abortusa važno je da se odmah pregleda produkt koncepcije kako bi se isključila mogućnost ektopične trudnoće i da bi se procenilo da li je abortus obavljen u potpunosti. Kada se koristi vakuum aspiracija nakon 6 punih sedmica trudnoće, dobro obučeni zdravstveni radnik koji pruža uslugu može vizuelno da identifikuje produkt koncepcije, posebno horionske čupice i gestacioni mešak. Ako se u aspiratu ne nalazi očekivani produkt koncepcije, treba se posumnjati na ektopičnu trudnoću i ženu treba poslati na dalje ispitivanje (pogledajte odeljak 2.1.6). Dodatno, zdravstveni radnici koji pružaju usluge moraju da vode računa i da primete ako izgled tkiva upućuje na molarnu trudnoću, posebno u zemljama u kojima je molarna trudnoća česta. Ako se u aspiratu nalazi manje tkiva nego što je očekivano, treba razmotriti mogućnost nepotpunog abortusa i potrebu za ponovnom vakuum aspiracijom. Rutinski pregled produkta koncepcije od strane patologa nije neophodan kada obučeni zdravstveni radnik obavi rutinski pregled tkiva.

2.2.5 Medicinski metodi abortusa (pogledajte okvir 2.1)

Dokazano je da su medicinski metodi prekida trudnoće sigurni i efikasni (4, 19, 24, 69-71). Najefikasniji režimi zasnivaju se na antiprogestogenu mifepristonu koji se veže za progesteronske receptore i na taj način inhibišu dejstvo progesterona čime se utiče na nastavak trudnoće. Režime doziranja čini inicijalna doza mifepristona nakon koga sledi davanje sintetskog analoga prostaglandina, obično misoprostola, koji pojačava kontrakcije materice i pomaže izbacivanje produkta koncepcije (72). Gemeprost je analog prostaglandina koji je sličan misoprostolu, ali je skuplji, potrebno je da se čuva u frižideru i može da se primenjuje samo vaginalno (12). Tako da iako gemeprost pokazuje sličnu efikasnost kao i misoprostol, misoprostol je analog progesterona koji je izbor za prekid trudnoće (73).

OKVIR 2.1

Doze i način davanja mifepristona nakon koga sledi davanje misoprostola

Za trudnoće gestacione starosti do 9 sedmica (63 dana)

- 200 mg mifepristona koji se daje oralno.
- Davanje misoprostola se preporučuje 1 do 2 dana (24-48 sati) nakon ingestije mifepristona.
- Za vaginalni, bukalni ili sublingvalni put primene preporučena doza misoprostola je 800 µg.
- Za oralnu put primene preporučena doza misoprostola je 400 µg.
- Za gestacionu starost do 7 sedmica (49 dana) misoprostol može da se primeni vaginalno, oralno, sublingvalno i oralno. Nakon 7 sedmica gestacije, oralni put primene misoprostola ne treba primenjivati.
- Za gestacionu starost do 9 sedmica (63 dana) misoprostol može da se primeni vaginalno, oralno ili sublingvalno.

Za trudnoće gestacione starosti 9 - 12 sedmica (63 - 84 dana)

- 200 mg mifepristona koji se daje oralno, potom nakon 36-48 sati sledi:
- 800 µg vaginalno misoprostol koji se daje u zdravstvenoj ustanovi. Maksimalno četiri naredne doze misoprostola od 400 µg mogu da se daju u intervalima od 3 sata, vaginalno ili sublingvalno.

Za trudnoće gestacione starosti preko 12 sedmica (> 84 dana)

- 200 mg mifepristona koji se daje oralno, potom nakon 36-48 sati sledi:
- 400 µg oralno ili 800 µg vaginalno misoprostol nakon čega sledi 400 µg misoprostola vaginalno ili sublingvalno svaka 3 sata do maksimalnih pet doza koje se daju u zdravstvenoj ustanovi. Za trudnoće gestacione starosti preko 24 sedmice, dozu misoprostola treba smanjiti zbog veće osetljivosti uterusa na prostaglandine, ali zbog nedostatka kliničkih studija ne mogu se dati preporuke za specifično doziranje.

Određen broj drugih analoga prostaglandina koji su korišćeni u prošlosti, kao što je sulproston i prostagladin F_{2α} nisu više u upotrebi zbog njihovih neželjenih dejstava ili relativnog nedostatka efikasnosti (74).

Efekti medicinskih metoda abortusa slični su događajima koji se dešavaju kod spontanog pobačaja i podrazumevaju grčenje materice i produženo menstrualno krvarenje. Krvarenje traje u proseku 9 dana, ali u retkim slučajevima može da potraje i do 45 dana (75). Neželjeni efekti su mučnina, povraćanje i proliv. Kontraindikacije za upotrebu mifepristona i analoga prostaglandina podrazumevaju hroničnu ili

akutnu adrenalnu ili hepatičnu insuficijenciju, nasledđenu porfiriju ili alergiju na bilo koji od lekova koji se koristi. Mifepriston nije efikasan tretman za ektopičnu trudnoću; ako se posumnja na ektopičnu trudnoću potrebno je dalje ispitivanje i ako se ona potvrdi, potrebno je promptno lečenje (11). Kod žena koje dugotrajno uzimaju kortikosteroide, koje imaju poremećaje zgrušavanja krvi, anemiju teškog stepena, bolest srca ili faktore rizika za kardiovaskularne bolesti treba biti oprezan i obaviti dobru kliničku procenu (12).

Dokazalo se da su medicinski metodi abortusa prihvativi u mnogim uslovima, što podrazumeva i

ustanove sa lošijim resursima (76-78). Lekovi su sve više dostupni globalno i kombinacija

mifepriston i misoprotol za medicinski abortus nalazi se na model listi osnovnih lekova SZO (eng. WHO model list of essential medicines) (73, 79). Kako ovi lekovi postaju sve više dostupni, menadžeri programa treba da imaju svest o tome šta je potrebno da se medicinski abortus uvede u postojeće zdravstvene sisteme (pogledajte poglavlje 3).

2.2.5.1 Mifepriston i analog prostaglandina

Za trudnoće gestacione starosti do 9 sedmica (63 dana)

Dokazano je da je mifepriston sa misoprostolom veoma efikasan, bezbedan i prihvatljiv za abortus do 9 sedmica od PMP. Prijavljena je stopa efikasnosti do 98% (70, 80). Za oko 2-5% žena, koje su dobine kombinaciju mifepriston i misoprostol, biće potrebna hirurška intervencija da bi se rešio nepotpun prekid trudnoće, prekinula postojeća trudnoća ili kontrolisalo krvarenje (81).

Originalni protokoli za upotrebu mifepristona preporučivali su oralnu dozu od 600 mg mifepristona nakon koga sledi 1 mg vaginalnog gemeprosta 36-48 sati kasnije. Međutim, neke studije su pokazale da je 200 mg mifepristona doza izbora jer je podjednako efikasna kao i doza od 600 mg ako se nakon nje daje odgovarajući analog prostaglandina (4, 81-83). Neke studije su pokazivale da se mifepriston može davati u vidu pet ili šest podeljenih doza od 25 mg tokom 3 dana do ukupne doze od 125-150 mg (84), u pitanju je režim koji se koristio u Narodnoj Republici Kini. Međutim, preporučuje se jedna doza zbog lakšeg pružanja usluge i konfora pacijentkinje. Mifepriston u dozi od 50 mg je manje efikasan nego u dozi od 200 mg, kada se daje u kombinaciji sa gemeprostom (85). U jednom istraživanju prijavljeno je da je mifepriston, 100 mg, kada se kombinuje sa 800 µg misoprostola datog vaginalno, bio efikasan kao doza od 200 mg; međutim,

efikasnost u obe terapijske grupe u ovoj studiji bila je niža od očekivane (86).

Misoprostol je efikasan analog prostaglandina koji je značajno jeftiniji u odnosu na gemeprost i ne treba da se čuvan u frižideru. Zato je on analog prostaglandina od izbora. Oralna doza od 200 mg mifepristona, nakon čega sledi 800 µg misoprostola datog vaginalno, sublingvalno ili bukalno predstavlja efikasan režim za medicinski abortus (4). Kada se poredi sa vaginalnom primenom, izgleda da je misoprostol dat sublingvalno povezan sa većom stopom pojave gastrointestinalih neželjenih efekata, a kada se primeni bukalno izgleda da je veća stopa pojave proliva (4). Vaginalno primjenjen misoprostol efikasniji je i bolje se podnosi nego misoprostol dat oralno (87). Oralna doza od 400 mg misoprostola treba da se daje samo do 7 sedmica gestacije (49 dana) s obzirom na veću stopu neuspjeha kada se daje oralno kako trudnoća napreduje (12, 81).

Po nekim protokolima potrebno je da žena dobije i mifepriston i analog prostaglandina pod kliničkim nadzorom, što podrazumeva i drugu posetu zdravstvenoj ustanovi jedan ili dva dana nakon uzimanja mifepristona kako bi joj se dao analog prostaglandina. Uzimanje misoprostola u kućnim uslovima je bezbedna opcija za ženu (80, 88). Nakon dobijanja mifepristona u okviru klinike, sve više žena dobije misoprostol koji će sama da primeni kod kuće za 24-48h nakon primene mifepristona. I pored toga, neke žene više preferiraju primenu doze u okviru klinike (89). Žene koje će uzeti misoprostol kod kuće mogu napustiti ustanovu ubrzo nakon uzimanja mifepristona. Mora im se reći šta da očekuju, a to se odnosi na vaginalno krvarenje i izbacivanje produkta koncepциje nakon korišćenja misoprostola, kao i kako da prepoznaju komplikacije i koga da kontaktiraju ako se one pojave. Važno je objasniti da se doza misoprostola treba uzeti kako je planirano, bez obzira i ako se pojavi krvarenje nakon mifepristona jer će nekolicina

žena imati takvo krvarenje.

Nakon primene misoprostola do 90% žena će izbaciti produkt koncepcije tokom narednih 4-6 sati. Tokom ovog perioda većini žena će biti potrebni lekovi za bolove nastale usled grčeva (pogledajte odeljak 2.2.2.1).

U slučaju da prekid trudnoće nije uspeo i da se trudnoća nastavila, ženi treba ponuditi ponovo misoprostol ili hirurški abortus (12). Žene, kod kojih nije došlo do potpunog prekida trudnoće, mogu generalno da se prate osim ako je vaginalno krvarenje jako ili im se može ponuditi ponovna primena misoprostola ili hirurški završetak njihovog prekida trudnoće. Ustanove koje obavljaju medicinski abortus moraju da osiguraju mogućnost i dostupnost vakuum aspiracije, ako ona zatreba. Ova metoda može da bude dostupna na licu mesta u ustanovi ili putem dogovora sa nekom drugom ustanovom u kojoj se obavlja vakuum aspiracija. U svakom slučaju, zdravstveni radnik mora da obezbedi mogućnost da žena može da dođe do ove usluge u slučaju hitnosti.

Verovatnije je da će žene biti zadovoljne sa procedurom ako imaju realistična očekivanja od procesa abor-tusa (90). Zato im je potrebna potpuna informacija o tome šta mogu da očekuju kod medicinskih metoda pobačaja kao i koji su mogući neželjeni efekti. Zdravstveni radnici moraju da se pobrinu da žena razume važnost praćenja protokola, posebno ako sama uzima lek kod kuće, i kako da prepoznaju komplikacije i šta da rade u slučaju pojave komplikacija.

Za trudnoće gestacione starosti od 9 do 12 sedmica (63 - 84 dana)

Ograničeni podaci sugerisu da je tokom ovog perioda najefikasniji medicinski režim mifepriston od 200 mg oralno nakon čega sledi 36-48 sati kasnije misoprostol 800 µg vaginalno, dato u zdravstvenoj ustanovi. Maksimalno se mogu dati četiri naredne doze misoprostola od 400 µg koje se daju u intervalima od

3 sata vaginalno ili sublingvalno (27, 28). Režimi za ovaj period trudnoće, kao i uslovi njihovog davanja predmet su istraživanja koja su u toku.

Za trudnoće gestacione starosti preko 12 sedmica (> 84 dana)

Režim u kome se primenjuje oralno mifepriston od 200 mg, nakon čega slede ponavljane doze misoprostola bezbedan je i veoma efikasan kada se primenjuje u zdravstvenoj ustanovi (3, 91). Veoma je efikasna oralna doza mifepristona od 200 mg nakon čega sledi 36-48 sati kasnije inicijalna doza misoprostola, 400 µg oralno ili 800 µg vaginalno, potom naredne doze misoprostola od 400 µg vaginalno ili sublingvalno svaka 3 sata do ukupno četiri doze (91). Za trudnoće gestacione starosti preko 24 sedmice, dozu misoprostola treba smanjiti zbog veće osetljivosti uterusa na prostaglandine, ali zbog nedostatka kliničkih studija ne mogu se dati preporuke za specifično doziranje.

Takođe, može da se efikasno koristi i vaginalno aplikovana doza gemeprosta od 1 mg koja se koristi nakon 200 mg mifepristona i koja se, ako je to potrebno, ponavlja svakih 6 sati sve do četiri doze ukupno (92). Ako je potrebno, tretman sa gemeprostom može da se nastavi sa 1 mg gemeprosta svaka 3 sata do ukupno četiri dodatne doze (93, 94).

2.2.5.2 Kada se misoprostol primenjuje sam

Za trudnoće gestacione starosti do 12 sedmica (84 dana)

Misoprostol primjenjen sam takođe je proučavan u pogledu efikasnosti i sigurnosti. Kada se upoređuje misoprostol u kombinaciji sa mifepristonom sa misoprostolom kada se primenjuje sam nađeno je da je misoprostol primjenjen sam manje efikasan, da je potrebno više vremena da se završi abortus, da je proces prekida trudnoće bolniji i povezan sa većim stopama gastrointestinalnih neželjenih efekata (4, 95).

Pošto je misoprostol široko dostupan po niskoj ceni i pošto je na nekim mestima zabeleženo da njegova primena doprinosi smanjenju broja komplikacija koje su rezultat nestručnog abortusa (96) izgleda da se misoprostol često koristi sam tamo gde mifepriston nije dostupan.

Preporučen režim davanja misoprostola je 800 µg primjeno vaginalno ili sublingvalno što se ponavlja u intervalima ne kraćim od 3 sata i ne dužim od 12 sati do ukupno 3 doze. Ovaj režim je 75-90% efikasan za prekid trudnoće. Sublingvalna primjena je manje efikasna od vaginalne primjene osim ako se daje svaka 3 sata, ali ovakav režim davanja ima visoke stope gastrointestinalnih neželjenih efekata (4, 96, 97). Oralni put primjene se ne preporučuje zbog niske efikasnosti.

Za trudnoće gestacione starosti preko 12 sedmica (84 dana)

Misoprostol je efikasan u indukciji prekida trudnoće starosti preko 12 sedmica iako vreme do završetka abortusa nije kratko kao kada se upotrebljava u kombinaciji sa mifepristonom. Preporučen režim doziranja je 400 µg misoprostola vaginalno ili sublingvalno svaka 3 sata do ukupno pet doza (91, 98). Posebno za žene koje nisu do sada rađale efikasnija je vaginalna primjena od sublingvalnog doziranja. Za trudnoće preko 24 sedmice gestacione starosti, dozu misoprostola treba smanjiti zbog veće osetljivosti uterusa na prostaglandine, ali zbog nedostatka kliničkih studija ne mogu se dati preporuke za specifično doziranje.

U nekoliko zemalja zabeležena je vaginalna primjena gemeprosta samog za prekid trudnoće u drugom trimestru trudnoće. Preporučena doza je 1 mg koja se daje svaka 3 sata sve do 5 puta tokom prvog dana i ako je potrebno ponavlja se sledećeg dana. Kada se primenjuje ovakav režim doziranja 80% i 95% žena će pobaciti u roku od 24, odnosno 48 sati (99).

2.2.5.3 Ostali agensi za medicinski prekid trudnoće

Metotreksat, koji je citotoksičan lek koji se koristi za lečenje određenih vrsta karcinoma, reumatoидног artritisa, psorijaze i nekih drugih stanja, koristio se u kombinaciji sa misoprostolom kao medicinski metod za rani abortus (trudnoće gestacione starosti do 7 sedmica) u nekim zemljama gde mifepriston nije bio dostupan. Kada se kombinuje sa misoprostolom, on je efikasan; određen broj studija prikazao je ukupnu stopu uspeha veću od 90% sa 50 mg metotreksata oralno ili intramuskularno, nakon čega je sledila doza od 800 µg vaginalno aplikovanog misoprostola 3-7 dana kasnije (4). Međutim, panel za toksikologiju SZO (eng, WHO Toxicology Panel) preporučio je da se metotreksat ne upotrebljava za izazivanje prekida trudnoće na osnovu zabrinutosti zbog teratogenosti u slučaju da se trudnoća ne prekine uspešno (100). Iako pravi rizici još nisu poznati, zabeleženi su defekti na udovima i abnormalnosti na lobanji i licu kod trudnoće koje su se nastavile nakon neuspelog pokušaja da se izazove prekid trudnoće sa metotreksatom (101-103). Zato se servisima, koji žele uvesti medicinske metode prekida trudnoće, preporučuje da koriste režim u vidu kombinacije mifepristona i misoprostola.

Koriste se i drugi agensi za stimulaciju kontrakcija materice i izazivaju prekid trudnoće nakon 12 sedmica, ali dostupni podaci o njihovoj bezbednosti su ograničeni. Ovi agensi su: hipertonični fiziološki rastvor ili hiperosmolarna urea ubrizgani intraamnionski, etakridin laktat primjenjen intra- i ekstraamnionski, analozi prostaglandina primjenjeni parenteralno ili inatraamnionski i oksitocin ubrizgan intravenski ili intramuskularno (91, 104). Kada se ove metode i načini primene uporede sa metodom kao što je kombinacija mifepristona i misoprostola, one su invanzivne i verovatne manje bezbedne, a i vreme do završetka pobačaja je duže.

2.2.6 Zbrinjavanje komplikacija abortusa

Kada abortus izvodi osoblje koje je prošlo odgovarajuću obuku u modernim medicinskim uslovima, komplikacije su impresivno retke i rizik za smrtni ishod je zanemarljiv (za razliku od nebezbednog abortusa, pogledajte poglavje 1). Ipak, svako mesto gde se pružaju usluge na svakom nivou zdravstvenog sistema treba biti opremljeno i treba imati osoblje koje je obučeno da prepozna komplikacije i da ih brzo zbrine ili da ženu pošalje u drugu ustanovu, 24 sata dnevno (104). Ustanove i veštine potrebne za zbrinjavanje komplikacija prekida trudnoće slične su onima koje su potrebne za zbrinjavanje žena koje su imale spontani prekid trudnoće (spontani pobačaj).

2.2.6.1 Neuspeo abortus sa nastavkom trudnoće

Neuspeo abortus sa nastavkom trudnoće može da se desi kod žena koje su bile podvrgnute i hirurškim i medicinskim metodama prekida trudnoće, ali je češći nakon medicinskih procedura. Ženama koje i dalje imaju simptome trudnoće ili kliničke znakove neuspelog prekida trudnoće treba odmah predložiti proceduru evakuacije sadržaja materice (19).

2.2.6.2 Nepotpun prekid trudnoće

Nepotpun prekid trudnoće nije uobičajen nakon vakuum aspiracije kada je abortus obavio vešt zdravstveni radnik. Češći se dešava nakon medicinskih metoda prekida trudnoće (56). Česti simptomi su vaginalno krvarenje i abdominalni bol, a mogu biti prisutni i znaci infekcije. Na nepotpuni abortus treba takođe posumnjati ako vizuelnim pregledom tkivo aspirano tokom hirurškog prekida trudnoće ne odgovara procjenjenom trajanju trudnoće. U svakoj zdravstvenoj ustanovi treba da postoji obučeno osoblje i potrebna oprema da se zbrine nepotpun abortus tako što će se isprazniti sadržaj materice, a mora da se vodi računa o mogućnosti krvarenje koje može dovesti do anemije ili infekcije koja zahteva terapiju antibioticima. Ne-

potpuni prekid trudnoće može se tretirati sa vakuum aspiracijom ili misoprostolom. Za evakuaciju sadržaja materice daje se prednost vakuum aspiraciji nad D&K jer je povezana sa manjim gubitkom krvi, manje je bolna metoda i procedura je kraća (105). Nepotpun abortus može se takođe tretirati pomoću misoprostola; nije pokazana razlika u stopama potpunih abortusa ili neželjenih događaja kada se uporedi aspiracija ili upotreba misoprostola za žene sa nekompletnim spontanim prekidom trudnoće (spontani pobačaj) gde je veličina uterusa do 13 sedmica gestacije, mada je bilo više neplaniranih hirurških intervencija kada se koristio misoprostol (106). Preporučena doza misoprostola i način primene za ovu indikaciju je ili 600 µg oralno ili 400 µg sublingvalno (106, 107). Postojeće krvarenje može smanjiti apsorpciju misoprostola kada se lek primenjuje vaginalno (108) i zato se ne vaginalni način primene više preferira iako se vaginalna primena 400-800 µg koristi efikasno (106). Odluka o tome na koji način zbrinuti nepotpun prekid trudnoće treba da se zasniva na proceni kliničkog stanja žene i njenih želja u vezi načina lečenja.

2.2.6.3 Krvarenje

Krvarenje može biti rezultat zaostalog produkta koncepcije, traumatske povrede ili oštećenja cerviksa, koagulopatije ili retko, perforacije uterusa. U zavisnosti od uzroka krvarenja pravilno lečenje može da podrazumeva ponovnu evakuaciju sadržaja materice i primjenu uterotonika kako bi se zaustavilo krvarenje, intravensku nadoknadu tečnosti i u ozbiljnim slučajevima, transfuziju krvi, laparoskopiju ili eksplorativnu laparotomiju. Zbog male incidencije krvarenja kod primene vakuum aspiracije, rutinski nije potreban lek oksitocin, mada može biti potreban kod D&E. Produceno krvarenje koje liči na menstrualno je očekivani efekt kod medicinskih metoda prekida trudnoće. U proseku, vaginalno krvarenje postepeno nestaje tokom oko 2 sedmice nakon medicinskog abortusa, ali u pojedinim slučajevima krvarenje i krvarenje u tragu

može da potraje i do 45 dana; takva vrsta krvarenja retko je obilno krvarenje koje može dovesti do hitnog stanja. Hirurska evakuacija može da se obavi ako to žena traži ili u slučajevima gde je krvarenje obilno i produženo, izaziva anemiju ili ako postoji dokaz o infekciji. U svakom slučaju, svaka ustanova koja pruža uslugu mora biti u stanju da odmah stabilizuje i zbrije ženu ili da ima mogućnost da je pošalje u drugu ustanovu (19).

2.2.6.4 Infekcija

Infekcije se retko javljaju nakon pravilno izvedenog prekida trudnoće. Međutim, genitalni trakt je više osjetljiv za uzlazne infekcije kada je cerviks dilatiran nakon abortusa ili porođaja. Uobičajeni znaci i simptomi infekcije podrazumevaju groznicu i osećaj jeze, vaginalni li cervicalni sekret neugodnog mirisa, bolove u trbuhi ili maloj karlici, prođeno krvarenje ili tačkasto krvarenje, bolnost materice i/ili povećan broj belih krvnih ćelija. Kada se postavi dijagnoza infekcije, zdravstveni radnik treba da propiše antibiotike i ako je zaostali deo produkta koncepcije verovatni uzrok infekcije onda treba ponovo evakuisati sadržaj materice. Ženama koje imaju ozbiljnu infekciju možda će biti potrebna hospitalizacija. Kao što je rečeno u odeljku 2.1.5, nađeno je da profilaktično davanje antibiotika ženama koje se podvrgavaju hirurskom prekidu trudnoće smanjuje rizik od infekcija nakon abortusa (9) i treba da se daju tamo gde je to moguće.

Postoji nešto podataka o incidenciji klinički značajne pelvične infekcije nakon medicinskog abortusa, ali se one javljaju retko i manje često nego nakon vakuum aspiracije. Mnogi simptomi pelvične infekcije, kao što je bol, nespecifični su i stoga je precizna dijagnoza otežana. Žene koje imaju bol u maloj karlici, bolnost trbuha i adneksa, vaginalni sekret i groznicu treba lečiti antibioticima širokog spektra.

U Kanadi i SAD prijavljeni su retki slučajevi anaerobnih infekcija bez groznice nakon medicinskog

abortusa (10, 12, 109). Nigde drugde nisu zabeleženi takvi slučajevi. U tim slučajevima žene su imale malo groznicu ili nisu imale groznicu; promenljiv osećaj mučnine, povraćanje, slabost i bol u trbuhi; brzo pogoršanje u okviru nekoliko sati ili dana; tahikardiju ili refraktornu hipotenziju; višestruke izlive, povišen hematokrit i povećan broj leukocita i neutrofiliju. Sve žene su imale toksični šok povezan sa klostridijom. Takođe su se pojavili i prijavljeni su slučajevi nevezani za prekid trudnoće, kao oni nastali tokom postpartalnog perioda nakon normalnog porođaja (110). Ne postoje dokazi da će profilaktičko davanje antibiotika tokom medicinskog abortusa eliminisati ove retke fatalne slučajeve ozbiljne infekcije i zato se ne preporučuje profilaktičko davanje antibiotika ženama koje se podvrgavaju medicinskom abortusu.

2.2.6.5 Perforacija uterusa

Obično se perforacija uterusa ne otkrije i sanira se bez potrebe za intervencijom. U studiji sa više od 700 žena, koje su se podvrgle istovremeno prekidu trudnoće u prvom trimestru i laparoskopskoj sterilizaciji, utvrđeno je da su 12 od 14 perforacija materice bile toliko male i da ne bi bile primećene da se nije radila laparoskopija (111). Kada se sumnja na perforaciju uterusa, može biti dovoljno samo praćenje i antibiotici. Kada je dostupno i neophodno, laparaskopija je metod izbora za ispitivanje. Ako laparoskopski pregled i/ili status pacijenta povećava bilo kakvu sumnju da postoji oštećenje creva, krvnih sudova ili drugih struktura, možda će biti potrebna laparotomija kako bi se uradila reparacija oštećenih struktura.

2.2.6.6 Komplikacije povezane sa anestezijom

Lokalna anestezija je sigurnija od opšte anestezije i to se odnosi i za vakuum aspiraciju u prvom trimestru i za D&E u drugom trimestru (1, 49, 50). Tamo gdje se koristi opšta anestezija, osoblje mora biti veštoto postupcima stabilizacije konvulzija i za obavljanje kardiorespiratorne reanimacije. Tamo gde se koriste

narkotici uvek treba da budu odmah dostupni i njihovi antagonisti.

2.2.6.7 Ruptura uterusa

Ruptura uterusa retka je komplikacija koja je udružena sa kasnjim gestacionim dobima i postojanjem ožiljka na materici, ali je prijavljena i kod žena koje nemaju ovaj faktor rizika. U metaanalizi je nađeno da je rizik za rupturu uterusa, kod žena kojima je prethodno rađen carski rez, a koje su imale misoprololom izazvan prekid trudnoće 0,28% (112).

2.2.6.8 Dugoročne posledice

Velika većina žena kojima je pravilno izvršen izazvan abortus neće imati bilo kakve dugotrajne efekte na opšte ili reproduktivno zdravlje (113-115). U moderno vreme, rizik za smrtni ishod zbog bezbednog, indukovanih abortusa je niži nego od injekcije penicilina (116) ili iznošenja trudnoće do termina (7).

Istraživanje pokazuje da nema povezanosti između bezbedno izazvanog abortusa u prvom trimestru i neželjenih ishoda kod narednih trudnoća (117). Iako abortusi u drugom trimestru nisu toliko ispitivani, nema dokaza da postoji povećani rizik za neželjene ishode kod narednih trudnoća (114, 118). Jasni epidemiološki podaci pokazuju da nema povećanog rizika za nastanak raka dojke kod žena koje su imale indukovani ili spontani pobačaj (119, 120). Negativne psihološke posljedice javljaju se kod veoma malog broja žena i izgleda da predstavljaju nastavak nekog prethodnog stanja, pre nego da su rezultat iskustva izazvanog abortusom (121, 122).

2.2.6.9 Druge komplikacije

Nakon nebezbednog abortusa mogu da se javе različite druge komplikacije u zavisnosti od načina i metoda kojim je provociran abortus. Između ostalih, primeri su trovanje, povreda trbuha ili prisustvo stranih tela u genitalnom traktu. Pored zbrinjavanja bilo kojih komplikacija povezanih sa abortusom

(pogledajte odeljke 2.2.6.1 – 2.2.6.6) i ostvarivanja zdravstvene zaštite i nege nakon procedure (pogledajte odeljak 2.3), žene sa ovim komplikacijama treba stabilizovati i lečiti ili uputiti u drugu ustanovu radi odgovarajućeg lečenja.

2.2.7 Ostala pitanja u vezi sa procedurama abortusa

2.2.7.1 Prevencija i kontrola infekcija

Pošto procedure pobačaja i zdravstvene zaštite i nege podrazumevaju kontakt sa krvlju i drugim telesnim tečnostima, svi članovi kliničkog i pomoćnog osoblja u svim ustanovama koje pružaju ove usluge treba da razumeju i da primenjuju standardne mere opreza za prevenciju i kontrolu infekcija kako bi zaštitali i sebe i svoje pacijente.

Standardne mere opreza su jednostavne procedure za kontrolu infekcija koje treba da se koriste prilikom pružanja usluga zdravstvene zaštite i nege kod svih pacijenata i uvek, a kako bi se smanjio rizik od prenosa infekcija koje se prenose putem krvi. U njih spadaju: pranje ruku sa sapunom i vodom pre i nakon svih procedura; upotreba zaštitnih barijera kao što su rukavice, mantili, kecelje, maske, zaštitne naočare kako bi se izbegao direktni kontakt sa krvlju i drugim telesnim tečnostima; sigurno uklanjanje otpadaka kontaminiranih sa krvlju ili drugim telesnim tečnostima; pravilno rukovanje sa zaprljanim tkaninama; pažljivo rukovanje i odlaganje u otpad oštih predmeta; i pravilna dezinfekcija instrumenata i ostale kontaminirane opreme (123).

Pranje ruku i upotreba zaštitnih barijera

Svo osoblje treba temeljno da opere svoje ruke pre i nakon kontakta sa ženom, kao i odmah nakon bilo kakvog kontakta sa krvlju, telesnim tečnostima ili sluzokožom (124). Između kontakta sa različitim pacijentima i između vaginalnog i rektalnog pregleda iste žene potrebno je da se nose i menjaju sterilne rukavice ili rukavice koje su dobro dezinfikovane.

Nakon završetka pružanja zdravstvene usluge jednoj ženi i skidanja rukavica, zdravstveni radnik treba uvek da opere ruke jer na rukavicama mogu biti rupe koje se ne vide (124). Upotreba pomoćnog materijala, kao što su sterilni nazuvci, ne čini bitnu razliku u stopama infekcije, a povećava troškove.

Čišćenje

Deterđženti i vruća voda dovoljni su za rutinsko čišćenje podova, kreveta, toaleta, zidova i gumenih čaršava. Nakon prolivanja telesnih tečnosti, treba nositi jake gumene rukavice i ukloniti što je više moguće telesne tečnosti sa upijajućim materijalom. Ovaj materijal se onda može baciti u kontejner koji ne propušta tečnost, a kasnije se može spaliti ili zakopati u duboku rupu. Površinu na koju se prolila tečnost treba očistiti sa dezifikijensom na bazi hlora i potom je temeljno oprati sa sapunom i vodom.

Sa svim zaprljanim tkaninama treba se rukovati što je manje moguće, na mesto prikupljanja treba ih doneti u vrećama i ne treba ih sortirati ili prati u oblastima gde se obavlja zdravstveni rad i nega pacijenata. Ako je moguće, tkanine sa velikom količinom telesne tečnosti treba transportovati u vrećama koja ne propuštaju tečnost. Ako nepropusne vreće nisu dostupne, tkanine treba zamotati tako da su prljavi delovi okrenuti na unutra i sa njima treba rukovati pažljivo i u rukavicama.

Sigurno uklanjanje otpada kontaminiranog sa telesnim tečnostima

Čvrsti otpad koji je kontaminiran sa krvlju, telesnim tečnostima, laboratorijske uzorke i tkiva treba tretirati kao klinički otpad i odlagati u otpad u skladu sa lokalnim propisima (123). Tečni otpad kao što je krv ili druge telesne tečnosti treba prosuti u odvod koji povezan sa adekvatno tretiranim odvodnim kanalom ili jamom za otpad.

Bezbedno rukovanje sa oštrim predmetima i njihovo odlaganje u otpad

Najveća opasnost od prenosa HIV-a, na mestima gde se pružaju zdravstvene usluge i obavlja nega, jeste od uboda sa kontaminiranim iglama i drugim oštim predmetima. Ovo se, takođe odnosi i na prenos hepatitisa B i C. Većina povreda oštim predmetima u koje je uključen prenos su dubeke povrede sa nazubljenim iglama. Takve povrede često se dese kada se ponovo stavlja poklopac na igle, kada se igle čiste, kada se uklanjuju ili nepravilno bacaju. Iako ponovno stavljanje poklopca na iglu treba izbegavati kada je moguće (124), ponekad je stavljanje poklopca neophodno. Kada je to slučaj, treba koristiti metod sa jednom rukom. Kontejneri koje nije moguće probiti iglom, a služe za odlaganje otpadnog materijala, moraju biti dostupni i brzo pristupačni za uklanjanja oštih predmeta. Oni se mogu spaliti u zatvorenoj peći za spaljivanje smeća ili zakopati u duboku jamu. Dodatne mere opreza kako bi se sprečile povrede oštim predmetima podrazumevaju nošenje rukavica, postojanje odgovarajućeg izvora svetlosti kada se tretira žena, postavljanje kontejnera za oštire predmete direktno na mesto gde se upotrebljavaju, nikada ne bacati oštore predmete u običan komunalni otpad i držati oštore predmete izvan domaćaja dece. Uvek kada je to moguće, prilikom hirurškog šivenja treba koristiti držače za igle.

Bezbedno čišćenje opreme nakon upotrebe

Odmah nakon upotrebe, sve hirurške instrumente za višekratnu upotrebu koji su korišćeni tokom abortusa treba poslati na čišćenje i sterilizaciju. Medicinsku opremu i materijal za jednokratnu upotrebu ne treba ponovo koristiti (124). Tamo gde nema centralnog servisa za obradu instrumenata ili na mestima gde su ograničeni resursi, preporučuju se sledeće procedure.

Najvažniji korak da se osigura dobra konačna dekontaminacija instrumenata je fizičko čišćenje (123). Instrumenti bi trebali biti mokri dok se ne očiste. Ako se osuše to može otežati kasnije potpuno otklanjanje

prljavštine. Može da se koristi dezifikacijens kao što je 0,5 % rastvor hlora. Pre čišćenja i dalje obrade aspiratora treba rasklopiti. Priključni adapteri moraju da se odvoje od kanile.

Oprez: nije bezbedno rukovati golim rukama sa aspiratorima, kanilama i adapterima dok se ne očiste.

Nakon potapanja, operite sve površine temeljno pod tekućom vodom i sa deterdžentom. Bolje je da se koristi deterdžent u odnosu na sapun koji može da ostavi ostatke. Nakon toga bi sve instrumente trebalo sterilizovati (prvi izbor) ili dezinfikovati sa dezinficijensom visokog stepena (tamo gde sterilizacija nije moguća ili nije izvodljiva). Sterilizacija ubija sve mikroorganizme, što podrazumeva i endospore bakterija,

kao što su one koje uzrokuju tetanus ili gasnu gangrenu. Dezinfekcija visokog stepena (DVS) uništava sve mikroorganizme, što podrazumeva hepatitis i HIV, ali ne ubija pouzdano endospore bakterija.

Sterilizacija se najbolje postiže sa parom pod pritiskom (autoklav) ili višesatnim (>5 sati) potapanjem u svežem rastvoru glutaraldehida (125). DVS može da se postigne kraćim potapanjem u rastvorima glutaraldehida ili izbeljivača (natrijum hipohlorit) (125). Upotrebom fenola ili antiseptika neće se postići DVS. Instrumenti koji su hladno obrađeni (potopljeni u rastvore) moraju temeljno da se isperu nakon obrade. Instrumenti koji su prošli proces DVS mogu da se isperu prokuvanom vodom; instrumenti koji su sterilizovani treba da se isperu sterilnom vodom (pogledajte tabelu 2.1 za detalje o obradi instrumenata).

Tabela 2.1 Obrada instrumenata

Metod	Sredstvo	Vreme	Napomene
Sterilizacija	Para pod pritiskom (autoklav)	20 minuta na 121°C i pri pritisku od 103,5-140 kPa	Prepostavka je da su sve površine opreme, koju želimo da dekontaminišemo, dostupna za paru. Vreme treba produžiti na 30 minuta za umotane predmete.
	2% glutaraldehid	Kontakt 5 sati na 20-25°C sa 2% aktivne alkalne formulacije (pH = 7,5-9)	Neki izvori/proizvođači sugeriju 10 sati za sterilizaciju.
Dezinfekcija visokog stepena (DVS)	Hlor (natrijum hipohlorit)	Kontakt 5 minuta na 20-25°C sa puferovanim hipohloritom (pH =7-8) pri koncentraciji od 5000 ppm dostupnog hlora (oko 10% razblaženje izbeljivača iz domaćinstva – može da deluje korozivno za metale)	Neki izvori preporučuju 20 minuta u 5 % razblaženju ako se radi sa vodom iz česme ili 1% razblaženje ako se radi sa prokuvanom vodom
	2% glutaraldehid	Kontakt 30 minuta na 20-25°C sa 2% aktivne alkalne formulacije (pH = 7,5-9)	Neki izvori/proizvođači sugeruju 20 minuta za DVS
	Kuvanje	20 minuta u kipućoj vodi	Posudu treba poklopiti; predmete koji plutaju nije potrebno potpuno potapati

Napomena: efikasnost za sve vrste sterilizacije i tehnike DVS zavise od prethodnog čišćenja i uklanjanja organskih ostataka i materijala koji su se osušili i prilepili za opremu (123, 125, 126).

Neki proizvođači proizvode aspiratore i kanile napravljene od visoko kvalitetne plastike i oni su napravljeni tako da se mogu sterilisati u autoklavu, dok će drugi plastični instrumenti pući i istopiti se kada se izlože visokoj temperaturi sterilizacije. Zdravstveni radnici uvek treba da pogledaju uputstva za upotrebu svih predmeta koji se dezinfikuju kako bi bili sigurni da koriste odgovarajući način dezinfekcije. Pored toga, treba poštovati sva uputstva proizvođača za sve proizvode koji se koriste u procesu dezinfekcije.

2.3. Praćenje i zdravstvena zaštita nakon abortusa

Nakon izazvanog i spontanog pobačaja ženama treba pružiti odgovarajuću zdravstvenu zaštitu. Za žene čiji su abortusi obavljeni na nebezbedan način, zdravstvena zaštita nakon abortusa koristi se kao strategija da bi se smanjio morbiditet i mortalitet povezan sa komplikacijama, što podrazumeva i aspiraciju sadržaja materice kod nepotpunog prekida trudnoće (pogledajte odeljak 2.2.6.2); da bi se ponudila kontracepcija kako bi se sprečile neplanirane trudnoće u budućnosti i da bi se žene povezale sa drugim potrebnim servisima u zajednici. Nakon bezbednog, indukovanih abortusa, zdravstvena zaštita nakon abortusa možda i ne zahteva ponovnu posetu zbog kontrole ako žena ima adekvatnu informaciju o tome kada da zatraži pomoć zbog komplikacija i ako je dobila potreban materijal ili informaciju u vezi kontracepcije.

Pre nego što napusti zdravstvenu ustanovu svim ženama treba dati informacije o kontracepciji i treba im ponuditi savetovanje u vezi sa metodama kontracepcije nakon abortusa, što podrazumeva i hitnu kontracepciju. Odmah nakon hirurškog ili medicinskog abortusa može da se započne primena svih metoda kontracepcije, što podrazumeva i intrauterina sredstva i hormonske kontraceptive, pod uslovom

da se vodi računa o zdravstvenom profilu svake žene i ograničenjima određenih metoda (pogledajte dodatak 5). Postoji nekoliko metoda sa kojim ne treba započinjati odmah nakon abortusa: kontraceptivna dijafragma i kapa ne treba da se koriste do isteka 6 sedmica nakon prekida trudnoće u drugom trimestru, a prirodne metode kontracepcije mogu ponovo da se primenjuju tek nakon što se reguliše menstrualni ciklus (127). Stavljanje IUS-a odmah nakon abortusa pruža bolju zaštitu od neplanirane trudnoće nego ako se stavi kasnije (185 - 130). Iako je bezbedno, postoji veći rizik da se izbací IUS ako je stavljen u vreme abortusa u trećem trimestru (131). Što se tiče medicinskog abortusa, sa hormonskim kontraceptivima može da se započne nakon uzimanja prve tablete iz režima doziranja za medicinski abortus, a pre stavljanja IUS-a ili sterilizacije treba da se potvrdi da je abortus potpun. Pored toga, posebno treba da se obrati pažnja na žene koje traže sterilizaciju kako bi se uverili da njihov izbor možda nije rezultat uticaja prirode trenutnog momenta.

Na mestima na kojima se pružaju usluge abortusa treba da postoji mogućnost da se u ustanovi ženi obezbedi metod kontracepcije koji želi. Ako izabrani metod kontracepcije ne može da se pruži na licu mesta (npr. sterilizacija se retko nudi na nivou primarne zdravstvene zaštite), ženi treba dati informaciju gde i kako da dođe do kontraceptivnog sredstva/metoda i u međuvremenu joj treba ponuditi privremeni metod. Za one metode koje nisu dostupne na licu mesta, ustanova u kojoj se obavlja abortus treba da napravi direktni sistem za upućivanje kako bi obezbedili da žena može da dobije željenu kontracepciju. Sve žene treba informisati o hitnoj kontracepciji, a treba razmotriti opciju da im se i obezbedi kako bi je imale kod kuće za kasniju upotrebu, posebno za žene koje izaberu kondome kao primarni metod kontracepcije i za one koja izaberu da ne započnu odmah upotrebu rutinskih kontraceptivnih metoda.

Sa ženama koje izaberu kontraceptivno sredstvo koje nije kondom, treba porazgovarati o PPB, što podrazumeva i HIV, kao i o važnosti upotrebe kondoma (127). Informacije o prevenciji infekcija treba posebno naglasiti pojedincima koji su možda pod povećanim rizikom i u oblastima u kojima je poznata visoka prevalencija HIV-a i drugih PPB. U ustanovi treba da je dostupno savetovanje o HIV-u i testiranje na HIV ili opcija upućivanja u drugu ustanovu. Za istovremenu zaštitu i od trudnoće i od PPB treba promovisati dvostruku zaštitu, kao što je upotreba jednog metoda poput kondoma ili kombinacije metoda.

Žene koje se podvrgnu abortusu treba da dobiju jasna, jednostavna, usmena ili pisana uputstva o tome kako da se brinu za sebe nakon što napuste zdravstvenu ustanovu i kako da prepozna komplikacije koje zahtevaju medicinsku pažnju. U ovim uputstvima treba da je sadržano sledeće: apstiniranje od seksualnih odnosa i stavljanja bilo čega u vaginu sve dok ne prestane krvarenje; dostupnost kontracepcije, što podrazumeva i hitnu kontracepciju, da izbegavaju trudnoću (plodnost može da se vrati već nakon 2 sedmice od abortusa); da je potrebno da se vrate u zdravstvenu ustanovu u slučaju većeg bola u maloj karlici, obilnog krvarenja ili povišene telesne temperature (19). Tokom vremena koje je potrebno da se medicinski prekid trudnoće dovrši, žena treba da ima mogućnost da u bilo koje vreme kontaktira lekara ili zdravstvenog radnika koji mogu da joj odgovore na pitanja i pruže podršku.

2.3.1 Hirurški metodi abortusa

Tokom perioda opservacije nakon hirurškog prekida trudnoće, osoblje treba da omogući da se žena oseća udobno, da joj ponudi podršku i da je prate tokom oporavka. Zdravstveni radnik treba posebno da obrati pažnju ako se žena žali na bol jer bol može nastati zbog perforacije uterusa (što može da zahteva opservaciju ili terapijsku laparotomiju) ili akutne hematometre (krv ispunjava matericu) što se može

lečiti ponovnom aspiracijom šupljine materice). Zato je važno, posebno kada su pitanju kasniji abortusi, da se manuelno preko trbušnog zida potvrdi kolika je veličina materice. Ako nema komplikacija većina žena može da napusti zdravstvenu ustanovu odmah kada osete da su za to sposobne i ako su njihovi vitalni znaci normalni (19). Nakon abortusa u kasnijoj trudnoći i nakon jake sedacije i opšte anestezije, period oporavka može biti duži i možda je potrebna intenzivnija opservacija.

Nakon hirurškog prekida trudnoće žene mogu da imaju slabije krvarenje nalik menstrualnom ili kapljičasto krvarenje tokom nekoliko sedmica. Žene treba informisati se kod medicinskih metoda abortusa može očekivati slično ili obilnije krvarenje nego kao kod obilnog menstrualnog krvarenja. Simptomi koji zahtevaju kliničku pažnju podrazumevaju veoma obilno krvarenje, povišenu telesnu temperaturu duže od jednog dana, pogoršanje bola u maloj karlici i retko nastavak postojanja trudnoće. Mučnina, ponekad praćena povraćanjem, generalno prestane u okviru 24 sata nakon hirurškog abortusa. Osoblje treba da upozori ženu da očekuje grčeve koje mogu obično uspešno olakšati nesteroidni antiinflamatori lekovi koji se mogu kupiti bez recepta, kao što je ibuprofen. Za žene koje ne znaju da čitaju treba obezbediti informacije o prepoznavanju komplikacija, kao i gde i kako da potraže pomoć u formi koja sadrži slike.

Nakon abortusa u prvom trimestru trudnoće, većina žena može da se vrati svojim uobičajenim aktivnostima i odgovornostima u okviru nekoliko sati ili dana (19). Ženama kojima je urađen hirurški abortus može da se ponudi da dođu na kontrolni pregled kod obučenog lekara u okviru 2 sedmice od abortusa. Ako je potrebno, to može da bude prilika da se porazgovara sa ženom o njenim iskustvima. Na primer, ženama koje su imale abortus iz medicinskih razloga ili nakon silovanja možda će biti potrebno da popričaju o osećaju ili gubitku ambivalencije, ili će hteti dodatno savetovanje.

2.3.2 Medicinski metodi abortusa

Zbog visoke efikasnosti mifepristona i misoprostola u kombinaciji za medicinski abortus do 9 sedmica (63 dana) gestacije, nema potrebe za medicinskim kontrolama kako bi se utvrdilo da je abortus bio potpun. Međutim, žene treba posavetovati da dođu na kontrolu ako budu imale znakove nastavka trudnoće ili zbog drugih medicinskih razloga, kao što je produženo obilno krvarenje ili povišena temperatura. One žene koje su imale medicinski abortus uz pomoć samo misoprostola treba da dođu na kontrolu kako bi se potvrdilo da je abortus potpun 7-14 dana nakon uzimanja misoprostola.

U okviru terapijskog protokola za mifepriston nakon čega sledi misoprostol, koji se koristi za trudnoće do 9 sedmica, po kojima je potrebno da žena ostane pod kliničkim nadzorom tokom 4-6 sati nakon uzimanja misoprostola trebalo bi da se potvrdi da je abortus potpun o okviru tog perioda, ako je to moguće. Potvrđivanje se generalno radi tako što se pregledaju ulošci i čaršavi koji su korišćeni tokom opservacije, odnosno da li se vidi izbačen produkt koncepcije.

Kompletan abortus može da se potvrdi pregledom male karlice, ultrazvukom male karlice ili ponavljanim merenjem hCG-a. Ako se koristi merenje hCG-a, treba imati na umu da se u nekim slučajevima može detektovati manji nivo hCG-a do 4 sedmice nakon uspešnog izbacivanja. Ultrazvuk je koristan za detekciju trudnoće koja se nastavila; merenja debljine endometriuma, međutim nije koristan za dijagnozu nepotpunog abortusa i može da dovede do nepotrebnih hirurških intervencija (132). Žene koje i dalje imaju simptome trudnoće ili imaju minimalno krvarenja verovatno su i dalje trudne.

Ženama sa neuspelim abortusom (trudnoća se nastavila) može da se ponudi vakuum aspiracija ili ponavljanje davanja misoprostola. Dostupni podaci, koji se odnose na potencijalni rizik za nastanak ab-

normalnosti fetusa nakon neuspelnog medicinskog abortusa, ograničeni su i nekonkluzivni. Zato je neophodno da se insistira na završetku izložene trudnoće, ukoliko žena želi da se ona nastavi. U svakom slučaju, ženu treba informisati da ju je važno kontrolisati zbog nepoznatih rizika za fetus usled primene lekova za abortus (12, 133).

Žene sa nepotpunim abortusom mogu generalno samo da se prate, osim ako je vaginalno krvarenje obilno, ili im se može ponuditi ponovna primena misoprostola ili hirurško završavanje abortusa. Imajući u vidu veći rizik za krvarenje i nepotpun abortus povezan sa procedurama preduzetim nakon 12 sedmica trudnoće, sve žene u tim situacijama treba da budu pod kliničkim nadzorom sve dok se i fetus i placenta ne izbace. Pored toga, medicinski abortusi nakon 9 sedmica gestacije treba da se obave u medicinskoj ustanovi, mada su u toku istraživanja čiji je cilj da se utvrdi da li je za podgrupu žena, čija je trudnoća ove gestacione starosti, abortus u kućnim uslovima bezbedan i pogodan.

Reference

1. Bartlett LA et al. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, 2004, 103:729–737.
2. Grimes DA, Cates W, Jr. Complications from legally-induced abortion: a review. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 1979, 34(3):177–191.
3. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *The care of women requesting induced abortion*. Evidence-based guideline no. 7. London, RCOG Press, 2004.
4. Kulier R et al. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011, (1):CD002855.
5. Kulier R, Kapp N. Comprehensive analysis of the use of pre-procedure ultrasound for first- and second-trimester abortion. *Contraception*, 2010, 83:30–33.
6. Laing FD, Frates MC. Ultrasound evaluation during the first trimester of pregnancy. In: Callen P, ed. *Ultrasound in obstetrics and gynecology*, 4th ed. Philadelphia, WB Saunders, 2010:118–119.
7. Penney GC et al. A randomised comparison of strategies for reducing infective complications of induced abortion. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 105:599–604.
8. Low N et al. Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012, (3):CD005217.
9. Sawaya GF et al. Antibiotics at the time of induced abortion: the case for universal prophylaxis based on a metaanalysis. *Obstetrics and Gynecology*, 1996, 87:884–890.
10. Shannon C et al. Infection after medical abortion: a review of the literature. *Contraception*, 2004, 70:183–190.
11. *Managing the complications of pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors*, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2003.
12. *Frequently asked clinical questions about medical abortion*. Geneva, World Health Organization, 2006.
13. Majhi AK et al. Ectopic pregnancy—an analysis of 180 cases. *Journal of the Indian Medical Association*, 2007, 105:308–312.
14. Barnhart KT et al. Risk factors for ectopic pregnancy in women with symptomatic first-trimester pregnancies. *Fertility and Sterility*, 2006, 86:36–43.
15. Finn R et al. Experimental studies on prevention of Rh haemolytic disease. *British Medical Journal*, 1961, 1(523):1486–1490.
16. Naik K et al. The incidence of fetomaternal haemorrhage following elective termination of first-trimester pregnancy. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 1988, 27:355–357.
17. Fiala C, Fux M, Gemzell DK. Rh-prophylaxis in early abortion. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2003, 82:892–903.
18. Urquhart DR, Templeton A. Reduced risk of isoimmunisation in medical abortion. *Lancet*, 1990, 335:914.
19. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva, World Health Organization, 2003.
20. Baker A, Beresford T. Informed consent, patient education and counseling. In: Paul M et al. eds. *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*. Hoboken, NJ, Wiley-Blackwell, 2009:48–62.
21. Henshaw RC et al. Comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration: women's preferences and acceptability of treatment. *British Medical Journal*, 1993, 307:714–717.
22. Slade P et al. A comparison of medical and surgical termination of pregnancy: choice, emotional impact and satisfaction with care. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 105:1288–1295.
23. Honkanen H, von Hertzen H. Users' perspectives on medical abortion in Finland. *Contraception*, 2002, 65:419–423.
24. Winikoff B et al. Safety, efficacy, and acceptability of medical abortion in China, Cuba, and India: a comparative trial of mifepristone–misoprostol versus surgical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1997, 176:431–437.

25. Honkanen H et al., WHO Research Group on Post-Ovulatory Methods for Fertility Regulation. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2004, 111:715–725.
26. Cameron IT, Baird DT. The return to ovulation following early abortion – a comparison between vacuum aspiration and prostaglandin. *Acta Endocrinologica*, 1988, 118:161–167.
27. Hamoda H et al. A randomised controlled trial of mifepristone in combination with misoprostol administered sublingually or vaginally for medical abortion up to 13 weeks of gestation. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2005, 112(8):1102–1108.
28. Tang OS et al. Pilot study on the use of repeated doses of sublingual misoprostol in termination of pregnancy up to 12 weeks gestation: efficacy and acceptability. *Human Reproduction*, 2002, 17:654–658.
29. Kapp N et al. Cervical preparation for first trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (2):CD007207.
30. Newmann SJ et al. Cervical preparation for second trimester dilation and evacuation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (8):CD007310.
31. Grimes DA, Schulz KF, Cates WJ. Prevention of uterine perforation during curettage abortion. *Journal of the American Medical Association*, 1984, 251:2108–2112.
32. Schulz KF, Grimes DA, Cates W. Measures to prevent cervical injury during suction curettage abortion. *Lancet*, 1983, 1(8335):1182–1185.
33. Borgatta L, Kapp N. Clinical guidelines. Labor induction abortion in the second trimester. *Contraception*, 2011, 84(1):4–18.
34. World Health Organization, Task Force on Postovulatory Methods for Fertility Regulation. *Cervical ripening with mifepristone (RU 486) in late first trimester abortion*. Geneva, World Health Organization, 1994 (Report No. 50).
35. Smith G et al. Pain of first trimester abortion: its quantification and relations with other variables. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1979, 133:489–498.
36. Belanger E, Melzack R, Lauzon P. Pain of first-trimester abortion: a study of psychosocial and medical predictors. *Pain*, 1989, 36:339–350.
37. Renner RM et al. Pain control in first trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009;(2):CD006712.
38. Borgatta L, Nickinovich D. Pain during early abortion. *Journal of Reproductive Medicine*, 1997, 42:287–293.
39. Solo J. Easing the pain: pain management in the treatment of incomplete abortion. *Reproductive Health Matters*, 2000, 8:45–51.
40. Faymonville ME et al. Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: a prospective randomized study. *Pain*, 1997, 73:361–367.
41. Marc I et al. The use of hypnosis to improve pain management during voluntary interruption of pregnancy: an open randomized preliminary study. *Contraception*, 2007, 75:52–58.
42. Suprapto K, Reed S. Naproxen sodium for pain relief in first-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1984, 150:1000–1001.
43. Matambo J, Moodley J, Chigumadzi P. Analgesia for termination of pregnancy. *South African Medical Journal*, 1999, 89:816.
44. Cade L, Ashley J. Prophylactic paracetamol for analgesia after vaginal termination of pregnancy. *Anaesthesia and Intensive Care*, 1993, 21:93–96.
45. Hein A, Jakobsson J, Ryberg G. Paracetamol 1 g given rectally at the end of minor gynaecological surgery is not efficacious in reducing postoperative pain. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 1999, 43:248–251.
46. Dahl V, Fjellanger F, Raeder JC. No effect of preoperative paracetamol and codeine suppositories for pain after termination of pregnancies in general anaesthesia. *European Journal of Pain*, 2000, 4:211–215.
47. Jackson E, Kapp N. Pain control in first and second trimester medical termination of pregnancy: a systematic review. *Contraception*, 2011, 83:116–126.
48. Lawson HW et al. Abortion mortality, United States,

- 1972 through 1987. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1994, 171:1365–1372.
49. Mackay H, Schulz KF, Grimes D. Safety of local versus general anaesthesia for second trimester dilation and evacuation abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 1985, 66:661–665.
 50. Osborn JF et al. General-anesthesia, a risk factor for complication following induced-abortion. *European Journal of Epidemiology*, 1990, 6:416–422.
 51. Drey E et al. Safety of intra-amniotic digoxin administration before late second-trimester abortion by dilation and evacuation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2000, 182:1063–1066.
 52. Lalitkumar S et al. Mid-trimester induced abortion: a review. *Human Reproduction Update*, 2007, 13:37–52.
 53. Hammond C. Recent advances in second-trimester abortion: an evidence-based review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2009, 200:347–356.
 54. Nucatola D, Roth N, Gatter M. A randomized pilot study on the effectiveness and side-effect profiles of two doses of digoxin as fetocide when administered intraamniotically or intrafetally prior to second-trimester surgical abortion. *Contraception*, 2010, 81:67–74.
 55. Greenslade F et al. Summary of clinical and programmatic experience with manual vacuum aspiration. *IPAS Advances in Abortion Care*, 1993, 3:1–4.
 56. Niinimaki M et al. Immediate complications after medical compared with surgical termination of pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 2009, 114:795–804.
 57. Kulier R et al. Surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, (4):CD002900.
 58. Creinin MD. Randomized comparison of efficacy, acceptability and cost of medical versus surgical abortion. *Contraception*, 2000, 62:117–124.
 59. Paul M et al, eds. *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*. Hoboken, NJ, Wiley-Blackwell, 2009.
 60. Hakim-Elahi E, Tovell HM, Burnhill MS. Complications of first-trimester abortion: a report of 170,000 cases. *Obstetrics and Gynecology*, 1990, 76:129–135.
 61. Cates W, Grimes DA, Schulz KF. Abortion surveillance at CDC – creating public health light out of political heat. *American Journal of Preventive Medicine*, 2000, 19:12–17.
 62. Grimes DA et al. The Joint Program for the Study of Abortion/CDC – a preliminary report. Abortion in the seventies. In: Hern WM, Andrikopoulos B, eds. *Abortion in the seventies: proceedings of the Western Regional Conference on Abortion*. New York, National Abortion Federation, 1977:41–54.
 63. Lean T et al. A comparison of D&C and vacuum aspiration for performing first trimester abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1976, 14:481–486.
 64. Say L et al. Medical versus surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, (1):CD003037.
 65. Darney PD, Sweet RL. Routine intraoperative ultrasound for second trimester abortion reduces incidence of uterine perforation. *Journal of Ultrasound Medicine*, 1989, 8:71–75.
 66. Grimes DA, Hulka JF, McCuthen ME. Midtrimester abortion by dilatation and evacuation versus intraamniotic instillation of prostaglandin F2 alpha: a randomized clinical trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1980, 137:785–790.
 67. Grimes DA, Smith MS, Witham AD. Mifepristone and misoprostol versus dilation and evacuation for midtrimester abortion: a pilot randomised controlled trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2004, 111(2):148–153.
 68. Lohr PA, Hayes JL, Gemzell-Danielsson K. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, (1):CD006714.
 69. Ashok PW et al. An effective regimen for early medical abortion: a report of 2000 consecutive cases. *Human Reproduction*, 1998, 13:2962–2965.
 70. Trussell J, Ellertson C. Estimating the efficacy of medical abortion. *Contraception*, 1999, 60:119–135.

71. Urquhart DR et al. The efficacy and tolerance of mifepristone and prostaglandin in termination of pregnancy of less than 63 days gestation; UK multicentre study – final results. *Contraception*, 1997, 55:1–5.
72. Swahn ML, Bygdeman M. The effect of the antiprogestin RU 486 on uterine contractility and sensitivity to prostaglandin and oxytocin. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1988, 95:126–134.
73. WHO model list of essential medicines, 16th ed. Geneva, World Health Organization, 2010.
74. Sang G, He C, Shao Q. A large-scale introductory trial on termination of early pregnancy by mifepristone in combination with different prostaglandins. *Chinese Journal of Clinical Pharmacology*, 1999, 15:323–329.
75. Creinin MD, Aubeny E. Medical abortion in early pregnancy. In: Paul M et al, eds. *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. New York, Churchill Livingstone, 1999:91–106.
76. Elul B et al. Side effects of mifepristone-misoprostol abortion versus surgical abortion – data from a trial in China, Cuba, and India. *Contraception*, 1999, 59:107–114.
77. Ngoc NTN et al. Safety, efficacy and acceptability of mifepristone-misoprostol medical abortion in Vietnam. *International Family Planning Perspectives*, 1999, 25:10–14 and 33.
78. Tran NT et al. Feasibility, efficacy, safety and acceptability of mifepristone-misoprostol for medical abortion in the Democratic People's Republic of Korea. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2010, 109:209–212.
79. Essential medicines: WHO model list, 12th ed. Geneva, World Health Organization, 2002.
80. Fjerstad M et al. Rates of serious infection after changes in regimens for medical abortion. *New England Journal of Medicine*, 2009, 361:145–151.
81. World Health Organization, Task Force on Postovulatory Methods for Fertility Regulation. Comparison of two doses of mifepristone in combination with misoprostol for early medical abortion: a randomised trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2000, 107:524–530.
82. McKinley C, Thong KJ, Baird DT. The effect of dose of mifepristone and gestation on the efficacy of medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Human Reproduction*, 1993, 8:1502–1505.
83. World Health Organization Task Force on Postovulatory Methods for Fertility Regulation. Termination of pregnancy with reduced doses of mifepristone. *British Medical Journal*, 1993, 307:532–537.
84. World Health Organization. Pregnancy termination with mifepristone and gemeprost: a multicenter comparison between repeated doses and a single dose of mifepristone. *Fertility and Sterility*, 1991, 56:32–40.
85. World Health Organization Task Force on Postovulatory Methods for Fertility Regulation. Lowering the doses of mifepristone and gemeprost for early abortion: a randomised controlled trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2001, 108:738–742.
86. von Hertzen H et al. Two mifepristone doses and two intervals of misoprostol administration for termination of early pregnancy: a randomised factorial controlled equivalence trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2009, 116:381–389.
87. Elrefaey H et al. Induction of abortion with mifepristone (Ru-486) and oral or vaginal misoprostol. *New England Journal of Medicine*, 1995, 332:983–987.
88. Ngo TD et al. Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review. Geneva, World Health Organization, 2011 (Report no. 89).
89. Hajri S et al. Expanding medical abortion in Tunisia: women's experiences from a multi-site expansion study. *Contraception*, 2004, 70:487–491.
90. Breitbart V. Counseling for medical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2000, 183(2 Suppl.):S26–S33.
91. Wildschut H et al. Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (2):CD005216.

92. Ho PC, Chan YF, Lau W. Misoprostol is as effective as gemeprost in termination of second trimester pregnancy when combined with mifepristone: a randomised comparative trial. *Contraception*, 1996, 53:281–283.
93. Gemzell-Danielsson K, Ostlund E. Termination of second trimester pregnancy with mifepristone and gemeprost – the clinical experience of 197 consecutive cases. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 2000, 79:702–706.
94. Tang OS, Thong KJ, Baird DT. Second trimester medical abortion with mifepristone and gemeprost: a review of 956 cases. *Contraception*, 2001, 64:29–32.
95. Bugalho A et al. Termination of pregnancies of <6 weeks gestation with a single dose of 800 µg of vaginal misoprostol. *Contraception*, 2000, 61:47–50.
96. Costa SH, Vessey MP. Misoprostol and illegal abortion in Rio-De-Janeiro, Brazil. *Lancet*, 1993, 341:1258–1261.
97. Faundes A et al. Misoprostol for the termination of pregnancy up to 12 completed weeks of pregnancy. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2007, 99(Suppl. 2):S172–S177.
98. Ho PC et al. Misoprostol for the termination of pregnancy with a live fetus at 13 to 26 weeks. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2007, 99(Suppl. 2):S178–S181.
99. Thong KJ, Robertson AJ, Baird DT. A retrospective study of 932 second trimester terminations using gemeprost (16,16 dimethyl-trans delta 2 PGE1 methyl ester). *Prostaglandins*, 1992, 44:65–74.
100. UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Methotrexate for the termination of early pregnancy: a toxicology review. *Reproductive Health Matters*, 1997, 9:162–166.
101. Powell HR, Ekert H. Methotrexate-induced congenital malformations. *Medical Journal of Australia*, 1971, 2:1076–1077.
102. Diniz E et al. Efetos sobre o conceito do metotrexato (ametopterina) administrado à mae. Apresentação de caso. *Revista do Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina à Universidade de São Paulo*, 1978, 33:286–290.
103. Feldkamp M, Carey JC. Clinical teratology counseling and consultation case-report – low-dose methotrexate exposure in the early weeks of pregnancy. *Teratology*, 1993, 47:533–539.
104. *Clinical management of abortion complications: a practical guide*. Geneva, World Health Organization, 1994.
105. Tuncalp O, Gulmezoglu AM, Souza J. Surgical procedures to evacuate incomplete miscarriage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (1):CD001993.
106. Neilson JP et al. Medical treatments for incomplete miscarriage (less than 24 weeks). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (1):CD007223.
107. Diop A et al. Two routes of administration for misoprostol in the treatment of incomplete abortion: a randomized clinical trial. *Contraception*, 2009, 79:456–462.
108. Tang OS et al. Pharmacokinetics of repeated doses of misoprostol. *Human Reproduction*, 2009, 24:1862–1869.
109. *FDA public health advisory; sepsis and medical abortion*. Silver Spring, MD, US Food and Drug Administration, 2010.
110. Ho CS et al. Undiagnosed cases of fatal Clostridium-associated toxic shock in Californian women of childbearing age. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2009, 201:459–457.
111. Kaali SG, Szigetvari IA, Bartfai GS. The frequency and management of uterine perforations during 1st-trimester abortions. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1989, 161:406–408.
112. Goyal V. Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesarean delivery: a systematic review. *Obstetrics and Gynecology*, 2009, 113:1117–1123.
113. *Medical methods for termination of pregnancy*. WHO Technical Report Series 871. Geneva, World Health Organization, 1997.

114. Atrash HK, Hogue CJ. The effect of pregnancy termination on future reproduction. *Baillière's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 1990, 4:391–405.
115. Virk J, Zhang J, Olsen J. Medical abortion and the risk of subsequent adverse pregnancy outcomes. *New England Journal of Medicine*, 2007, 357:648–653.
116. Cates W Jr, Grimes DA, Schulz KF. The public health impact of legal abortion: 30 years later. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2003, 35:25–28.
117. Rowland Hogue CJ et al. Answering questions about long-term outcomes. In Paul M et al., eds. *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*. Hoboken, NJ, Wiley-Blackwell, 2009:252–263.
118. Lurie S et al. The influence of midtrimester termination of pregnancy on subsequent fertility: four to five years follow-up. *Contraception*, 1994, 50:239–241.
119. Beral V et al. Breast cancer and abortion: collaborative reanalysis of data from 53 epidemiological studies, including 83 000 women with breast cancer from 3.6 countries. *Lancet*, 2004, 363:1007–1016.
120. Melbye M et al. Induced abortion and the risk of breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 1997, 336:81–85.
121. Dagg PKB. The psychological sequelae of therapeutic abortion – denied and completed. *American Journal of Psychiatry*, 1991, 148:578–585.
122. Major B et al. Abortion and mental health evaluating the evidence. *American Psychologist*, 2009, 64:863–890.
123. World Health Organization. Standard precautions in health care. *WHO Infection Control*, October 2007, Epidemic and Pandemic Alert and Response (http://www.who.int/csr/resources/publications/EPR_AM2_E7.pdf, accessed 1 September 2011).
124. WHO guidelines on hand hygiene and health care. First global patient safety challenge, clean care is safer care. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf, accessed 1 September 2011).
125. Sopwith W, Hart T, Garner P. Preventing infection from reusable medical equipment: a systematic review. *BMC Infectious Diseases*, 2002, 2:4.
126. Tietjen L, Bossemeyer D, McIntosh N. *Infection prevention: guidelines for healthcare facilities with limited resources*. Baltimore, MD, Jhpiego, 2003 (http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNACT433.pdf, accessed 1 September 2011).
127. World Health Organization and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP) IP. *Family planning: a global handbook for providers*. Baltimore and Geneva, CCP and WHO, 2008.
128. Goodman S et al. A. Impact of immediate postabortal insertion of intrauterine contraception on repeat abortion. *Contraception*, 2008, 78:143–148.
129. Reeves MF, Smith KJ, Creinin MD. Contraceptive effectiveness of immediate compared with delayed insertion of intrauterine devices after abortion: a decision analysis. *Obstetrics and Gynecology*, 2007, 109:1286–1294.
130. Roberts H, Silva M, Xu S. Post abortion contraception and its effect on repeat abortions in Auckland, New Zealand. *Contraception*, 2010, 82:260–265.
131. Stanwood NL, Grimes DA, Schulz KF. Insertion of an intrauterine contraceptive device after induced or spontaneous abortion: a review of the evidence. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2001, 108:1168–1173.
132. Reeves MF et al. Endometrial thickness following medical abortion is not predictive of subsequent surgical intervention. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 2009, 34:104–109.
133. Sitruk-Ware R, Davey A, Sakiz E. Fetal malformation and failed medical termination of pregnancy. *Lancet*, 1998, 352:323.

POGLAVLJE 3

Planiranje i organizacija zdravstvene zaštite i nege u vezi sa abortusom

Sažetak

Planiranje i upravljanje službama koje se bave pružanjem usluga sigurnog i legalnog prekida trudnoće zahteva razmatranje brojnih pitanja u vezi sa zdravstvenim sistemom. Ova pitanja su primenjiva bez obzira da li je služba javna, privatna ili neprofitna. U većini slučajeva, manje promene postojećih kapaciteta, minimalna nabavka dodatne opreme i lekova i/ili obezbeđivanje osnovne obuke mogu da omoguće da se započne sa pružanjem usluga tamo gde do sada nije postojala ili mogu da omoguće da se unapredi kvalitet, bezbednost, efikasnost i kapacitet postojećih servisa. Uspostavljanje usluga i osnaživanje već postojećih usluga treba da se zasniva na pažljivom planiranju u skladu sa sledećim principima i preporukama koje su rezultat pregleda relevantne naučne literature i konsultativnih procesa u organizaciji SZO (označeni linkovima za online publikacije).

- *Uspostavljanje nacionalnih standarda i smernica* koje treba da omoguće obezbeđivanje pristupa zdravstvenoj zaštiti i usluzi bezbednog abortusa u najširem zakonskom okviru. Standardi i smernice treba da obuhvataju: tipove usluga vezanih za prekid trudnoće, gde i ko ih može pružati; neophodnu opremu, instrumente, lekove, zalihe i kapacitete ustanove; mehanizme upućivanja; poštovanje informisanog odlučivanja žene, njena autonomije, poverljivosti i privatnosti, sa posebnom pažnjom na potrebe adolescentkinja; obezbeđivanje posebnih usluga za žene koje su silovane; i u slučaju prigovora savesti zdravstvenih radnika koji pružaju uslugu.
- *Obezbeđivanje da zdravstveni radnik ima veštine i odgovarajući radni učinak* kroz: obuke, suportivnu i facilitirajuću superviziju; monitoring, evaluaciju

i kroz druge procese koji poboljšavaju kvalitet.

Obuka treba da se zasniva na kompetenciji i da odgovori na stavove zdravstvenog radnika i etička pitanja koja se odnose na pružanje usluga bezbednog, indukovanih prekida trudnoće (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501002_eng.pdf). Monitoring i evaluacija podrazumevaju prikupljanje rutinske statistike usluga i indikatora za bezbedan prekid trudnoće, upotrebu kontrolnih lista, periodične specijalne studije i mehanizme za dobijanje povratnih informacija kako bi se osiguralo kontinuirano unapređenje kvaliteta (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/924156315x/en/index.html>).

- *Finansiranje* – u budžete zdravstvenih ustanova treba uključiti troškove za osoblje, programe obuka, opreme, lekova, materijala i kapitalne troškove. Takođe treba razmotriti načine kako da usluge budu finansijski prihvatljive za žene kojima su potrebne. Troškovi, koji su potrebni da se usluge sigurnog pobačaja dodaju postojećim zdravstvenim uslugama, su verovatno skromni u odnosu na troškove za zdravstveni sistem koji nastaju zbog nebezbednih abortusa i imajući u vidu dobrobit za zdravlje žene (<http://screening.iarc.fr/doc/policybrief1.pdf>).
- *Sistematski pristup razvoju politike i programa* – ovo se odnosi na planiranje i implementaciju politike i programa, a da se pri tome ima na umu završni rezultat – promocija zdravlja žena i njihovih ljudskih prava: to uključuje procenu trenutne situacije; uvođenje intervencija i testiranje njihovih mogućnosti, prihvatljivost i efikasnosti i potom proširivanje uspešnih intervencija tako da dobrobit ima širi doseg na performanse zdravstvenog sistema i na zdravlje i opštu dobrobit žena, njihovih porodica i zajednica (<http://www>).

who.int/reproductivehealth/publications/strategic_approach/9789241500319/en/index.html.

3.1. Uvod

U ovom poglavljiju data su razmatranja u vezi sa uspostavljanjem i/ili osnaživanjem zdravstvene zaštite i nege u vezi sa prekidom trudnoće. U njemu se izdvajaju ključne komponente zdravstvene zaštite u vezi sa abortusom, kao i proces postavljanja politike, programa i usluga u operativne okvire, što podrazumeva i stavke kao što je procena potreba i prioriteta, uvođenje novih intervencija u manjem obimu i povećanja broja uspešnih intervencija radi šireg uticaja.

Kreatori politike i organizatori zdravstvene zaštite, koji rade na obezbeđivanju usluga u oblasti reproduktivnog zdravlja, treba uvek da osiguraju da je bezbedan abortus odmah dostupan i pristupačan u punim zakonskim okvirima. Žene u svim zemljama rade izazvane prekide trudnoće. Tamo gde su odmah dostupni i pristupačni legalni servisi ti prekidi trudnoće su generalno bezbedni, a tamo gde je pristup i dostupnost legalnim servisima strogo zabranjen postoji tendencija da su nebezbedni (1, 2). Zakoni i servisi koji se bave prekidom trudnoće treba da štite zdravlje i ljudska prava svih žena, što podrazumeva i adolescentkinje. Ne smeju da kreiraju situacije koje navode žene i adolescentkinje da traže nebezbedan abortusa. Zaista, većina zemalja ima jednu ili više legalnih indikacija za pružanje usluge bezbednog abortusa. Međutim, u zemljama sa veoma restiktivnim zakonima za indukovani prekid trudnoće, servisu mogu biti uveliko limitirani za lečenje komplikacija nastalih zbog nebezbednog abortusa. To lečenje/tretman je često "zdravstvena zaštita nakon abortusa". Hitno zbrinjavanje komplikacija abortusa je esencijalno za smanjenje smrtnosti i povreda usled nebezbednog abortusa, ali ne može da zameni zaštitu ženskog zdravlja i ljudskih prava koju pruža bezbedan i legalan indukovani abortus.

3.2 Struktura usluga

Usluge abortusa treba da budu integrisane u zdravstveni sistem, bilo kao deo javnih servisa ili preko neprofitnih servisa koji se javno finansiraju, kako bi se obznanio njihov status da su legitimni zdravstveni servisi i da bi se zaštitile žene i zdravstveni radnici od stigmatizacije i diskriminacije.

Struktura usluge mora uvek da sadrži minimalno:

- medicinski tačne informacije o abortusu na način da žena može da ih razume i da ih zapamti, savetovanje bez navođenja ako je to tražila žena, a kako bi se olakšalo donošenje informisane odluke;
- pružanje usluge abortusa bez odlaganja;
- blagovremeno zbrinjavanje komplikacija abortusa, što podrazumeva i komplikacije nastale zbog nebezbednog abortusa
- informacije o kontracepciji, uskugama i druge preporuke kako bi se pomoglo u sprečavanju ponavljanja neplanirane trudnoće i smanjila potreba za drugim abortusom.

Kada govorimo o pristupačnosti bezbednom abortusu, ona zavisi ne samo od dostupnosti usluga, već i od načina kako se usluge pružaju i brige o ženi u okviru kliničkog konteksta. Usluge treba pružati na takav način da se poštuje ženino dostojanstvo, da se garantuje njen pravo na privatnost i da se ima sluha za njene potrebe i perspektive. Posebno se treba obratiti pažnja na specifične potrebe siromašnih, adolescentkinja i drugih žena iz vulnerabilnih i marginalizovanih grupa.

3.3 Standardi i smernice zasnovani na dokazima

U mnogim zemljama ne postoje standardi i smernice zasnovani na dokazima za obavljanje abortusa, što

podrazumeva i lečenje komplikacija usled abortusa. Standardi za abortus odnose se na osnovne principe i bazične uslove za obezbeđivanje nepristrasnog pristupa usluzi legalnog abortusa koji je adekvatnog kvaliteta. Smernice u vezi abortusa su preporuke zasnovane na dokazima za pružanje zdravstvene zaštite i nege povezane se prekidom trudnoće. U zemljama gde standardi smernice već postoje, rutinski pregledi i ažuriranja osiguravaju da one i dalje promovišu fizičko, mentalno i socijalno blagostanje žene i da reflektuju nove dokaze najbolje prakse. Standarde i smernice treba napraviti i ažurirati sa namerom da se eliminišu barijere u postizanju najviših standarda u sferi seksualnog i reproduktivnog zdravlja.

3.3.1 Tipovi usluga abortusa, gde i ko ih može pružiti

Kako bi se obezbedila usluga pružanja bezbednog abortusa neophodno je da su čitavoj populaciji dostupne ustanove i obučeni zdravstveni radnici. Regulativa koja se odnosi na zdravstvene radnike i ustanove treba da se zasniva na dokazima najbolje prakse sa ciljem da se osigura bezbednost, dobar kvalitet i dostupnost usluga. Ustanove za abortus, u okviru i javnog i privatnog sektora, treba da su dostupne na svim nivoima zdravstvenog sistema, sa adekvatnim mehanizmima upućivanja između ustanova.

Odgovarajuću zdravstvenu zaštitu i negu u vezi sa abortusom može bezbedno da pruži bilo koji zdravstveni radnik koji je prošao odgovarajuću obuku, što podrazumeva osobe sa srednjim, višim i visokim stepenom obrazovanja, a koje nisu lekari (3-5, 6). U kontekstu ovog dokumenta misli se na zdravstvene radnike srednjeg nivoa koji nisu lekari (npr. babice, medicinske sestre, drugi radnici u okviru klinike, pomoćnici lekara i drugi) koji su obučeni da urade bazične kliničke procedure koje se odnose na reproduktivno zdravlje, što podrazumeva bimanuelni pregled male karlice sa ciljem da se utvrdi starost trudnoće ili položaj materice, histerometriju i druge transcervikalne procedure,

takođe to su i osobe koji mogu da se obuče za pružanje zdravstvene zaštite i nege u vezi sa abortusom.

Obezbeđivanje usluga abortusa na primarnom nivou zdravstvene zaštite i ambulantno na višim nivoima zdravstvene zaštite je bezbedno i smanjuje troškove na minimum dok se istovremeno za ženu maksimalno ostvaruje pogodnost i pravovremenost pružanja usluge (7). Tamo gde još ne postoje kapaciteti da se obezbede dobre i kvalitetne usluge u vezi prekida trudnoće na primarnom nivou, neophodno je da postoji mehanizam upućivanja u druge ustanove (pogledajte okvir 3.1). Dozvoljavanje da se u kućnim uslovima uzima misoprostol nakon prethodnog davanja mifepristona u okviru zdravstvene ustanove, može da još više poboljša privatnost, pogodnost i prihvaćanje usluga, a da se ne iskompromituje bezbednost (8-10). Hospitalizacija zbog prekida trudnoće treba da bude rezervisana za medicinski abortusa za trudnoće gestacione starosti preko 9 sedmica (63 dana) i zbrinjavanja ozbiljnih komplikacija abortusa (pogledajte poglavlje 2).

3.3.1.1 Nivo zajednice

Zdravstveni radnici u lokalnoj zajednici mogu da imaju značajnu ulogu u pomaganju ženama da izbegnu neplaniranu trudnoću kroz pružanje informacija o kontracepciji, davanje saveta i kontraceptivnih sredstava i kroz pružanje informacija o rizicima nebezbednog abortusa (11). Takođe, mogu da informišu žene gde mogu da urade test za trudnoću i gde mogu da obave bezbedan, legalan abortus i mogu da upute ženu, koja ima komplikacije usled nebezbednog abortusa, u hitnu službu. Hemičari/farmaceuti, kao i zdravstveni radnici na lokalnom nivou, mogu da pomognu ženi da izbegne neplaniranu trudnoću tako što će dati tačnu informaciju o kontracepciji i predložiti dobro sredstvo. Oni takođe mogu da daju test za trudnoću i da upute u ustanove gde se obavlja bezbedan abortus.

Tipovi usluga za svaki nivo zdravstvenog sistema

Nivo zajednice

- edukacija/informacija o reproduktivnom zdravlju, što podrazumeva kontracepciju i abortus;
- distribucija odgovarajućih sredstava kontracepcije;
- svi zdravstveni radnici su obučeni da pruže informaciju o utvrđivanju trudnoće i bezbednom, legalnom abortusom i znaju da upute u ustanovu gde se te usluge pružaju;
- svi zdravstveni radnici obučeni su da prepoznaju komplikacije abortusa i da bez odlaganja upućuju ženu na lečenje;
- postoji organizovan transport do mesta gde se zbrinjavaju komplikacije abortusa;
- svi zdravstveni radnici (i ostali ključni profesionalci iz zajednice poput policije ili nastavnika) su obučeni da prepoznaju znake silovanje i da upute u zdravstvenu ustanovu ili druge socijalne službe.

Ustanova primarne zdravstvene zaštite:

- svi elementi zdravstvene zaštite koji su navedeni za nivo zajednice;
- svi zdravstveni radnici koji pružaju usluge iz oblasti reproduktivnog zdravlja su obučeni da obave savetovanje o kontracepciji, neplaniranoj trudnoći i abortusu;
- širok dijapazon metoda kontracepcije, što podrazumeva IUS, implantate i injekcije;
- vakuum aspiracija (manuelna ili električna) za trudnoće gestacione starosti 12 – 14 sedmica (pogledajte poglavljje 2);
- medicinski metodi prekida trudnoće za trudnoće gestacione starosti do 9 sedmica, ili do 12 sedmica ako žena može da ostane u ustanovi do završetka pobačaja (pogledajte poglavljje 2);
- klinička stabilizacija, obezbeđivanje antibiotika i evakuacija kavuma materice za žene koje imaju komplikacijama usled abortusa;
- vakuum aspiracija ili primena misoprostola za nekompletan abortus;
- brzo upućivanje u drugu ustanovu žena kojima je potrebna usluga izvođenja prekida trudnoće ili zbog zbrinjavanja komplikacija, ako to nije moguće na licu mesta.

Referentne bolnice

- svi elementi zdravstvene zaštite koji su navedeni za nivo zajednice;
- obezbeđivanje sterilizacije, pored ostalih kontraceptivnih metoda
- usluga obavljanja abortusa bez obzira na okolnosti i starost trudnoće, a u skladu sa zakonom;
- zbrinjavanje komplikacija abortusa;
- informacije o programima koji se rade na terenu i koji pokrivaju čitavu oblast;
- obuka svih relevantnih kadrova zdravstvenih radnika koji su uključeni u pružanje usluge abortusa.

3.3.1.2 Ustanova na primarnom nivou zdravstvene zaštite

Na nivou primarne zdravstvene zaštite mogu se obezbediti i vakuum aspiracija i medicinski abortus ambulantno i nije neophodno napredno tehničko znanje i veštine, kao ni skupa oprema kao što je ultrazvuk, a ni kompletno bolničko osoblje (npr. anesteziolog) (12). Verovatno će na primarnom nivou osoblje biti medicinske sestre, babice, pomoćnici zdravstvenih radnika i u nekim kontekstima lekar. Zdravstveni radnici koji znaju da obave bimanuelni pregled male karlice kako bi potvrdili postojanje trudnoće i odredili njenu starost i koji obavljaju transcervikalne procedure kao što je ubacivanje IUS, mogu da se obuče da izvode vakuum aspiraciju (5,6,13-15). Tamo gde su registrovani i dostupni lekovi za medicinski abortus, zdravstveni radnici srednjeg nivo takođe mogu da ih daju i da nadgledaju usluge abortusa (3, 16, 17). I za vakuum aspiraciju i za medicinski abortus treba da postoje procedure za upućivanje u ustanove višeg nivoa. (12).

3.3.1.3. Referentne bolnice

U referentnim bolnicama treba da postoji osoblje i kapacitet za obavljanje prekida trudnoće u svim okolnostima koje dozvoljava zakon i mogućnost zbrinjavanja svih komplikacija povezanih sa abortusom.

3.3.2 Metodi abortusa

Poštovanje ženinog izbora između različitih bezbednih i efikasnih metoda abortusa važna je vrednost u pružanju zdravstvenih usluga. Iako će se biranje metoda odraziti na mogućnosti zdravstvenog sistema, čak i zdravstveni sistemi sa najrestriktivnijim resursima treba da su u mogućnosti da obezbede medicinski metod i manuelnu vakuum aspiraciju. Tamo gde ne postoji mogućnost odabira, treba da je bar jedan preporučeni metod uvek dostupan. Vakuum aspiracija i medicinski metod takođe treba da su uvek široko dostupni za lečenje žena sa komplikacijama nastalim zbog spontanog i nebezbednog abortusa.

3.3.3 Sertifikacija i licenciranje zdravstvenih radnika i ustanova

Tamo gde je potrebno da zdravstveni radnici koji obavljaju abortus imaju sertifikat, treba da se obezbedi da oni ispunjavaju kriterijume neophodne za pružanje zdravstvene zaštite u vezi sa prekidom trudnoće, a prema nacionalnim standardima i da se ne stvaraju prepreke pristupu legalnim uslugama. Sertifikacija i licenciranje usluga u vezi sa abortusom treba da budu jednaki kao i za sve druge medicinske procedure i ne treba da budu prepreka za dostupnost i pružanje zdravstvene zaštite u vezi sa abortusom.

Kriterijumu za izdavanje licence, ako je potrebna, ne treba da iziskuju značajne zahteve u vezi sa infrastrukturom, opremom i osobljem koji nisu neophodni za pružanje bezbedne usluge. Kriterijumi za licenciranje ustanove treba jasno da se razlikuju za nivo primarne zdravstvene zaštite u odnosu na referentne ustanove višeg nivoa kako bi se olakšao, a ne otežao, pristup zdravstvenoj zaštiti. Kriterijumi za dobijanje licence treba da budu isti za javni i privatni sektor i neprofitabilne ustanove.

3.3.4. Mehanizmi upućivanja

Kao i za sve zdravstvene intervencije, za pružanje bezbednog abortusa neophodno je sa dobro funkcioniše sistem upućivanja u okviru sistema. Blagovremeno upućivanje u odgovarajuće ustanove smanjuje kašnjenje prilikom traženja zdravstvene zaštite, poboljšava bezbednost i smanjuje ozbiljnost i težinu komplikacija abortusa (12).

3.3.5 Poštovanje ženinog dobrovoljnog i informisanog donošenja odluke, autonomije, poverljivosti i privatnosti uz posebnu pažnju za adolecsentkinje i žene sa posebnim potrebama

Nacionalni zakoni koji se tiču abortusa, propisi i standardi treba da štite i podržavaju informisani i dobrovoljan proces donošenje odluke, autonomiju prilikom

donošenja odluka, odnos bez diskriminacije i poverljivost i privatnost za sve žene, što podrazumeva i adolescentkinje (18). Ova ljudska prava sadržana su i u međunarodnim i regionalnim konvencijama za ljudska prava, kao i u nacionalnim ustavima i zakonima.

3.3.5.1 Informisano i dobrovoljno donošenje odluke

U zavisnosti od konteksta i njene individualne situacije, žena koja pokušava da doneše odluku o neplaniраној trudnoći može da se oseća ranjivo. Ženu je potrebno tretirati sa poštovanjem i razumevanjem, potrebno je da joj se pruže informacije na način da ih može razumeti kako bi donela odluku bez navođenja, prinude i diskriminacije. Zdravstvene radnike treba obučiti da znaju da pruže podršku za informisano i dobrovoljno odlučivanje. Takođe, treba da znaju da prepoznaju situaciju kada je žena pod prisilom da izvrši abortus iako to ne želi (npr. na osnovu njenog zdravstvenog stanja, kao što je infekcija HIV-om). U takvim slučajevima potrebna je posebna pažnja kako bi se osiguralo da je žena u potpunosti informisana i da donosi slobodne odluke.

3.3.5.2 Odobrenje treće strane

Žena koja traži abortus je samostalna odrasla osoba. Samostalnost podrazumeva da je žena mentalno kompetentna odrasla osoba i da joj nije potrebno odobrenje bilo koje treće strane kao što je muž, partner, roditelj ili staratelj, da bi imala pristup zdravstvenim uslugama. Zato zdravstveni radnici ne treba da traže odobrenje od treće strane osim ako to nije potrebno po zakonu i srodnim propisima.

Adolescentkinje možda neće da odu u zdravstvenu ustanovu ako misle da im treba dozvola od roditelja ili staratelja što povećava verovatnoću da će potražiti nekoga ko obavlja nelegalan abortus. Zato zdravstveni radnici treba da su obučeni da informišu, savetuju i tretiraju adolescentkinje u skladu sa njihovim kapacitetima koji se razvijaju tako da shvate tretman i opcije zdrav-

stvene zaštite koje se nude, a ne prema arbitražno utvrđenim granicama starosti (19). Zdravstveni radnici treba da podrže maloletnice da shvate šta je za njih najbolje, što podrazumeva i konsultovanje roditelja ili drugih odraslih osoba od poverenja u vezi njihove trudnoće, bez predasuda, diskriminacije i prinude.

3.3.5.3 Zaštita osoba sa specijalnim potrebama

U zavisnosti od konteksta, neudate žene, adolescentkinje, one žene koje žive u ekstremnom siromaštvu, žene pripadnice etničkih manjina, izbeglice i ostala raseljena lice, žene sa invaliditetom, kao i one koje se susreću sa nasiljem u kući mogu biti vulnerabilne u smislu nepravednog pristupa uslugama bezbednog abortusa. Osoblje koje radi u okviru servisa za abortus treba da se pobrine da se sve žene tretiraju bez diskriminacije i sa poštovanjem.

Stigma i diskriminacija povezane sa fizičkom i mentalnom nesposobnošću i zdravstvenim statusom poput HIV infekcije su široko rasprostranjeni i mogu se koristiti kao razlog da se žena prisili da izvrši prekid trudnoće. Prinuda narušava ženino pravo na informisani pristanak i dostojanstvo žene i ne sme da se toleriše (20). Zato, zdravstveni radnici imaju obavezu da osiguraju ljudsko pravo žene, da se uvere da žena nije pod prinudom i da dobije neophodnu psihičku i socijalnu podršku, kao i zdravstvenu uslugu koju su izabrale.

3.3.5.4 Poverljivost i privatnost

Strah da se neće poštovati poverljivost odbija mnoge žene – posebno adolescentkinje i neudate žene - od traženja usluge bezbednog, legalnog abortusa i može ih odvesti u pravcu da potraže osobe koje izvode ilegalne, nebezbedne abortuse ili da same izazivaju pobačaj. Poverljivost je ključni princip medicinske etike i aspekt prava na privatnost (21) mora se garantovati. Zato zdravstveni radnici imaju obavezu da štite medicinsku informaciju od neovlašćenog prenosa i da se pobrinu da je žena koja je dala ovlašćenje da se informacija podeli to uradila slobodno i zasnovano

na jasnoj informaciji. Adolescentkinja, koja se smatra dovoljno zrelom da bude savetovana bez prisustva roditelja ili druge osobe, ima pravo na privatnost i može da zatraži poverljivost u vezi usluge i tretmana (pogledajte odeljak 3.3.5.2)

Menadžeri koji organizuju pružanje zdravstvene usluge treba da osiguraju da u okviru ustanove postoji mogućnost da se obavi poverljiv razgovor između žene i pružaoca usluge, kao i za samu aktuelnu uslugu. Na primer, sobe u kojoj se obavljaju procedure treba da su vizualno i slušno izolovane i da su u njima samo članovi osoblja ustanove potrebeni za indukovani abortus. Treba da postoji privatno mesto za skidanje, prozori sa zavesama i tkanine ili papirni čaršavi za prekrivanje žene tokom procedure.

3.3.5.5 Posebne odredbe za žene koje su bile silovane

Žene koje su ostale trudne kao rezultat silovanja imaju posebnu potrebu za pažljivim tretmanom i na svakom nivou zdravstvenog sistema treba postojati mogućnosti da im se ponude odgovarajuća zdravstvena zaštita i podrška. Standardi i smernice za pružanje usluge abortusa u takvim slučajevima trebaju biti razrađeni, a zdravstveni radnici i policija treba da prođu odgovarajuću obuku. Takvi standardi ne treba da nameću nepotrebne administrativne i sudske procedure, kao što je zahtev da žena podnese tužbu ili da identifikuje silovatelja (22). Idealno, standardi bi trebali biti deo sveobuhvatnih standarda i smernica za sveukupni rad sa ljudima koji su bili silovani, što podrazumeva zbrinjavanje fizičkog stanja i psihološku podršku, hitnu kontracepciju, lečenje polno prenosivih infekcija ili povreda, prikupljanja forenzičkih dokaza, savetovanje i adekvatno praćenje (20).

3.3.6 Prigovor savesti od strane zdravstvenog radnika

Zdravstveni radnik se ponekad izuzme od pružanja zdravstvene zaštite u vezi abortusa na osnovu prigo-

vora savesti, a da ne uputi ženu drugom pružaocu usluga abortusa. Zdravstveni radnik pojedinačno ima pravo na prigovor savesti i da se izuzme, ali to mu ne daje pravo da spreči ili da ne dozvolili pristup zakonom garantovanoj usluzi abortusa jer to odlaže pružanje zdravstvene zaštite ženi i dovodi njeno zdravlje i život u rizik. U takvim slučajevima, zdravstveni radnik mora da uputi ženu kod obučenog pružaoca usluge koji je voljan da uslugu obavi u istoj ustanovi ili da je uputi u drugu lako pristupačnu zdravstvenu ustanovu, u skladu sa nacionalnim zakonima. Kada dalje upućivanje nije moguće, zdravstveni radnik koji je uložio prigovor, mora da obavi abortus kako bi sačuvao život žene i kako bi sprečio ozbiljno narušavanje njenog zdravlja. Žena koja dođe sa komplikacijama usled nebezbednog ili ilegalnog abortusa mora da se hitno i sa poštovanjem zbrine, kao i svaki drugi hitan pacijent, bez ponašanja koje implicira kažnjavanje, bez predrasuda i pristrasnosti (pogledajte takođe poglavlje 4).

3.4 Opremanje ustanova i obuka zdravstvenih radnika

Pružanje usluge bezbednog abortusa zahteva postojanje adekvatno opremljenih ustanova i dobro obučenih zdravstvenih radnika koji uslugu pružaju. Vlasti iz oblasti javnog zdravlje imaju odgovornost da obezbede da sistem funkcioniše i smislu da postoji mogućnost kontinuirane i pravovremene nabavke i distribucije medicinske opreme, lekova, kontraceptiva i materijala koji su neophodni za bezbedno pružanje usluga. Pored toga, za zdravstvene radnike je potrebno da se obezbedi adekvatna obuka za period pre pružanja usluge kao i za pružanje usluge na osnovu rutinski ažuriranih smernica za bezbedan abortus i zdravstvenu zaštitu u vezi sa njim.

3.4.1 Priprema i opremanje ustanova

Ustanove u kojoj se obavljaju abortusi moraju biti dobro pripremljene i opremljene da bi se mogla pružiti

Tabela 3.1 Lekovi, materijal i oprema za bezbedan abortus

Proceduralni korak	Lekovi i materijal	Oprema
Klinička procena Procedura hirurškog abortusa (oprema za dilataciju i evakuaciju (D&E) označena podebljanim slovima)	<ul style="list-style-type: none"> • Čiste rukavice za pregled • Čista voda • Deterdžent ili sapun • Sredstvo za pripremu cerviksa (npr. tablete misoprostola, osmotski dilatatori, mifepriston) • Lekovi protiv bolova, kao što su analgetici i anksiolitici • Rukavice • Kecelja, zaštita za lice • Igle (22 gejdža spinalna za paracervikalnu blokadu i od 21 gejdža za davanje leka) • Brizgalice (5,10 i 20 mL) • Lidokain za paracervikalnu blokadu • Gaze, sunđeri ili pamučni tupferi • Rastvor antiseptika (koji nije na bazi alkohola) • Rastvor za potapanje instrumenata • Rastvor i materijali za sterilizaciju i dezinfekciju visokog stepena • Silikon za podmazivanje brizgalica 	<ul style="list-style-type: none"> • Aparat za merenje pritiska • Stetoskop • Spekulum (široka usta kako bi se povećala izloženost cerviksa i kratak kako bi se izbeglo odgurivanje cerviksa ili SIMS spekulum ako je dostupan asistent) • Tenakulum forceps (atraumatski tenakulum) • Nazubljeni dilatatori do 37 mm (do 51 mm) ili ekvivalentnog obima • Električni vakuum aspirator (sa kanilom od 14 ili 16 mm) ili MVA aspirator i kanila do 12 mm • Bierer forceps za evakuaciju sadržaja materice (veliki ili mali) • Sopher forceps za evakuaciju sadržaja materice (mali) • Velika, postpartalna fleksibilna kireta • Sunđerasti (prsten) forceps • Posuda od nerđajućeg čelika za pripremu rastvora • Držač za instrumente • Providna posuda za pregled tkiva • Cediljka (metalna, staklena ili gaza)
Medicinski abortus	<ul style="list-style-type: none"> • Mifepriston • Misoprostol • Lekovi protiv bolova 	<ul style="list-style-type: none"> • Odvojeni deo sa stolicama, odvojen od postnatalnog i porodiljskog dela, za žene koje u klinici čekaju ekspulziju • Adekvatan toalet
Oporavak	<ul style="list-style-type: none"> • Ulošci ili pamučna vata • Analgetici • Antibiotici • Informacije o nezi nakon procedure • Kontraceptivni metodi nakon abortusa i informacije i /ili dalje upućivanje 	<ul style="list-style-type: none"> • Aparat za merenje krvnog pritiska • Stetoskop
U slučaju komplikacija	<ul style="list-style-type: none"> • Odgovarajući antagonisti lekova koji su korišćeni protiv bolova • Uterotonici (oksitocin, misoprostol ili ergometrin) • IV (intravenska) linija i tečnost (fiziološki rastvor, natrijum laktat, glukoza) • Jasan mehanizam upućivanja u ustanovu višeg nivoa, kada je potrebno 	<ul style="list-style-type: none"> • Kiseonik i Ambu maska sa kesom • Pristup mašini za ultrazvuk na licu mesta (opciono) • Držač za duge igle i konci • Makaze • Gaza za tamponadu materice

usluga bezbednog abortusa. Prateće usluge, kao što je nabavka robe i materijala, funkcionisanje logistike lančanog snabdevanja i mehanizmi finansiranja važni su kao i obuka zdravstvenih radnika kada se uvođe nove usluge. Kada usluge već postoje, nadogradnja infrastrukture može da olakša efikasniji protok pacijenata i da poveća privatnost i zadovoljstvo korisnika, dok uvođenje ažuriranih metoda, kao što je vakuum aspiracija i medicinski abortus, može da poboljša bezbednost i da smanji troškove (23, 24).

3.4.1.1 Neophodna oprema, lekovi i materijali

Većina opreme, lekova i materijala potrebnih za izvođenje vakuum aspiracije (mauelne i električne) i medicinskih metoda abortusa (pogledajte tabelu 3.1) isti su kao i oni potrebni za druge ginekološke usluge.

Prelaz na korišćenje vakuum aspiratora sa plastičnim kanilama zavisi od zvaničnog odobrenja i dostupnosti instrumenata na lokalnom nivou. U uslovima gde instrumenti za manuelnu vakuum aspiraciju (MVA) nisu odobreni medicinski uređaji, mora da se uloži napor kako bi se oni dodali na državnu listu standarde opreme.

Ove instrumente i lekove treba rutinski uključiti u planiranje, budžet, nabavku, distribuciju i sisteme menadžmenta. Kriterijumi za određivanje koje instrumente koristiti podrazumevaju: kvalitet, trajnost, cena i kapacitet sistema da ih obezbedi u smislu da su konstantno dostupni i da ih je moguće održavati tokom vremena. Kao i za bilo koji drugi lek, mifepriston i misoprostol za medicinski abortus treba nabavljati od proizvođača koji poštuje dobru proizvođačku praksu.

Instrumenti za MVA prave se za jednokratnu ili višekratnu upotrebu. U kontekstu gde će se instrumenti koristiti više puta neophodno je da kupe oni koji mogu da izdrže višestruku upotrebu, čišćenje i dezinfekciju visokog stepena ili sterilizaciju, kao i da se osigura nabavka materijala za takvu dezinfekciju/sterilizaciju. Instrumenti za jednokratnu upotrebu

treba pažljivo da se bace u otpad kako bi se izbegao rizik po zdravlje zdravstvenog radnika i zajednice. Oprema za višestruku upotrebu smanjuje troškove, ali mora da se poštije procedura rigoroznog čišćenja i dezinfekcije (pogledajte poglavje 2).

3.4.1.2 Propisana pravila za lekove i uređaje

Svaka zemlja ima specifične propise za registraciju i uvoz lekova i medicinske opreme kao što su instrumenti za MVA. Ipak, model liste esencijalnih lekova Svetske zdravstvene organizacije, koji su usvojile mnoge zemlje kao nacionalnu listu esencijalnih lekova, sadrži kombinaciju mifepriston i misoprostol za medicinski abortus, misoprostol primjenjen sam za tretiranje nekompletног abortusa i spontanog pobačaja, analgetike koji nisu narkotici kao što su nesteroidni antiinflamatori lekovi (npr. ibuprofen), trankilizere (npr. diazepam) i lokalni anestetici (npr. lidokain) (25). Uključivanje leka u nacionalnu listu lekova obično znači da je lek registrovan i dostupan u zemlji. Kada lek nije registrovan, neke zemlje će dopustiti uvoz kroz šemu sertifikovanja o kvalitetu farmaceutskih proizvoda u međunarodnoj trgovini Svetske zdravstvene organizacije (26). Proizvodi koji su sadržani u tabeli 3.1 i koji su specifični za pružanje usluge abortusa treba da budu uključeni u nacionalni program organizacije logistike za nabavku medicinskog materijala i treba da su dostupni zdravstvenim radnicima koji obezbeđuju usluge abortusa.

3.4.2 Obezbeđivanje veština i kvalitetnog rada zdravstvenog radnika

3.4.2.1 Veštine i obuka zdravstvenog radnika koji pruža uslugu

Zdravstveni radnici koji obavljaju vakuum aspiraciju radi tretiranja nekompletног abortusa mogu da nauče tehnike indukovanog abortusa uz minimalnu dodatnu obuku. Svi ti zdravstveni radnici takođe mogu da se obuče da pružaju uslugu medicinskog abortusa.

Dodatno, pored obuke za sticanje veština, učestvovanje u vežbama za razjašnjavanje vrednosti mogu da pomognu zdravstvenim radnicima da odvoje svoja lična uverenja i stavove od potreba žena koje traže abortus (27). Razjašnjenje vrednosti je vežba kojom se artikuliše kako lične vrednosti utiču na način kako zdravstveni radnici koji pružaju uslugu komuniciraju sa ženama koje traže abortus. Uprkos težnji zdravstvenog radnika da bude objektivan, negativna i ranije definisana verovanja o abortusu i ženama koje ih traže, često utiču na profesionalnu procenu i kvalitet zdravstvene zaštite (28, 29).

U mnogim kontekstima to će zahtevati obuku medicinskog osoblja srednjeg nivoa, ako se želi da svim ženama bude dostupna brza usluga bezbednog, legalnog abortusa. (30-34). Komparativne studije su pokazale da nema razlika u stopama komplikacija između žena koje su imale abortus u prvom trimestru sa MVA koji su obavili zdravstveni radnici srednjeg nivoa i onih kojima je tu proceduru uradio lekar (6). Veštine i kvalitet rada navedeni u standardima i preporukama treba da služe kao osnova za obuku pre pružanja usluga za sve odgovarajuće kadrove, a zdravstveni radnici koji obavljaju abortus treba periodično da prođu obuke, kad već obavljaju usluge, kako bi se osiguralo da održavaju zadovoljavajući stepen veštine za obavljanje svog posla u skladu sa standardima zdravstvene zaštite u vezi sa abortusom.

3.4.2.2 Programi obuke

Kao i za druge zdravstvene intervencije, programi obuke za obavljanje abortusa treba da se baziraju na

stručnosti i da se obavljaju u ustanovama u kojima ima dovoljan broj pacijenata kako bi svim pripravnicima bila obezbeđena potrebna praksa, što podrazumeva i praksi u zbrinjavanju komplikacija abortusa. Dodatno, obuka treba da obuhvati i stavove i verovanja zdravstvenih radnika u vezi sa seksualnim i reproduktivnim zdravljem, što podrazumeva indukovani abortus, čuvanje privatnosti i poverljivost, tretiranje svih žena sa poštovanjem i na način da se štiti njeno dostojanstvo i da se poklanja posebna pažnja adolescentkinjama, ženama koje su bile silovane i onima koje su ranjive zbog drugih zdravstvenih i socioekonomskih razloga.

Obuka zdravstvenih radnika u smislu savlađivanja novih procedura ili unapređenja već postojećih može da bude snažna alatka u promeni postojeće prakse. Međutim, samo obuka nije dovoljna. Obučeni zdravstveni radnici trebaju podršku da nakon obuke počnu da primenjuje veštine u praksi i potrebno je da rade u okruženju gde su obezbeđeni adekvatni lekovi, oprema, adekvatna novčana nadoknada i prilika za profesionalni razvoj kako bi se podržalo pružanje bezbednog abortusa. Takođe im je potrebna supervizija kako bi se obezbedilo da se standardi i smernice poštuju. U okviru 3.2 naveden je spisak sadržaja koji treba da se pokrije u okviru preporučene obuke za sve profesionalne zdravstvene radnike koji pružaju uslugu abortusa.

3.5 Monitoring, evaluacija i poboljšanje kvaliteta

Kao što važi i za sve ostale zdravstvene usluge, osiguranje kvalitetne zdravstvene zaštite u vezi sa abortusom, zavisi od efikasnosti procesa monitoringa, evaluacije, kontrole i unapređenja kvaliteta. Tačno prikupljanje statističkih podataka u vezi sa uslugom i rutinski monitoring i evaluacija u zdravstvenoj ustanovi ključne su komponente za organizaciju programa, povratni odgovor koji se zasniva na analizi ovih podataka pruža informacije neophodne za poboljšanje pristupa i za održavanje i unapređenje usluge koja se pruža.

Preporučeni sadržaj programa obuke za zdravstvene radnike koji obavljaju u sluge abortusa

Osnova za pružanje usluge abortusa

- zakonske, regulatorne i političke odredbe;
- efekti nebezbednoag abortusa na zdravlje;
- etička odgovornost da se obezbedi abortus (ili da se žena uputi dalje kada zdravstveni radnik ima prigovor savesti za obavljanje abortusa) i da se lečekomplikacije nebezbednog abortusa;
- nacionalni standardi i smernice za zdravstvenu zaštitu u vezi sa abortusom;

Savetovanje i interakcija zdravstveni radnik-pacijent

- razjašnjenje stavova i verovanja zdravstvenog radnika koja se odnose na abortus;
- poverljivost i privatnost;
- interpersonalna komunikacija i veština savetovanja;
- informacije o abortusu i kontracepciji;
- pitanja i rizici u vezi sa HIV-om i drugim PPB;
- razmatranje potreba svih žena, što podrazumeva adolescentkinje, siromašne žene, žene pripadnice etničkih manjina, izbeglice i raseljena lica, žene sa invaliditetom, žrtve silovanja, žene koje žive sa HIV-om i drugim STI;
- prepoznavanje znakova da je žena bila zlostavljanja i smernice kako da joj se obezbedi pomoć da dobije dodatno savetovanje i usluge;
- informisano donošenje odluke.

Kliničke veštine:

- anatomija i fiziologija relevantna za trudnoću i abortus;
- procena pre procedure (npr. anamneza, pregled, datiranje trudnoće);
- skrining za seksualno prenosive infekcije;
- dilatacija cerviksa;
- evakuacija sadržaja materice;
- prevencija infekcija;
- kontrola bola;
- prepoznavanje i zbrinjavanje komplikacija abortusa;
- zbrinjavanje i nega nakon procedure, što podrazumeva pružanje informacija o kontracepciji, savetovanje i davanje kontraceptiva;
- kriterijumi za upućivanje u drugu ustanovu i procedure upućivanja.

Administrativna/organizaciona pitanja i osiguranje kvaliteta:

- organizacija pružanja usluge tako da se osigura efikasan protok pacijenata uz održavanje privatnosti i poverljivosti;
- čuvanje podataka i izveštavanje o statistici u vezi sa pružanjem usluga;
- mere za održavanje privatnosti i poverljivosti;
- logistika, organizacija u vezi opreme i inventara;
- monitoring, evaluacija i poboljšanje/kontrola kvaliteta
- mehanizmi za efikasno upućivanje i transport;
- standardi za superviziju.

3.5.1 Monitoring

Monitoring podrazumeva nadgledanje procesa implementacije usluge, što podrazumeva i promene tokom vremena. Rutinski monitoring može da pomoći menadžerima i supervizorima da identifikuju i da reše, ili izbegnu, probleme pre nego što oni postanu ozbiljni ili nerešivi. Dobar monitoring podrazumeva slušanje pružaoca usluga koji mogu da imaju važne preporuke kako da se poboljša kvalitet zdravstvene zaštite. Dobro dizajniran monitoring omogućuje da upravnici ustanova i supervizori osoblja mogu da daju povratnu informaciju osoblju u vezi problema koji imaju i da uključe osoblje da učestvuju u procesu implementacije rešenja. Na nivou ustanove, mehanizmi za monitoring usluga podrazumevaju analizu rutinske statistike za usluge, prikaze slučajeva, pregledanje dnevnika, posmatranje, upitnike, procenu ustanove, smrtnost i obolevanje majki i dobijanje povratne informacije od korisnika ustanova kako bi se poboljšao kvalitet zdravstvene zaštite. Rutinska statistika za abortus podrazumeva: starost i broj žena kojima je urađen indukovani abortus po metodu (vakuum aspiracija, medicinski abortus, D&E) i gestaciona starost trudnoće.

Monitoring nacionalnih indikatora bezbednog abortusa je važan i u velikoj meri je zanemaren (35). Uvođenje indikatora specifičnih za abortus i statistiku usluga povezanih sa njime treba da se razvije u kontekstu monitoringa nacionalnog programa za maternalno i reproduktivno zdravlje. Podaci o abortusima iz zdravstvenih ustanova mogu da se integrisu u postojeće informacione sisteme (npr. formulari, dnevnički, podaci o zalihamama robe, upitnici, kartoni pacijentata, registri dnevnih aktivnosti) i to je bolje nego da se prave novi sistemi (36, 37). Indikatori za bezbedan abortus SZO (38) prikazani su u tabeli 3.2.

3.5.2 Kontrola kvaliteta i poboljšanje kvaliteta

Kontrola i poboljšanje kvaliteta obuhvataju planirani i sistematski proces za identifikovanje merljivih ciljeva zasnovano na nacionalnim standardima i smernicama i očekivanjima korisnika zdravstvenih ustanova i onih koji usluge pružaju, takođe obuhvataju prikupljanje podataka koji ukazuju u kom obimu su ciljevi postignuti i obezbeđivanje povratne informacije menadžerima programa i pružaocima usluga. Proces poboljšanja kvaliteta treba da pokuša da identifikuje i da odgovori i na individualne i na organizacione prepreke kako bi se postigao dobar kvalitet zdravstvene zaštite (39-41). Što se tiče abortusa, cilj je da se promoviše promena u smislu kontinuiranog poboljšanja koja je deo procesa održavanja dobrog kvaliteta usluga koji odgovara na potrebe zdravstvenih radnika, kao i na potrebe i prava žena u vezi sa zdravstvenom zaštitom. Poboljšanje kvaliteta uključuje stalno monitoring rutinskog pružanja usluge, radnog učinka zdravstvenog radnika i postignutih ishoda kod pacijenta, kao i periodične procene koje se rade na nivo ustanove (42).

3.5.3 Evaluacija

Evaluacija je sistematska procena procesa pružanje usluga i postignutih ishoda. Sveobuhvatna evaluacija zahteva višestruke izvore podataka, što podrazumeva statistiku usluga, povratnu informaciju od zdravstvenih radnika koji pružaju uslugu, žena i zajednica i finansijske podatke. Osobe koje se bave evaluacijom programa mogu da fokusiraju svoju pažnju na ključne oblasti koji se odnose na politiku, programe i usluge: pristupačnost, dostupnost i kvalitet zdravstvene zaštite. Primeri širokog opsega stavki i pitanja koje treba da se uzmu u obzir za periodičnu procenu i evaluaciju naznačeni su u okviru 3.3. Dobijanje odgovora na ta pitanja može da pruži informacije koje će omogućiti kreatorima politike i menadžerima programa da bolje razumeju i prevaziđu postojeće prepreke pristupu zdravstvene zaštite i unaprede njen kvalitet.

Tabela 3.2 Indikatori za bezbedni abortus^a

Oblast	Indikator	Tip mere	Tip indikatora (osnovni ^b , dodatni ^c)	Izvor podataka
Pristupačnost: dostupnost	Broj ustanova koje nude uslugu bezbednog abortusa na 500 000 stanovnika	Stopa	Dodatni	HID ^d
	Zdravstveni radnici obučeni da pruže uslugu bezbednog abortusa u zakonskim okvirima	Procenat	Dodatni	Izveštaj (ustanova)
	Broj stanovnika koji žive udaljeni 2 sata putovanja od ustanove koja pruža uslugu bezbednog abortusa	Procenat	Dodatni	Ispitivanje (stanovništvo)
Pristupačnost: informacija	Populacija koja ima tačno znanje o zakonskom statusu abortusa	Procenat	Dodatni	Ispitivanje (stanovništvo)
	Zdravstveni radnici koji imaju tačno znanje o zakonskom statusu abortusa	Procenat	Dodatni	Ispitivanje (ustanova)
Pristupačnost: kvalitet	Mesta gde se pruža usluga na kojima se koriste od strane SZO preporučeni metodi za indukovani abortus	Procenat	Dodatni	Ispitivanje (ustanova)
	Mesta gde se pruža usluga na kojima se koriste od strane SZO preporučeni metodi za zbrinjavanje komplikacija abortusa	Procenat	Dodatni	Ispitivanje (ustanova)
Ishodi/uticaj	Akušerski i ginekološki prijemi zbog abortusa	Procenat	Osnovni	ZIS
	Stopa hospitalizacija zbog nebezbednog abortusa na 1000 žena	Stopa	Dodatni	ZIS
	Abortusi na 1000 živorođenih	Srazmer	Osnovni	ZIS/ispitivanje (stanovništvo)
	Maternalne smrti povezane sa abortusom	Procenat	Osnovni	ZIS/ispitivanje (specijalno)/matične knjige

^a Drugi indikatori relevantni za postizanje univerzalnog pristupa reproduktivnom zdravlju, mogu da se nađu u referenci 38.

^b Indikatori koje sve zemlje treba da prijavljuju.

^c Indikatori koje zemlje mogu da prijave na osnovu svojih potreba, kontekstualnih karakteristika i mogućnosti (npr. kada je pokrivenost za osnovne podatke visoka)

^d Zdravstveni informacioni sistem

Tabela adaptirana iz reference 38.

OKVIR 3.3

Pitanja i stavke koje treba razmotriti za periodičnu procenu i evaluaciju usluga abortusa

Ova pitanja i stavke služe samo za procenu; za relevantne SZO preporuke pogledajte poglavje 2, 3 i 4

Pristupačnost usluge abortusa

Koje su pravne osnove za indukovani abortus?

- na zahtev;
- socioekonomski razlozi;
- zdravlje (neodređeno; definisano od strane SZO; ili pod posebnim uslovima);
- mentalno zdravlje (neodređeno ili pod posebnim uslovima)
- fizičko zdravlje (neodređeno ili pod posebnim uslovima);
- silovanje;
- incest;
- čuvanje života.

Koliko košta usluga abortusa za ženu?

- zvanični troškovi
 - nadoknade za pružaoce usluge;
 - nadoknada za ustanovu;
- neformalna nadoknada za zdravstvene radnike;
- troškovi transporta;
- troškovi boravka;
- nepredviđeni troškovi;
- privatno osiguranje;
- socijalno osiguranje.

Da li je potrebna dozvola od treće strane pre obavljanja abortusa?

- dozvola roditelja/staratelja ili supružnika/partnera;
- dozvala medicinske komisije;
- dozvala od više od jednog specijaliste ili lekara.

Dostupnost usluge abortusa

Ima li dovoljno ustanova koje pružaju bezbednu zdravstveni zaštitu sa sve žene koje traže abortus?

- broj ustanova koje nude usluge bezbednog abortusa na 500 000 ljudi.

Koji su troškovi ustanove zbog pružanja usluge bezbednog abortusa?

- vreme pružaoca usluge;
- oprema/instrumenti i materijal;
- lekovi;
- dodatna obuka;
- drugi kapitalni i periodični troškovi.

Koja statistika za abortus je dostupna?

- ukupan broj akušerskih/ginekoloških prijema;
- ukupan broj izazvanih abortusa;
- ukupan broj odmah i kasnije nastalih komplikacija;
- procenat komplikacija koje su zahtevale hospitalizaciju;
- ukupan broj svih komplikacija (koje su bile rezultat nebezbednog ili spontanog pobačaja).

Koje metode abortusa su dostupne i koje se koriste?

Za trudnoće gestacione starosti < 12-14 sedmica

- vakuum aspiracija,
- mifepriston i misoprostol;
- misoprostol sam;
- dilatacija i kiretaža.

Za trudnoće gestacione starosti > 12-14 sedmica

- dilatacija i evakuacija,
- mifepriston i misoprostol;
- misoprostol sam;
- instilacija hipertoničnog fiziološkog rastvora,
- ekatridin laktat.

Pitanja i stavke koje treba razmotriti za periodičnu procenu i evaluaciju usluga abortusa

Kvalitet zdravstvene zaštite

Da li pružaoci usluge abortusa imaju kompetencije potrebne da obave bezbedan abortus?

- potvrda trudnoće;
- procena gestacione starosti;
- odgovarajuća tehnika hirurške procedure;
- odgovarajuća kontrola bola;
- odgovarajući režim doziranja za medicinski abortus;
- odgovarajuće praćenje.

Da li se rutinski primenjuje dobra praksa za prevenciju infekcija?

- standardne mere opreza rutinski se poštuju;
- za hirurške metode koristi se tehnika bez dodira;
- inicijalno potapanje korišćenih instrumenata;
- čišćenje instrumenata;
- dezinfekcija visokog stepena ili sterilizacija medicinskih instrumenata;
- za hirurške metode primena antibiotika u smislu profilakse.

Koje su opcije za kontrolu bola dostupne i koji se lekovi za bol zaista daju?

- tehnike verbalne relaksacije;
- analgezija;
- lokalna anestezija;
- sedacija;
- opšta anestezija.

Koji kontraceptivni metodi su dostupni i koja se sredstva daju?

- barijerne metode
 - kondomi;
 - cervicalne barijere;
- prirodne metode;
- hormonske metode;
 - pilule;
 - vaginalni prsten;
 - flasteri za kožu;
 - injekcije;
 - implantati;
- IUS;
- sterilizacija;
- hitna kontracepcija.

Koje informativni, edukativni i komunikacijski materijal je dostupan i koje informacije se rutinski pružaju?

- za proceduru;
- za praćenje nakon procedure;
- za kontracepciju;
- za druge potrebe.

Da li se savetovanje rutinski nudi?

- za proceduru;
- za praćenje nakon procedure;
- za kontracepciju;
- za druge potrebe.

Da li su usluge organizovane efikasno i uspešno?

- redovno se obezbeđuje naknadna obuka;
- adekvatna supervizija;
- dovoljno finansiranje;
- dovoljno nabavljenih instrumenata, adekvatna distribucija i obnavljanje zaliha instrumenata, lekova i materijala;
- adekvatan menadžment informacionih sistema;
- mehanizmi za unapređenje/kontrolu kvaliteta
- mehanizmi za monitoring i evaluaciju usluga.

OKVIR 3.3 -nastavak

Pitanja i stavke koje treba razmotriti za periodičnu procenu i evaluaciju usluga abortusa

Da li postoji adekvatan sistem upućivanja za:

- indukovani abortus (posebno za slučajeve kada postoje prigovor savesti u vezi pružanja usluge);
- zbrinjavanje komplikacija;
- kontracepciju;
- infekcije reproduktivnog trakta;
- nasilje zasnovano na polu.

Da li su obezbeđeni svi aspekti ženine privatnosti koji se odnose na abortus?

- vizuelna privatnost tokom pregleda i procedure;
- nepotrebitno osoblje se ne nalazi u prostoriji tokom procedure;
- nudi se primena u kućnim uslovima misoprostola nakon prethodne primene mifepristona;
- adekvatni toaleti sa privatnošću;
- diskretno označavanje lokacije gde se pružaju usluge u vezi abortusa.

Da li je ostvareno ženino pravo na poverljivost koje se odnosi na abortus?

- ograničen pristup medicinskoj dokumentaciji;
- održavanje poverljivosti za sve žene, što podrazumeva i adolescentkinje.

Da li su kašnjenja prilikom traženja zdravstvene usluge svedena na minimum?

- nama obaveznog perioda čekanja;
- potrebno vreme od momenta traženja i zakazivanja procedure;
- čekanje na proceduru;
- ukupno vreme u bolnici/klinici.

Da li postoje potencijalne prepreke za pružanje usluge?

- zahtevi za test na HIV i druge testove koji nisu klinički indikovani;
- obavezno savetovanje pored pružanja adekvatne informacije koja je relevantna za ženu koja traži abortus;
- zahtev za obavezni ultrazvučni pregled pre abortusa;
- zahtev da žena čuje srčane otkucaje fetusa pre abortusa;
- zahtev za navođenje podatka o indukovanim abortusima u trajnoj medicinskoj dokumentaciji, tamo gde se ne može osigurati poverljivost.

Ženina perspektiva o usluzi abortusa

- da li su pružalač usluge abortusa i kliničko osoblje bili predusretljivi i profesionalni?
- da li je dato dovoljno informacija o proceduru, kontracepciji i kontrolama?
- da li je žena imala prilike da postavi pitanja?
- da li su dobijeni odgovarajući odgovori na pitanja?
- da li je privatnost bila zaštićena?
- da li bi žena preporučila ustanovu?
- da li bi žena preporučila zdravstvenog radnika koji pruža usluge?

Perspektiva zdravstvenog radnika koji pruža uslugu

- da li je organizacija i implementacija usluge abortusa u skladu sa na dokazima zasnovanim standardima?
- da li je zdravstvena zaštita dovoljno kvalitetna?
- kako može da se poboljša zadovoljstvo poslom?
- da li vas supervisor adekvatno podržava?
- da li su vam nadoknade dovoljne (npr. plata, honorar, prilike za profesionalni razvoj)?

3.6 Finansiranje

U budžetima zdravstvenih servisa treba biti dovoljno sredstava za sledeće tipove troškova:

- oprema, lekovi i zalihe materijala potrebnai da se obezbedi bezbedan abortus;
- radni sati osoblja;
- programi obuke i supervizije;
- nadogradnja infrastrukture;
- čuvanje podataka;
- monitoring i evaluacija.

Programi abortusa mogu da se integrišu unutar nacionalnog programa maternalnog i reproduktivnog zdravlja, tako da će dodatni troškovi za uvođenje ili unapređenja usluge abortusa biti minimalni. Uopšteeno, za uslugu bezbednog abortusa potrebno je da zdravstveni radnik stekne nekoliko, ako je i potrebno, dodatnih veština, nekoliko lekova, oprema i materijal koji bi svakako trebali biti već dostupni za urgentno akušerstvo i ginekologiju.

3.6.1 Troškovi ustanove ili zdravstvenog sistema

Obezbeđivanje bezbednog, legalnog abortusa košta značajno manje od lečenja komplikacija nebezbednog abortusa (43-47). Troškovi da se obezbedi mogućnost abortusa sa vakuum aspiracijom podrazumevaju ne tako česte i skromne kapitalne investicije, kao što je mašina za sukciju ili oprema za MVA, sto za pregled, autoklav ili sterilizator sa parom; renoviranje čekarnice i soba za konsultacije i oporavak i toalet. Stalni troškovi su oni povezani sa kupovinom instrumenata i materijala koje treba redovno nabavljati, kao što su kanile i manuelni vakuum aspiratori, rastvori antisepтика i dezifikacijski visokog stepena koji se koriste za obradu instrumenata, lekovi za kontrolu bola, preventiju infekcija i medicinski abortus.

Odluka koji metodi abortusa će se nuditi i kako će se organizovati servis direktno utiče na troškove pružanja usluga i njihovu pristupačnost. Dve organizacione stavke su od posebnog značaja: preferirati upotrebu vakuum aspiratora ili medicinskog abortusa u odnosu na D&K i da se žene informišu da dođu ranije umesto kasnije za indukovani abortus.

- Prebacivanje sa D&K na vakuum aspirator ili medicinski abortus za evakuaciju uterusa bezbednije je za ženu i može da smanji troškove za zdravstveni sistem (23, 24). Vakuum aspiraciju može da uradi zdravstveni radnik srednjeg stepena u ordinaciji ili sobi za pregled, dok se D&K četvero radi lekar u operacionoj sali. Takođe, za vakuum aspiraciju je obično potrebno manje lekova protiv bolova nego za D&K (23, 47, 48).
- Ako zdravstveni sistem efikasno informiše žene da dođu u ranijoj trudnoći za abortus, primena manje skupih ranih procedura raste dok primena skupljih kasnijih procedura opada. Npr. uvođenje kombinacije mifepristona i misoprostola povezano je sa pomakom stanovništva ka abortusu u ranijem gestacionom dobu (49, 50). Upotreba misoprostola u kućnim uslovima doprinosi da žena ima veću fleksibilnost, a smanjuje se potreba za angažovanjem osoblja i resursa ustanove. Takođe, to omogućava da se usluga obezbedi na nižim nivoima zdravstvene zaštite i stoga bliže mestu stanovanja žena što smanjuje troškove puta i vremena.

3.6.2 Kako učiniti da usluge budu finansijski pristupačne za žene

U mnogim uslovima, nacionalne šeme zdravstvenog osiguranja ne postoje ili ne pokrivaju veliki deo populacije ili ne pokrivaju uslugu abortusa. Često su uključeni i drugi izvori finansiranja zdravstvenog sistema, što podrazumeva i plaćanje od strane pojedincaca koji koriste zdravstveni sistem. SZO preporučuje da se update pojedinaca primaju unapred, pre nego

u vreme pružanja usluge (51). Međutim, u mnogim područjima se uobičajeno naplaćuje usluga i to može biti važna prepreka za siromašne žene i adolescentkinje. Dodatno, od žena se može očekivati da plate značajne neformalne troškove (nadoknadu koju pružaoč usluge traži pored zvaničnih troškova zdravstvenog sistema) koji, kada se kombinuju sa troškovima puta i dodatnim troškovima, kao što je gubitak zarade zbog izostanka sa posla, mogu da predstavljaju značajnu prepreku za mnoge žene. Prepreka u vidu većih troškova za ženu verovatno će generisati veće troškove i za zdravstveni sistem tako što se povećava broj žena koje pokušavaju da same izazovu pobačaja ili odlaze kod nestručnih pružaoca usluge abortusa i kao krajnji rezultat potrebna im je hospitalizacija zbog ozbiljnih komplikacija (52, 53).

Poštovanje, zaštita i ostvarivanje ljudskih zahtevaju da žena ima pristup usluzi legalnog abortusa bez obzira na njenu mogućnost da plati. Kada se korisnici naplaćuje usluga za abortus, te nadoknade treba da budu u skladu sa ženinim mogućnostima da plati i treba napraviti procedure po kojima se siromašne žene i adolescentkinje izuzmu od plaćanja usluga. Koliko je to moguće, trebalo bi da uslugu abortusa obavezno pokriva plan osiguranja. Nikada ne treba uskratiti ili odložiti abortus zato što žena nije u mogućnosti da plati. Osim toga, sve ustanove treba da imaju procedure kako bi se osigurale da osoblje na nameće dodatnu finansijsku nadoknadu.

3.7. Proces planiranja i organizacije zdravstvene zaštite u vezi sa bezbednim abortusom

Uspostavljanje usluga abortusa, olakšavanje pristupa abortusa i poboljšanje kvaliteta postojećih usluga abortusa na nacionalnom ili podnacionalnom nivou, u zakonskim okvirima, treba da je vođeno od strane posvećenih ključnih osoba iz ove oblasti koji mogu da

pruže jako vodstvo, da identifikuju i regrutuju druge ključne pojedince i da mobilisu fondove i tehničku pomoć kako bi se podržao širok spektar aktivnosti. Idealno, vodstvo bi trebalo biti locirano u ministarstvu zdravlja/odseku za zdravstvo ili u drugoj instituciji čiji je mandat da utiče na i da mobilise promena na nacionalnom nivou. Važni ključni ljudi i zainteresovane strane su: predstavnici iz drugih državnih ministarstava i odseka, kao što je ministarstvo obrazovanje, pravde, ministarstva i službe za socijalna pitanja, službe koje se bave rodom i polom, pitanjima mladih i lokalne vlasti, medicinski fakulteti, profesionalna zdravstvena udruženja - posebno akušerko ginekološka, ali i udruženja porodičnih lekara, medicinskih sestara, babica i farmaceuta, takođe treba uključiti i ostale kadrove iz oblasti javnog zdravlja, zastupnike ženskog zdravlja, nevladine organizacije koje su fokusirane na žene, mlade, zdravlje i ljudska prava, kao i relevantne predstavnike civilnog društva i ključne razvojne partnere (55).

Principi koji leže u osnovi procesa poboljšanja pristupa i kvaliteta zdravstvene zaštite u vezi sa abortusom podrazumevaju sledeće: proces treba da bude u vlasništvu države i da ga država vodi, baziran na dokazima, inkluzivan za višestruke perspektive, participatoran, da obuhvati polnu i rodnu ravnopravnost i nediskriminaciju, da bude baziran na zdravlju i ljudskim pravima i fokusiran na sistem (55).

Osnajivanje usluge abortusa je politički i organizacioni izazov, pored toga što je klinički i tehnički zadatak. Jedna metodologija koja se uspešno koristi je *Strateški pristup osnaživanju politike i programa seksualnog i reproduktivnog zdravlja* (55-60). Strateški pristup započinje sa stvaranjem tima za procenu koji je sastavljen od širokog spektra zainteresovanih strana koje su spomenute iznad u tekstu, koji sprovode procenu na terenu kako bi se identifikovale potrebe i odredili prioriteti koje se odnose na abortus i pristup kontraceptivnim sredstvima i na dostupnost i kvalitet zdravstvene

zaštite. Na osnovu nalaza i preporuka tima za procenu stanja implementira se paket političkih i programskih intervencija u manjem obimu kako bi se obezbedili lokalni dokazi o mogućnosti njihovog sprovođenja, efikasnosti i prihvatljivosti. Ako su uspešne, intervencije se tada proširuju kako bi se ostvario širi uticaj.

Bez obzira koji metodi se koriste, važno je da se akcije za ojačavanje strategije i usluga zasnivaju na dobrom razumevanju sistema pružanja usluga, potreba pružaoca usluga, potreba žena i postojećeg kulturnog, zakonskog, političkog i ekonomskog konteksta. Takođe je važno da je inkorporirano više perspektiva. To pomaže i osigurava da će preporuke i planovi napravljeni na osnovu procene biti široko prihvaćeni i zato je veća verovatnoća da će se implementirati. Posebno je važno da se ubaci viđenje o uslugama koje imaju korisnici i potencijalni korisnici s obzirom da su oni glavni izvor za identifikaciju prepreka za korišćenje usluga. Takođe je važno da se tokom procene ispita koliko su uopšteno ljudima dostupne usluge iz oblasti seksualnog i reproduktivnog zdravlja i posebno dostupnost informacija o kontracepciji, savetovanje i metodi, imajući u vidu da su ovo važne odredbe koje određuju incidenciju neplaniranih trudnoća.

3.7.1 Procena trenutne situacije

Veoma je značajan lokalni kontekst kada se procenjuje potreba za poboljšanjem zdravstvene zaštite u vezi sa abortusom od nivoa celokupnog sistema do pojedinačnih ustanova imajući u vidu posebne oblasti kojima je potrebno poboljšanje. Za poboljšanje zdravstvene zaštite u vezi sa abortusom na nivou ustanove pogledajte odeljak 3.5.2. Na nacionalnom nivou ili nivou zdravstvenog sistema prvi korak u proceni postojeće situacije u vezi neplaniranih trudnoća i abortusa podrazumeva prikupljanje i analizu postojećih informacija o:

- zakonima koji se odnose na seksualnost, kontracepciju i abortus;

- ratifikovanim sporazumima o ljudskim pravima;
- pristupačnosti i dostupnosti kontraceptiva;
- seksualnom obrazovanju;
- standardima i smernicama za pružanje usluge;
- kurikulumima medicinskih i drugih relevantnih profesionalnih škola;
- dostupnosti medicinskih uređaja i lekova potrebnih za abortus;
- statistici ustanove i statistici na nacionalnom nivou;
- demografskim istraživanjima i onima vezanim za reproduktivno zdravlje;
- relevantnim istraživačkim studijama;
- zdravstvenom osiguranje i drugim merama kaje smanjuju troškove iz džepa za uslugu abortusa

Nakon temeljnog prikupljanja i pregleda postojećih informacija, terenski tim može da napravi smernice o kojima se treba diskutovati sa kreatorima politike, pružaocima zdravstvenih usluga, ženama i drugim značajnim članovima zajednice. Pitanja za procenu na terenu mogu da obuhvataju kako da se strategije, programi i servisi ojačaju da bi se:

- sprečile neplanirane trudnoće;
- poboljšala pristupačnost i dostupnost bezbednog abortusa;
- poboljšao kvalitet zdravstvene zaštite u vezi sa abortusom.

Istraživanje svakog ovog detalja pomoći će timu da identificuje najkritičnije strateške i programske prioritetne potrebe. Dostupan je priručnik za rad na terenu o procesu sprovođenja strateške procene (61) (dostupno sa:http://www.who.int/reproductivehealth/publications/familyplanning/RHR_02_11).

3.7.2 Uvođenje intervencija kako bi se ojačala zdravstvena zaštita u vezi sa abortusom

Nove strateške i programske intervencije treba da budu vođene najboljom praksom zasnovanom na dokazima. Većina dokaza za strategiju i programe za abortus odslikano je preporukama koje su prezentovane u ovom dokumentovanom priručniku. Međutim, programski menadžeri često žele da se uvere kako to funkcioniše na lokalnom nivou, odnosno kakve su mogućnosti, koliko je efikasno i prihvatljivo, kao i koji su troškovi za uvođenje promena u dizajnu strategije i programa ili praksi pružanja usluga, a sve to pre nego što daju sredstva za njihovu implementaciju u širim razmerama. Čak i kada su intervencije zasnovane na prihvatanju internacionalno najbolje prakse, verovatno će biti potrebni određeni dokazi da ima kapaciteta za njihovu implementaciju i prihvatanje među članovima zajednice na lokalnom nivou pre nego što se omogući primena u širim razmerama. U zavisnosti od kvaliteta dokaza koje traže kreatori politike, testiranje intervencije(a) može da varira od jednostavnog pilot ili demonstracionog projekta do rigoroznijih implementacijskih istraživanja koji sadrže kvazi eksperimentalni dizajn.

3.7.3 Širenje strateških i programskih intervencija

Širenje podrazumeva povećanje kapaciteta zdravstvenog sistema za implementaciju strateških i programskih intervencija za koje je pokazano da poboljšavanju pristupačnost kvalitetnoj zdravstvenoj zaštiti u vezi sa abortusom, a kako bi se postigao uticaj na nivou stanovništva. Prečesto se proširivanje smatra rutinskim delom implementacije programa koja ne zahteva posebnu pažnju. Kada se za paket intervencija dokaže da je uspešan u pilot ili demonstracionom projektu, očekuje se ga preuzeće zdravstveni sistem i da ga proširi svuda kroz sistem zasnovano na prepostavci da je uspeh pilot faze dovoljan

da katalizira promenu u širim razmerima. Iako se ovo ponekad događa, ipak se češće to ne ostvari. Uspešno proširivanje u širim razmerima zahteva sistematsko planiranje, organizaciju, vođenje i podršku procesa u okviru koga se intervencije šire i institucionalizuju. Proširivanje takođe zahteva dovoljne ljudske i finansijske resurse kako bi se proces podržao. Priručnik za razvoj sveobuhvatne strategije za proširivanje primene intervencija i mendžment procesa je dostupan od strane SZO i ExpandNet (62–64; <http://www.expandnet.net/tools.htm>) – podacima pristupljeno: 14. februara 2013.

Sistematičan pristup procesu proširivanja intervencija prepoznaće da se proces odvija u kontekstu kompleksnosti "realnog sveta" sa više interesa i igrača koji su često kompetativni. Neophodno je obratiti pažnju na tehničke izazove, ali jednakso su važna politička, menadžerska i vlasnička pitanja koja su u igri, posebno imajući u vidu da intervencije, kojima se poboljšava dostupnost i kvalitet zdravstvene zaštite, često iziskuju promene vrednosti kao i načina rada. To je posebno važno za pitanje kao što je bezbedan abortus.

Zdravstveni sistem je često ograničen time što nema mogućnost da obezbedi čitav opseg potrebnih usluga koje su trenutni politički mandat i integrisanje nove grupe intervencija može dodatno da optereti već napet sistem. Međutim, kada se proširivanju intervencija priđe sistematično i sa dovoljnim ljudskim i finansijskim sredstvima proces može biti uspešan i da doprinese postizanju cilja u vidu univerzalnog pristupa zdravstvenoj zaštiti u sferi reproduktivnog zdravlja, što podrazumeva i bezbedan abortus.

Reference

1. *Women and health: today's evidence, tomorrow's agenda.* Geneva, World Health Organization, 2009.
2. Myers JE, Seif MW. Global perspective of legal abortion – trends, analysis and accessibility. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2010, 24:457–466.
3. Warriner IK et al. Can midlevel health-care providers administer early medical abortion as safely and effectively as doctors? A randomised controlled equivalence trial in Nepal. *Lancet*, 2011, 377:1155–1161.
4. Kishen M, Stedman Y. The role of advanced nurse practitioners in the availability of abortion services. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2010, 24:569–578.
5. Jejeebhoy S et al. Can nurses perform MVA as safely and effectively as physicians? Evidence from India. *Contraception*, 2011, 84:615–621.
6. Warriner IK et al. Rates of complication in first-trimester manual vacuum abortion done by doctors and mid-level providers in South Africa and Vietnam: a randomised controlled equivalence trial. *Lancet*, 2006, 368(9551):1965–1972.
7. Shearer JC, Walker DG, Vlassoff M. Cost of postabortion care in low- and middle-income countries. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2009, 108:165–169.
8. Bracken H. Family Planning Association of India (FPAI)/Gynuity Health Projects Research Group for Simplifying Medical Abortion in India. Home administration of misoprostol for early medical abortion in India. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2010, 108:228–232.
9. Shannon C et al. Regimens of misoprostol with mifepristone for early medical abortion: a randomised trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2006, 113:621–628.
10. Ngo TD et al. Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review. Geneva, World Health Organization, 2011 (Report no. 89).
11. *Complications of abortion: technical and managerial guidelines for prevention and treatment.* Geneva, World Health Organization, 1995.
12. *Sexual and reproductive health care core competencies for primary health.* Geneva, World Health Organization, 2011.
13. Freedman M et al. Comparison of complication rates in first trimester abortions performed by physician assistants and physicians. *American Journal of Public Health*, 1986, 76:550–554.
14. Greenslade F et al. Summary of clinical and programmatic experience with manual vacuum aspiration. *IPAS Advances in Abortion Care*, 1993, 3(2):1–4.
15. Berer M. Provision of abortion by mid-level providers: international policy, practice and perspectives. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009, 87:58–63.
16. Iyengar SD. Introducing medical abortion within the primary health system: comparison with other health interventions and commodities. *Reproductive Health Matters*, 2005, 13:13–19.
17. Yarnell J, Swica Y, Winikoff B. Non-physician clinicians can safely provide first trimester medical abortion. *Reproductive Health Matters*, 2009, 17:61–69.
18. Cook RJ, Dickens BM. Human rights dynamics of abortion law reform. *Human Rights Quarterly*, 2003, 25:1–59.
19. *General Comment No. 4: Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child.* Geneva, Committee on the Rights of the Child, 2003 (Report no. CRC/GC/2003/4).
20. World Health Organization and The Office of the United Nations High Commissioner for Refugees. *Clinical management of survivors of rape. A guide to the development of protocols for use in refugee and internally displaced person situations.* Geneva, World Health Organization, 2002.
21. Cook RJ, Erdman JN, Dickens BM. Respecting adolescents' confidentiality and reproductive and sexual choices. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2007, 92:182–187.

22. Billings D et al. Constructing access to legal abortion services in Mexico City. *Reproductive Health Matters*, 2002, 10:87–95.
23. Johnson BR et al. Costs and resource utilization for the treatment of incomplete abortion in Kenya and Mexico. *Social Science and Medicine*, 1993, 36:1443–1453.
24. Jowett M. Safe motherhood interventions in low-income countries: an economic justification and evidence of cost effectiveness. *Health Policy*, 2000, 53:201–228.
25. WHO model list of essential medicines, 16th ed. Geneva, World Health Organization, 2010.
26. Model certificate of a pharmaceutical product. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/regulation_legislation/certification/modelcertificate/en/index.html, accessed 1 September 2011).
27. Mitchell EMH et al. Building alliances from ambivalence: evaluation of abortion values clarification workshops with stakeholders in South Africa. *African Journal of Reproductive Health*, 2005, 9:89–99.
28. The abortion option: a values clarification guide for health care professionals. Washington, DC, National Abortion Federation, 2005.
29. Turner KL, Chapman Page K. *Abortion attitude transformation: a values clarification toolkit for global audiences*. Chapel Hill, Ipas, 2008.
30. Billings D et al. Midwives and comprehensive postabortion care in Ghana. In: Huntington D, Piet-Pelon NJ, eds. *Postabortion care: lessons from operations research*. New York, Population Council, 1999:141–158.
31. Dickson-Tetteh K et al. Abortion care services provided by registered midwives in South Africa: a report on the midwifery training program. *International Family Planning Perspectives*, 2002, 28:144–150.
32. Senegal: postabortion care. Train more providers in postabortion care. New York, Population Council, 2000.
33. PRIME postabortion care. Program for International Training in Health (INTRAH). Chapel Hill, University of North Carolina, 2001.
34. Yumkella F, Githiori F. *Expanding opportunities for postabortion care at the community level through private nurse-midwives in Kenya*. Chapel Hill, Program for International Training in Health (INTRAH), 2000.
35. Healy J, Otsea K, Benson J. Counting abortions so that abortion counts: indicators for monitoring the availability and use of abortion care services. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2006, 95:209–220.
36. Packages of interventions for family planning, safe abortion care, maternal, newborn and child health. Geneva, World Health Organization, 2010.
37. Monitoring emergency obstetric care: a handbook. Geneva, World Health Organization, 2009.
38. World Health Organization, UNFPA. *National-level monitoring of the achievement of universal access to reproductive health: conceptual and practical considerations and related indicators*. Geneva, World Health Organization, 2008.
39. Mulligan EA. Striving for excellence in abortion services. *Australian Health Review*, 2006, 30:468–473.
40. Foy R et al. Theory-based identification of barriers to quality improvement: induced abortion care. *Journal for Quality in Health Care*, 2005, 17:147–155.
41. Morrison J. Audit of the care of women requesting induced abortion. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2003, 23:521–524.
42. EngenderHealth, Ipas. COPE® for comprehensive abortion care: a toolkit to accompany the COPE handbook. EngenderHealth Quality Improvement Series. New York, EngenderHealth, 2009.
43. Billings DL, Benson J. Postabortion care in Latin America: policy and service recommendations from a decade of operations research. *Health Policy and Planning*, 2005, 20:158–166.
44. Johnston HB, Gallo MF, Benson J. Reducing the costs to health systems of unsafe abortion: a comparison of four strategies. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2007, 33:250–257.
45. Vlassoff M et al. *Economic impact of unsafe abortion-related morbidity and mortality: evidence and estimation*

- challenges.* Brighton, Institute of Development Studies, 2008 (Report no. 59).
46. Levin C et al. Exploring the costs and economic consequences of unsafe abortion in Mexico City before legalisation. *Reproductive Health Matters*, 2009, 17:120–132.
 47. Hu D et al. Cost-effectiveness analysis of unsafe abortion. *African Journal of Reproductive Health*, 2010, 14:85–103.
 48. Grimes D et al. Abortion in the seventies. In: *The Joint Program for the Study of Abortion/CDC – a preliminary report*. Washington, DC, National Abortion Federation, 1977:41–46.
 49. Jones R, Henshaw R. Mifepristone for early medical abortion: experiences in France, Great Britain and Sweden. *Perspectives in Sexual and Reproductive Health*, 2002, 34:154–161.
 50. Finer L, Wei J. Effect of mifepristone on abortion access in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, 2009, 114:623–630.
 51. *Performance incentives for health care providers*. Geneva, World Health Organization, 2010 (Discussion Paper 1).
 52. Duggal R. The political economy of abortion in India: cost and expenditure patterns. *Reproductive Health Matters*, 2004, 12(24 Suppl.):130–137.
 53. Naghma-e-Rehan. Cost of the treatment of complications of unsafe abortion in public hospitals. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 2011, 61:169–172.
 54. Resolution WHA58.33. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. In: *Fifty-eighth World Health Assembly*, 16–25 May 2005. Geneva, World Health Organization, 2005 (WHA58/2005/REC/1).
 55. *The WHO Strategic Approach to strengthening sexual and reproductive health policies and programmes*. Geneva, World Health Organization, 2007.
 56. *Abortion in Viet Nam: an assessment of policy, programme and research issues*. Geneva, World Health Organization, 1999.
 57. Johnson BR, Horga M, Fajans P. A strategic assessment of abortion and contraception in Romania. *Reproductive Health Matters*, 2004, 12(24 Suppl.):184–194.
 58. Tsogt B, Kisghgee S, Johnson BR. Applying the WHO Strategic Approach to strengthening first and second trimester abortion services in Mongolia. *Reproductive Health Matters*, 2008, 16(31 Suppl.):127–134.
 59. *Strategic assessment of policy, quality and access to contraception and abortion in the Republic of Macedonia*. Skopje, Republic Institute for Health Protection, 2008.
 60. Jackson E et al. A strategic assessment of unsafe abortion in Malawi. *Reproductive Health Matters*, 2011, 19:133–143.
 61. *Making decisions about contraceptive introduction. A guide for conducting assessments to broaden contraceptive choice and improve quality of care*. Geneva, World Health Organization, 2002.
 62. World Health Organization, ExpandNet. *Practical guidance for scaling up health service innovations*. Geneva, World Health Organization, 2009.
 63. World Health Organization, ExpandNet. *Nine steps for developing a scaling-up strategy*. Geneva, World Health Organization, 2010.
 64. World Health Organization, ExpandNet. *Beginning with the end in mind: planning pilot projects and programmatic research for scaling up success*. Geneva, World Health Organization, 2011.

POGLAVLJE 4

Zakonska i politička razmatranja

Sažetak

- Nebezbedan abortus jedan je od glavnih uzroka maternalnog mortaliteta i morbiditeta. Jedan od razloga za nebezbedan abortus je to što je bezbedan abortus često nedostupan, čak i pored toga što je zakonom odobren za različite indikacije u skoro svim zemljama.
- Međunarodna, regionalna i nacionalna tela i sudiovi za ljudska prava sve više preporučuju dekriminaciju abortusa i pružanje usluge abortusa kako bi se zaštito život žene i njeno zdravlje, a u slučaju silovanja da se abortus obezbedi na osnovu žalbe žene. Neophodno je da se zakoni, čak i kada su restriktivni, interpretiraju i implementiraju na takav način da se promoviše i štiti zdravlje žene.
- Dodatne prepreke, koje mogu i ne moraju biti određene zakonom, često ometaju ženu da dođe do usluge za koju je podobna i doprinose nebezbednom abortusu. Pod ovim barijerama podrazumeva se: nedovoljan pristup informacijama, zahtev za odobrenje treće strane, ograničavanje na određeni tip zdravstvenih radnika koji pružaju uslugu i određen tip ustanove koje po zakonu pružaju usluge, neuspeh da se garantuje pristup uslugama koje su finansijski pristupačne, neuspeh u garantovanju poverljivosti i privatnosti i dozvoljavanje prigovora savesti bez daljeg upućivanja drugim zdravstvenim radnicima ili u drugu ustanovu.
- Potrebno je da se obezbedi takvo regulatorno i političkog okruženje da se svakoj ženi, koja je zakonski podobna, osigura kvalitetna usluga abortusa. Politiku treba kreirati tako da se poštuju, štite i ispunjavaju ljudska prava žena, da se postignu

pozitivni zdravstveni ciljevi za žene, da se obezbeđe kvalitetna kontraceptivna sredstva, informacije i usluge za planiranje porodice te da se odgovori na posebne potrebe siromašnih žena, žena koje su preživele silovanje i žena koje žive sa HIV-om.

4.1 Zdravlje žena i ljudska prava

Nebezbedan abortus uzrok je za oko 13% smrti majki (1) i 20% ukupnog mortaliteta i stečene nesposobnosti nastale usled trudnoće i porođaja (2). Skoro sve smrti i morbiditet usled nebezbednog abortusa dešavaju se u zemljama gde je abortus zakonski i u praksi jako ograničen. Svake godine oko 47 000 žena umre zbog komplikacija nebzebdenog abortusa (3), a procenjeno je da 5 miliona žena ima privremenu ili trajnu nesposobnost, što podrazumeva i neplodnost (4). Tamo gde je manje restrikcija u pristupu bezbednom abortusu, broj smrti i oboljevanje je dramatično smanjeno (5). U ovom poglavlju se naglašava zamršena veza između zdravlja žena i ljudskih prava i potrebe za zakonima i politikom koja promoviše i štiti oboje.

Većina vlada ratifikovala je zakonski obavezujuće međunarodne sporazume i konvencije koje štite ljudska prava, što podrazumeva i pravo na najviši dostupni standard u vezi zdravlja, pravo da nema diskriminacije, pravo na život, pravo na slobodu i sigurnost, pravo osobe da se sa njom ne postupa na nehuman i degradirajući način i pravo na obrazovanje i informacije. Ova prava su dalje prepoznata i definisana u regionalnim sporazumima i usvojena i nacionalnim ustavima i zakonima mnogih zemalja. Imajući u vidu ova ljudska prava, vlade su složile tokom Međunarodne konferencije o stanovništvu i razvoju (ICPD

+5) 1999. u pogledu i oceni da je "u slučajevima gde abortus nije u suprotnosti sa zakonom zdravstveni sistemi trebaju da obezbede obuku za i da opreme zdravstvene radnike koji pružaju uslugu i treba da preduzmu druge mere kako bi obezbedili abortus bude bezbedan i pristupačan. Potrebno je poduzeti i dodatne mere kako bi se sačuvalo zdravlje žena" (6). Iz toga je proizašao originalni dokument *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems* koji je

objavljen od strane Svetske zdravstvene organizacije (SZO) 2003. godine (7).

Tokom prethodnih 15 godina, ljudska prava se sve više primenjuju od strane međunarodnih i regionalnih tela za ljudska prava i od strane nacionalnih sudova, što podrazumeva i monitorsko telo za poštovanje sporazuma Ujedinjenih nacija u kontekstu abortusa (pogledajte okvir 4.1).

OKVIR 4.1

Primeri primene ljudskih prava na bezbedan abortus, u kontekstu sveobuhvatne zdravstvene zaštite reproduktivnog zdravlja, od strane međunarodnih i regionalnih tela za ljudska prava

Ljudska prava, kako su sadržana u međunarodnim i regionalnim sporazumima i nacionalnim ustavima, izlazne izjave monitorskog tela za poštovanje sporazuma Ujedinjenih nacija, što podrazumeva njihove opšte komentare/preporuke i zaključne opservacije za Države, kao i odluke regionalnih i nacionalnih sudova zajedno čine referentni sistem za odgovornost u vezi sa ljudskim pravima na međunarodnim, regionalnim i nacionalnim nivoima. One daju jasne smernice za Države (u slučaju zaključnih opservacija, za pojedinačne Države) o merama koje treba preduzeti da se osigura poštovanje, zaštita i ispunjavanje ljudskih prava.

Monitorska tela za poštovanje sporazuma Ujedinjenih nacija, regionalni i nacionalni sudovi poklanjaju sve više pažnje pitanju abortusa tokom poslednjih decenija, što podrazumeva maternalni mortalitet zbog nebezbednog abortusa, kriminalizaciju abortusa i restriktivno zakonodavstvo koje navode žene da zatraže ilegalan i nebezbedan abortus. Sve više se pozivaju Države da se ženama i adolescentkinjama obezbede sveobuhvatne informacije i usluge u vezi sa seksualnim i reproduktivnim zdravljem, da se eliminišu regulatorne i administrativne prepreke koje sprečavaju pristup žena usluzi bezbednog abortusa i da se obezbedi lečenje komplikacija abortusa. Ako ovo ne urade, Države neće ispuniti svoje obaveze u vidu poštovanja potpisanih sporazuma i ustava koje obuhvataju poštovanje, zaštitu i ispunjavanje prava na život, pravo da nema diskriminacije, pravo na najviši dostupni standard u vezi zdravlja, pravo osobe da se sa njom ne postupa na okrutan, nehuman i degradirajući način i prava na privatnost, poverljivost, informacije i obrazovanje. Preporuke monitorskih tela za poštovanje sporazuma Ujedinjenih nacija i odluke regionalnih sudova za Države sadrže sledeće primere:¹

Obezbeđivanje sveobuhvatnih zakonskih osnova za abortus

- Preduzeti akcione korake da se spriče nebezbedni abortusi, što podrazumeva izmene i dopune restriktivnih zakona koji dovode u opasnost živote žena, što podrazumeva i adolescentkinje (9).
- Obezbediti legalan abortus u slučajevima gde nastavak trudnoće dovodi u opasnost zdravlje žena, što podrazumeva i adolescentkinje (10).
- Obezbediti legalan abortus u slučajevima silovanja i incesta (11).
- Promeniti zakone koji medicinske procedure smatraju kriminalnim delom, što podrazumeva abortus, koje su potrebne samo ženama i ili koji kažnjavaju žene koje se podvrgavaju tim procedurama (12).

¹Detaljne reference odslikavaju rastući broj opštih komentara/preporuka o zaključnih opservacijama monitorskih tela za poštovanje sporazuma UN, kao i odredbe regionalnih sporazuma i odluke regionalnih sudova koje se odnose na abortus.

Oni preporučuju da Države reformišu zakone po kojima se smatraju kriminalnim medicinske procedure koje su potrebne samo ženama i koji kažnjavaju žene koje se podvrgavaju tim procedurama (8), a koji se primenjuju u slučaju abortusa. Sa ciljem da se zaštiti zdravlje žena i ljudska prava, ova tela za ljudska prava preporučuju da Države preduzmu sve što je moguće da žene ne moraju da se podvrgavaju tajnim abortusima koji mogu da ugroze život i da abortus bude legalan najmanje u slučaju kada nastavak trudnoće

ugrožava život (9) i zdravlje (10) žene i slučajevima silovanja i incesta (11). Takođe, preporučuju da Države treba da osiguraju pravovremen i finansijski dostupan pristup zdravstvenim uslugama dobrog kvaliteta koje treba pružiti na takav način da je osigurano da žena da svoj u potpunosti informisani pristanak , da je osigurano poštovanje njene ličnosti i njeno dostoјanstvo, da se garantuje poverljivost i da se ima razumevanja za njene potrebe i viđenja (8).

OKVIR 4.1 - nastavak

Planiranje i organizacija zdravstvene zaštite u vezi bezbednog abortusa

- Osigurati pravovremeni pristup širokom spektru kvalitetnih usluga iz oblasti seksualnog i reproduktivnog zdravlja, što podrazumeva i usluge za adolescentkinje, koje se pružaju na način da žena da svoj u potpunosti informisani pristanak, da je osigurano poštovanje njene ličnosti i njeno dostoјanstvo, da se garantuje poverljivost i da se ima razumevanja za njene potrebe i viđenja (13).
- Smanjiti maternalni morbiditet i mortalitet kod adolescentkinja, posebno uzrokovani ranim trudnoćama i praktikovanjem nebezbednih abortusa i razviti i implementirati programe koji obezbeđuju pristup uslugama iz oblasti seksualnog i reproduktivnog zdravlja. što podrazumeva planiranje porodice, kontracepciju i uslugu bezbednog abortusa tamo gde abortus nije protivzakonit (14).
- Obezbediti informacije o seksualnom i reproduktivnom zdravlju, kao i mehanizme da bi se osiguralo da sve žene, što podrazumeva i adolescentkinje, imaju pristup informaciji o uslugama legalnog abortusa (15).

Eliminisanje regulatornih, političkih i prepreka pristupu

- Ukloniti zahteve za odobrenje od treće strane jer se to kosi sa pravom žene i adolescentkinje da doneše odluku o reprodukciji i da ima kontrolu nad svojim telom (16).
- Eliminisati prepreke koje sprečavaju ženini pristup zdravstvenim uslugama, kao što su visoke novčane nadoknade za usluge zdravstvene zaštite, zahtev za prethodnim odobrenjem od strane supružnika, roditelja ili bolničkih autoriteta, udaljenost od zdravstvene ustanove i nedostatak pogodnog i finansijski pristupačnog javnog prevoza i takođe treba osigurati da prigovor savesti ne spreči pojedince u pristupu uslugama na koje imaju zakonsko pravo (17).
- Implementacija zakonskog i/ili političkog okvira koji omogućava ženama da imaju pristup abortusu gde je medicinska procedura dozvoljena zakonom (18).

Obezbeđivanje zbrinjavanja komplikacija abortusa

- Obezbediti pravovremeno zbrinjavanje za komplikacije abortusa bez obzira na zakone o indukovanim abortusima kako bi se zaštitilo život i zdravlje žene (19).
- Eliminisati praksu da se izvlači priznanje radi tužbe od žene koja traži hitnu medicinsku pomoć zbog ilegalnog abortusa i zakonsku obavezu da lekari ili drugi zdravstveni radnici moraju da prijave slučajeve žena koje su imale abortus (20).

S obzirom na jasnu povezanost između pristupa bezbednom abortusu i zdravlja žena, preporučuje se da zakoni i politika poštuju i štite zdravlje žena i njihova ljudska prava.

4.2. Zakoni i njihova implementacija u kontekstu ljudskih prava

Zakonsko ograničavanje abortusa nema za rezultata smanjenje broja abortusa niti ima rezultat povećan broj stopa porođaja (21, 22). Obrnuto, zakoni i politika koji olakšava pristup bezbednom abortusu ne povećavaju broj i stope abortusa. Glavni efekata je da se napravi pomak sa ilegalnih, nebezbednih procedura na legalne i bezbedne (21, 23).

Ograničenje legalnog pristupa abortusu ne smanjuje potrebu za abortusom, ali će verovatno povećati broj žena koje će potražiti ilegalan i nebezbedan abortus, što dovodi do povećanja morbiditeta i mortaliteta. Zakonska ograničenja takođe navode žene da potraže uslugu u drugim zemljama/državama (24, 25) što je skupo, odlaže pristup i stvara socijalnu nejednakost. Ograničavanje abortusa sa namerom da se poveća rast broja stanovnika dobro je dokumentovano u nekoliko zemalja. U svakom slučaju su ograničenja abortusa imala za rezultata povećan broj ilegalnih i nebezbednih abortusa i povećanje mortaliteta povezanog sa trudnoćama sa beznačajnim neto povećanjem broja stanovnika (26-29).

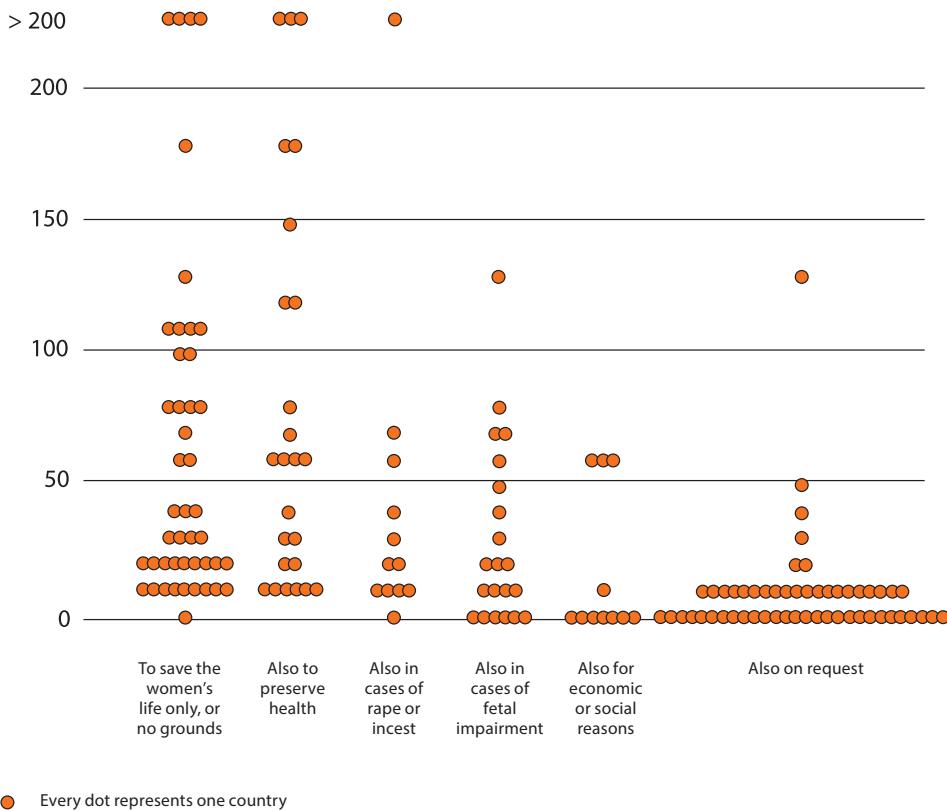
Zakoni u vezi abortusa počeli su da se liberalizuju, kroz zakonodavstvo i/ili šire tumačenje zakona i propisa, početkom 20. veka kada je nebezbedan abortus prepoznat u svom obimu kao problem javnog zdravlja. Od kasnih 1960-ih godina postoji trend u smislu liberalizacije zakonskih osnova za abortus (30). Od 1985. preko 36 zemalja je liberalizovalo svoje zakone za abortus, dok je samo nekoliko zemalja uvelo dodatna ograničenja u svoje zakone (31). Ove reforme su došle kroz sudske i zakonske akcije.

Dokazi sve više pokazuju da se, tamo gde je abortus legalan na osnovu širokih socioekonomskih osnova i na zahtev žene i gde je bezbedna usluga pristupačna, smanjuje i broj nebezbednih abortusa i sa abortusom povezanog mortaliteta i morbiditeta (32-35) (pogledajte sliku 4.1).

Pedest i sedam zemalja, koje predstavljaju skoro 40% žena sveta, dozvoljavaju abortus na zahtev trudne žene (31, 36). U tom kontekstu, konačna odluka da li da iznese ili da prekine trudnoću pripada samoj ženi. U nekim krivičnim i kaznenim propisima abortus tokom cele trudnoćem ili do određene granične gestacione starosti nije više predmet krivičnih propisa i uklonjen je kao poseban prekršaj. U takvim situacijama usluga abortusa je obično integrisana u zdravstveni sistem i regulisana zakonima, propisima i medicinskim standardima koji se odnose na sve zdravstvene usluge. Oko 20% žena sveta živi u zemljama koje imaju zakone koji omogućuju abortus na osnovu socijalnih i ekonomskih okolnosti žene (31), što podrazumeva i uticaj nastavka trudnoće na njenu postojeću decu i druge članove porodice.

Bez obzira na se navedeno, širom sveta 40% žena u reproduktivnom periodu žive u zemljama koje imaju veoma restriktivne zakone (31, 37) i/ili gde je abortus, čak i kada je zakonit, nedostupan i nepristupačan.

Slika 4.1 Smrtni ishodi koji se pripisuju nebezbednom abortusu na 100 000 živorođenih, po zakonskim osnovima za abortus



Preuzeto iz: *The World Health Report 2008 – primary health care now more than ever*. Geneva, World Health Organization, 2008.

4.2.1. Razumevanje zakonskih osnova za abortus

4.2.1.1 Kada postoji opasnost po život žene

Skoro sve zemlje dozvoljavaju da se uradi abortus kako bi se spasio život trudne žene. To je u skladu sa ljudskim pravom na život koje treba da se štiti zakonom, a podrazumeva situaciju kada trudnoća ugrožava život žene ili je život trudne žene na drugi način u opasnosti (9).

I medicinski i socijalni uslovi mogu da stvaraju uslove u kojima je ugrožen život. U nekim zemljama postoje detaljni spiskovi u kojima je navedeno šta se smatra *medicinskim stanjem* u kojem je ugrožen život. Takve liste mogu da se interpretiraju restriktivno ili se mogu smatrati konačnim, a u stvari namera im je da obezbede ilustraciju situacija koje se smatraju životno ugrožavajućim i ne isključuju kliničku procenu šta je opasno po život za svaku ženu pojedinačno. U nekim slučajevima, lekari obrazlažu odluku da je neophodno da se ženi obezbedi bezbedan abortus time što ako se to ne uradi, žena će rizikovati svoj život tako što će otići kod nekvalifikovanog pružaoca usluge (38). Primer *socijalnog stanja* koje ugrožava život je trudnoća koja upliće takozvanu porodičnu "čast". Na primer, u nekim društвima trudnoća van braka može dovesti do toga da žena bude izložena fizičkom nasilju ili čak i da bude ubijena.

- Čak i u zemljama u kojima je abortus dozvoljen samo u situacijama kada je život žene u opasnosti, neophodno je da postoji usluga abortusa koja je dostupna i poznata, kao i da su postoje obućeni zdravstveni radnici i da je široko dostupno lečenje komplikacija nebezbednog abortusa. Spašavanje života žene može biti neophodno u bilo kom momentu trudnoće i kada je potrebno abortus treba uraditi što je pre moguće kako bi se rizici po ženino zdravlje sveli na minimum. Lečenje komplikacija zbog nebezbednog abortusa treba da je obezbeđeno na takav način da se sačuva dostojanstvo i jednakost žene.

4.2.1.2 Kada postoji opasnost po zdravlje žene

Ostvarivanje ljudskih prava zahteva da žena ima pristup bezbednom abortusu kada je indikovan radi zaštite njenog zdravlja (10). Kada govorimo o fizičkom zdravlju široko je shvaćено da se su u pitanju stanja koja pogoršavaju trudnoću i ona koja se pogoršavaju usled trudnoće. Kada govorimo o mentalnom zdravlju podrazumeva se psihološki stres ili mentalna patnja izazvana, naprimjer, prinudnim ili prisilnim seksualnim činom ili dijagnozom ozbiljnog poremećaja ploda (39). Socijalne okolnosti žene takođe se uzimaju u obzir kako bi se procenio rizik po zdravlje.

- U mnogim zemljama zakon izričito ne određuje dotične aspekte zdravlja nego se samo izjavljuje da je abortus dozvoljen kako bi se sprečio rizik od povrede zdravlja trudnice. Pošto sve zemlje koje su članice SZO prihvataju definiciju zdravlja kao "stanje potpunog fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti i slabosti" (40), ovaj opis potpunog zdravlja podrazumeva se u tumačenju zakona koji odobravaju abortus kako bi se zaštitilo zdravlje žene.

4.2.1.3 Kada je trudnoća rezultat silovanja ili incesta

Zaštita žene od okrutnog, nehumanog i degradirajućeg tretmana zahteva da one žene koje su ostale trudne kao rezultat prinudnog ili prisilnog seksualnog čina mogu imati zakoniti pristup usluzi bezbednog abortusa (41). Približno 50% zemalja odražava ovaj standard i dozvoljava abortus u specifičnom slučaju silovanja ili još uopšteno, dozvoljava se abortus kada je trudnoća rezultata kriminalnog dela, kao što je to slučaj sa incestom (36). U nekim zemljama zahteva se da žena podnese prijavu za delo zakonodavnim vlastima. Drugde se zahteva forenzički dokaza seksualne penetracije ili policijska istraga da bi se potvrdilo da snošaj nije bio dobrovoljan ili eksplotativan. Odlaganje zbog ovakvih zahteva može da dovede do toga

da se ženi odbije usluga jer je pređena granica gestacione starosti koja je propisana zakonom. U mnogim kontekstima, žene koje su bile žrtve silovanja mogu da se plaše da će biti dalje stigmatizovane od strane policije ili drugih osoba i zbog toga izbegavaju prijavljivanje silovanja uopšte i to sprečava pristup legalnom abortusu. U svakom slučaju, rezultat može biti da žena potraži ilegalnu, nebezbednu uslugu kako bi prekinula svoju trudnoću.

- Brzu i bezbednu uslugu abortusa treba obezbediti na osnovu ženine žalbe pre nego da se traže forenzički dokazi ili policijsko istraživanje (42, 43). Administrativne zahteve treba svesti na minimum i treba uspostaviti jasne protokole i za policiju i za zdravstvene radnike pošto će to olakšati upućivanje i pristup zdravstvenoj zaštiti (44, 45).

4.2.1.4 Kada postoji oštećenje ploda

Zemlje sa inače restriktivnim zakonima o abortusu sve više dozvoljavaju abortus nakon dijagnoze oštećenja ploda ili anomalija zbog genetskih i drugih uzroka. Nekoliko zemalja je odredilo vrste oštećenja, kao što su ona koja se smatraju inkompatibilna sa životom ili bez mogućnosti sa samostaln život, dok u drugima postoje spiskovi oštećenja (36). Takvi spiskovi imaju tendenciju da su restriktivni i zato su prepreka u pristupu žene bezbednom abortusu. U nekim zemljama nisu napravljene reference u zakonu koje se tiču oštećenja ploda, već se zaštita zdravlja i socijalni razlozi tumače tako da obuhvataju stres trudnice izazvan dijagnozom oštećenja ploda (46, 47).

- Prenatalni testovi i usluge druge medicinske dijagnostike ne mogu zakonski biti odbijeni jer će žena možda odlučiti da prekine svoju trudnoću. Žene imaju pravo da znaju status svoje trudnoće i da deluje na osnovu te informacije.

4.2.1.5 Iz ekonomskih i socijalnih razloga

U zemljama u kojima je dozvoljen abortus iz ekonomskih i socijalnih razloga, zakonske osnove se tumače na osnovu toga da li nastavak trudnoće utiče na trenutne i dogledne okolnosti žene, što podrazumeva i postizanje najviših dostupnih standarda zdravlja. Neki zakoni tačno određuju dozvoljene razloge, kao što je trudnoća van braka, neuspšna kontracepcija ili intelektualna nesposobnost koja utiče na kapacitet da se brine za dete, dok drugi zakoni to samo impliciraju (48). Zakoni mogu takođe da traže da postoji dokaz postojanja lošijeg stanja koje je rezultat promenjenih okolnosti, na primer nepovoljne okolnosti zbog brige i obezbeđivanja potrebnog za dodatno dete pored postojećih članova porodice.

4.2.1.6 Na zahtev

- Približno trećina zemalja koje su članice UN dozvoljavaju abortus nakon slobodnog i informisanog zahteva trune žene (36). Odobravanje abortusa na zahtev pojavilo se kada su zemlje prepoznale da žene traže abortus na osnovu jednog ili često na osnovu više od jednog osnova koji su spomenuti u prethodnom tekstu i prihvatile su sve kao legitimne, bez izdvajanja posebnog razloga. Ova zakonska osnova prepoznaje stanja koja su u vezi sa ženinim slobodnim izborom. Većina zemalja koje dozvoljavaju abortus na zahtev ima ograničenja, po ovom osnovu, koja se zasnivaju na trajanju trudnoće.

4.2.1.7 Ograničenja na osnovu dužine trudnoće

Zakoni ili politika koji nameću ograničenja na osnovu dužine trudnoće u smislu do kada se abortus može obaviti, može da ima negativne posledice za žene koje su prekoračile tu granicu. Takva politika/zakoni primoravaju neke žene da potraže usluge od nebezbednih pružaoca usluga ili da same izazovu pobačaj pomoću misoprostola ili manje bezbednih metoda ili ih primoravaju da potraže usluge u drugim zemljama što je skupo, odlaže pristup (time se povećava rizik po zdravlje) i stvara socijalnu nejednakost.

Pored toga, neki konteksti pružanje usluga ograničavaju uslugu koja se pruža samo do određene granice gestacionog doba koja nije zasnovana na dokazima. Na primer, u nekim zemljama nudi se ambulantno obavljanje abortusa samo do 8 sedmica gestacije, a koji može bezbedno da se uradi čak i nakon 12-14 sedmica gestacije (pogledajte poglavlja 2 i 3). Takođe, neke zemlje nude vakuum aspiraciju samo za 6-8 sedmice, a može bezbedno da se primenjuje do 12-14 sedmica gestacije od strane obučenog zdravstvenog radnika. Ovakva politika takođe ohrabruje nastavak upotrebe manje bezbednih procedura, kao što je dilatacija i kiretaža.

4.2.2 Zakonske, regulativne i administrativne prepreke za pristup bezbednom abortusu u kontekstu ljudskih prava

Zakonske osnove i doseg njihove interpretacije samo su jedna dimenzija zakonskog i političkog okruženja koji utiču na ženin pristup bezbednom abortusu. Prepreke od strane zdravstvenog sistema i prepreke za pružanje usluga, ko što su objašnjenje u poglavlju 3, mogu takođe biti određene zakonima, propisima, politikom i praksom. Zakoni, politika i praksa koji ograničavaju pristup informacijama o abortusu i uslugama mogu da odvrate ženu od traženja pomoći i da kreiraju "efekat hlađenja" (suzbijanje delovanja zbog straha od odmazde i kazni) za pružanje bezbedne, legalne usluge. Primeri ovih prepreka podrazumevaju:

- zabrana pristupa informaciji o usluzi legalnog abortusa ili neuspeh pružanja javne informacije o legalnom statusu abortusa;
- zahtevanje dodatnih odobrenja od jednog ili više medicinskih profesionalaca ili bolničkog odbora, suda ili policije, roditelja ili staratelja ili ženinog partnera ili supružnika;
- ograničavanje dostupnih metoda abortusa, što podrazumeva hirurške i medicinske metode, u vidu npr. nedostatka regulatornog odobrenja za neophodne lekove;

- ograničenje da samo neki zdravstveni radnici i ustanove mogu bezbedno da pružaju usluge, npr. samo lekari u bolničkim ustanovama sa sofisticiranim opremom;
- neuspeh da se pacijentkinja uputi u drugu ustanovu u slučaju prigovora savesti;
- zahtevanje obaveznih perioda čekanja;
- cenzurisanje, zadržavanje i namerno pogrešno prezentovanje informacija koje se odnose na zdravlje;
- isključivanje usluge abortusa sa liste usluga koje pokriva zdravstveno osiguranje ili da nije ostvaren ukidanje ili smanjenje novčana nadoknada za usluge za siromašne žene i adolescentkinje (pogledajte poglavlje 3);
- nemogućnost da se garantuje poverljivost i privatnost, podrazumeva se i za lečenje komplikacija abortusa (pogledajte poglavlje 3);
- zahtevanje od žene da navede imana pružaoca usluge pre započinjanja lečenja komplikacija ilegalnog abortusa;
- restriktivno tumačenje zakonskih osnova.

Ove prepreke doprinose nebezbednom abortusu jer:

- odbijaju žena od toga da potraže pomoći i zdravstvene radnike za dobijanje usluge unutar formalnog zdravstvenog sistema;
- izazivaju odlaganje pristupa usluzi, što može imati kao krajnji rezultat i odbijanje da se usluga uradi zbog prekoračenja granica gestacione starosti propisanih zakonom;
- stvaraju složene i otežavajuće administrativne procedure;
- povećavaju troškove za dobijanje usluge abortusa;
- ograničavaju dostupnost usluga i njihovu podjednaku geografsku distribuciju.

Slede detalji o izabranim političkim barijerama.

4.2.2.1 Pristup informaciji

Pristup informaciji je ključna odrednica za bezbedan abortus. Krivični zakoni, što obuhvata zakone o pružanju informacije koja se odnosi na abortuse, i stigmatizacija abortusa odbijaju mnoge žene od toga da potraže informacije o legalnim uslugama od zdravstvenih radnika sa kojima su inače u kontaktu. Žene možda ne žele da konsultuju svoje redovne zdravstvene radnike i možda žele da potraže uslugu van svojih zajednica.

Mnoge žene i zdravstveni radnici koji pružaju usluge (kao i policajci i službenici suda) ne znaju šta zakon dozvoljava u odnosu na abortus (50, 51). Na primer, u zemlji gde je abortus dozvoljen do 20 sedmica trudnoće kako bi se zaštitilo zdravlje žene ili zbog neuspešnosti kontracepcije, istraživanje je pokazalo da više od 75% žena i muškaraca koji su u braku nisu znali da je abortus legalan u ovim okolnostima (52). Strategije javnog zdravlja ili propisi mogu da sadrže posebne odredbe koje objašnjavaju kako da se tumači zakon o abortusu. Međutim, u mnogim zemljama ne postoji formalno tumačenje (53). Strah da će se prekršiti zakon dovodi do efekata hlađenja. Žene se obeshrabruju da potraže uslugu u okviru formalnog zdravstvenog sektora. Profesionalni zdravstveni radnici imaju tendenciju da su preterano oprezni kada odlučuju da li su ispunjene zakonske osnove za abortus i na taj način uskraćuju ženama uslugu na koju imaju puno zakonsko pravo. U drugim slučajevima, informacije nisu adekvatne ili su protivurečne, na primer o odgovarajućim dozama lekova za medicinski abortus.

- Pružanje informacije o bezbednom, legalnom abortusu je ključno kako bi se zaštitilo zdravlje žena i njihova ljudska prava. Države treba da dekriminalizuju pružanje informacija koje se odnose na legalni abortus i treba da obezbede jasne smernice kako da se tumače i primenjuju zakoni

o abortusu, kao i informacije o tome kako i gde se dobija usluga koja je u zakonskim okvirima. Zakonodavci, sudije, tužioци i kreatori politike takođe treba da shvate koja je dimenzija ljudskih prava i zdravlja u dostupnosti legalnih usluga bezbednog abortusa, a koje postaju dostupne kroz obuku ili druge odgovarajuće ciljane informacije.

4.2.2.2 Odobrenje od treće strane

Zahtev da je potrebno odobrenje od partnera ili roditelja može da odvrati ženu od toga da potraži bezbednu, legalnu uslugu (54). Pristup zdravstvenoj zaštiti takođe može biti nepotrebno odlagan zbog zahtevnih procedura dobijanja medicinskog odobrenja, posebno kada su potreban specijalista ili bolnički odbor nedostupni. Traženje odobrenje od supružnika, roditelja ili bolničkih vlasti može da povredi pravo na privatnost i ženin pristup zdravstvenoj zaštiti koje se zasniva na jednakosti muškaraca i žena (8, 16). Pregovaranje u okviru procesa odobravanja neproporcionalno opterećuje siromašne žene, adolescentkinje, one žene koje su manje obrazovane i oke koje su žrtve, ili su u riziku od svađa i nasilja u kući. Odobrenje roditelja, koje se često zasniva na arbitarnim granicama starosti, negira prepoznavanje kapaciteta razvoja mladih žena (55).

- Da bi žene dobile uslugu abortusa kao uslov ne treba tražiti odobrenje od treće strane. Kako bi se najbolje zaštitili interesi i dobrobit manjina, a uzimajući u obzir kapacitet razvoja i napredovanja, političke smernice i praksa treba da ohrabre, ali ne i da zahtevaju, uključivanje roditelja kroz podršku, informacije i obrazovanje (pogledajte takođe poglavlje 3).

4.2.2.3 Obezbeđivanje neophodnih lekova

Medicinske metode abortusa mogu biti nedostupne zbog nedostatka regulatornih odobrenja ili registracije neophodnih lekova. Oba leka mifepriston i misoprostol nalaze se na model listi neophodnih lekova SZO od 2005. godine (56, 57), a opet mnoge zemlje nisu registrovale lekove ili ih stavile na nacionalnu

listi neophodnih lekova. Ponekad i nakon odobrenja postoje zakonske zabrane za distribuciju lekova.

- Registracija i distribucija adekvatnih zaliha lekova za medicinski abortus (pogledajte poglavlje 3) neophodna je za poboljšanje kvaliteta usluga abortusa, za bilo koju zakonsku indikaciju. Pristup neophodnim lekovima takođe je neophodan kako bi se izbeglo oštećenje zdravlja žena nastalo usled upotrebe neregistrovanih lekova kupljenih kroz kanale u kojima se ne kontroliše kvalitet.

4.2.2.4 Propisi u vezi ustanova i zdravstvenih radnika

Ograničenja u vidu toga da su za pružanje usluge abortusa zakonski ovlašćeni samo određeni pružaoci usluga (npr. samo ginekolozи) ili ustanove (npr. samo one tercijarnog nivoa) smanjuje dostupnost usluga i nepovoljno utiče na ravnomernost geografske distribucije zbog čega žene treba da putuju u udaljenija mesta da bi ostvarile zdravstvenu zaštitu i na taj način se podižu troškovi i odlaže pristup (58).

- Propisi u vezi sa ustanovama i zdravstvenim radnicima koji pružaju usluge treba da se zasnovaju na dokazima, a kako bi se zaštitili od prekomerne medikalizacije, proizvoljnih i drugih nerazumnih zahteva. Propisi koji se odnose na ustanovu i pružaoca usluga treba da se zasnovaju na kriterijumima koji se trenutno zahtevaju za pružanje zdravstvene zaštite u vidu abortusa (pogledajte poglavlje 3). Vakuum aspiracija i medicinski metodi preporučeni u poglavljima 2 mogu da se bezbedno obavljaju na nivou primarne zdravstvene zaštite od strane zdravstvenih radnika srednjeg stepena (59, 60). Propise koji se odnose na ustanovu i pružaoca usluga treba usmeravati tako da se osigura da metode preporučene od strane WHO mogu da se obezbede bezbedno i efikasno.

4.2.2.5 Prigovor savesti

Profesionalni zdravstveni radnici ponekad sebe izuzmu iz procesa obavljanje usluge abortusa na osnovu

prigovara savesti, a ne upute ženu dalje drugom zdravstvenom radniku. U odsustvu odmah dostupnog zdravstvenog radnika koji može da obavi abortus, na ovaj način može doći do kašnjenja u pružanju zdravstvene zaštite ženi kojoj je potreban bezbedan abortus što povećava rizik za njeno zdravlje i život. Lako je pravo na slobodu misli, savesti i veroispovesti zaštićeno međunarodnim zakonom o ljudskim pravima taj zakon takođe propisuje da sloboda, da neko iskazuje svoja verovanja i religiju, može biti subjekt ograničenja neophodnih da se zaštite osnovna ljudska prava drugih (61). Zato zakoni i propisi ne treba da daju za pravo zdravstvenim radnicima i ustanovama da spreče ženi pristup zdravstvenim uslugama koje su zakonom dozvoljene (62).

- Profesionalni zdravstveni radnici koji se pozivaju na prigovor saveti moraju da upute ženu kod drugog zdravstvenog radnika koji je voljan i obučen da obavi abortus u istoj ili drugoj zdravstvenoj ustanovi koja je lako dostupna, a u skladu sa nacionalnim zakonima. Tamo gde nema mogućnosti da se žena uputi drugde, profesionalni zdravstveni radnici koji izražava prigovor savesti mora da obavi abortus kako bi spasio život žene ili da bi se sprečilo oštećenje njenog zdravlja. Zdravstvene službe treba da su organizovane tako da se osigura da ostvarivanje prava na prigovor savesti profesionalnog zdravstvenog radnika u profesionalnom kontekstu ne sprečava pacijente u ostvarivanju pristupa uslugama na koje imaju pravo po zakonima koji se primenjuju.

4.2.2.6 Periodi čekanja

Obavezan period čekanja često se zahteva na osnovu zakona i propisa i/ili administrativnih procedura koje traže ustanove ili pojedinačni zdravstveni radnici koji pružaju uslugu. Obavezni periodi čekanja mogu da izazovu kašnjenje u pružanju zdravstvene zaštite što može da ugrozi ženin pristup usluzi bezbednog, legalnog abortusa i diskvalificuje ženu kao kompetentnog donosioca odluke (24, 43).

- Države i drugi pružaoci zdravstvenih usluga treba da osiguraju da se zdravstvena zaštita u vidu abortusa pruža na način da se poštuje žena kao donosioc odluke. Periodi čekanje ne smeju da ugroze ženin pristup usluzi bezbednog, legalnog abortusa. Države treba da razmotre da se ukinu periodi čekanja koji nisu medicinski potrebnii da se prošire usluge kako bi sve podobne žene odmah mogle da ostvare uslugu.

4.2.2.7 Cenzurisanje, zadržavanje i namerno pogrešno tumačenje informacija u vezi zdravlja

Žene imaju pravo da budu u potpunosti informisane o svojim opcijama u vezi zdravstvene zaštite i to od strane na odgovarajući način obučenog osoblja, što podrazumeva i informaciju o verovatnim benefitema i potencijalnim neželjenim efektima predložene procedure i dostupnih alternativa (8). Cenzurisanje, zadržavanje i namerno pogrešno tumačenje informacija o uslugama abortusa može dovesti do nedovoljnog pristupa uslugama ili kašnjenja, što povećava rizik po zdravlje žene. Pružanje informacija je neophodan deo kvalitetne usluge abortusa (pogledajte okvir 4.2 i tako-

đe pogledajte poglavje 2 "Informacije i savetovanje").

Informacije moraju biti potpune, tačne i lako razumljive i pružena na takav način da se pomaže ženi da slobodno da svoj informisani pristanak, da se poštuje njeno dostojanstvo, garantuje njena privatnost i poverljivost i da se ima sluga za njene potrebe i viđenja (8).

- Države treba da se suzdrže od ograničavanja pristupa sredstvima za čuvanje seksualnog i reproduktivnog zdravlja, što podrazumeva cenzurisanje, zadržavanje i namerno pogrešno tumačenje informacija u vezi sa zdravljem (63).

4.2.2.8 Pristup lečenju komplikacija abortusa

Zdravstveni radnici su u obavezi da obezbede zdravstvenu zaštitu kojom se spašava život bilo kojoj ženi koja ima komplikacije zbog nebezbednog abortusa, bez obzira na zakonske propise o abortusu (19). Međutim, u nekim slučajevima, lečenje komplikacija abortusa obavlja se samo pod uslovom da žena prethodno da informacije o osobi/osobama koje su obavile ilegalan abortus. Ovo se smatra mučenjem i ponašanjem na nehuman i degradirajući način (20).

OKVIR 4.2

Neophodne informacije za ženu

- Žena ima pravo da slobodno i odgovorno odluči da li će i kada će imati decu bez prinude, diskriminacije ili nasilja.
- Kako dolazi do trudnoće, koji su njeni znaci i simptomi i gde može da uradi test na trudnoću.
- Kako da spreči neplaniranu trudnoću, što podrazumeva gde i kako da dobije kontraceptivna sredstva, što podrazumeva i kondome.
- Kako i gde može da dobije uslugu bezbednog, legalnog abortusa i koliko to košta.
- Detalji o zakonskim ograničenjima koje se odnose na maksimalnu gestacionu starost do koje se može obaviti abortus.
- Da je abortus veoma bezbedna metoda, ali da rizik od komplikacija povećava sa gestacionom starošću.
- Kako da prepozna komplikacije spontanog pobačaja i nebezbednog abortusa, važnost da se odmah potraži pomoć kako bi se spasio život i kada i gde se mogu dobiti usluge.

- Treba ukinuti praksu iznuđavanja priznanje od žene koja traži hitnu medicinsku pomoć zbog komplikacija ilegalnog abortusa, kao i zakonske obaveze da lekari ili drugo zdravstveno osoblje moraju da podnesu prijavu u slučajevima žena koje su imala abortus. Države imaju obavezu da odmah obezbede bezuslovno lečenje bilo koje osobe koja traži hitnu medicinsku pomoć (19, 20, 41).

4.2.2.9 Restriktivna interpretacija zakona o abortusu

Da bi se ispoštovala, zaštitila i ispunila ljudska prava potrebno je vlade obezbede usluge abortusa koje zakon dozvoljava i koje su dostupne u praksi (10, 64). Potrebno je da su dostupni institucionalni i administrativni mehanizmi koji treba da štite od nepotrebno restriktivnih tumačenja zakonskih osnova. Ovi mehanizmi treba da omoguće da odluke pružaoca usluge i administratora ustanove revidira nezavisno telo koje treba da uzme u obzir poglede trudne žene i treba da obezbedi pravovremeno rešenje za proces koji se revidira (64).

4.3 Stvaranje adekvatnog okruženja

Stvaranje adekvatnog okruženja potrebno je kako bi se osiguralo da svaka žena koja je zakonski podobna ima odmah pristup bezbednom abortusu. Političke smernice treba da idu u pravcu poštovanja, zaštite i ispunjavanja ljudskih prava za žene, da se postignu pozitivni ciljevi vezani za zdravlje žena, da se obezbedi kvalitetna informacija i usluga u vezi sa kontracepcijom i da se odgovori na posebne potrebe grupa kao što su siromašne žene, adolescentkinje, žene koje su preživele silovanje i žene koje žive sa HIV-om. Poštovanje, zaštita i ispunjavanje ljudskih prava zahtevaju da postoje sveobuhvatni propisi i političke smernice i da odgovaraju na sve stavke navedene u odeljku 4.2.2 kako bi se osiguralo da abortus bude bezbedan

i pristupačan. Postojeće političke odredbe treba da se preispitaju kako bi se utvrdilo gde postoje praznine i gde je potrebno poboljšanje (pogledajte isto i poglavlje 3).

Političke odredbe treba da streme da se:

- poštiju, štite i ispunjavaju ljudska prva žena, što podrazumeva ženino dostojanstvo, autonomiju i jednakost;
- promoviše i štiti zdravlje žena kao stanje potpuno fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja;
- svede na minimum stopu neplaniranih trudnoća tako što će se obezbediti informacije i usluge vezane za kontracepciju, što podrazumeva i širok spektar kontraceptivnih metoda, hitnu kontracepciju i sveobuhvatnu seksualnu edukaciju;
- smanji maternalni mortalitet i morbiditet koji je posledica nebezbednog abortusa tako što će se obezbediti da svaka žena, koja ima pravo na legalan abortus, ima pristup bezbednim i pravovremenim uslugama, što podrazumeva i kontracepciju nakon abortusa;
- odgovori na posebne potrebe žene koje pripadaju vulnerabilnim grupama ili su u nepovoljnem položaju kao što su siromašne žene, adolescentkinje, žene koje su same, izbeglice i raseljena žene, žene koje žive sa HIV-om i one žene koje su preživele silovanje.

Dok se zemlje razlikuju po preovlađujućim uslovima u nacionalnim zdravstvenim sistemima i ograničenjima dostupnih resursa, sve zemlje mogu odmah da preduzmu ciljane korake za elaboraciju sveobuhvatne politike kojom se proširuje pristup uslugama vezanim za seksualno i reproduktivno zdravlje, što podrazumeva i bezbedan abortus i sa njim povezanu zdravstvenu zaštitu.

Reference

1. Ahman E, Shah IH. New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2011, 115:121–126.
2. *Global burden of disease 2004 update*. Geneva: World Health Organization, 2008.
3. *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*, 6th ed. Geneva, World Health Organization, 2011.
4. Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet*, 2006, 368:1887–1892.
5. Shah I, Ahman E. Unsafe abortion: global and regional incidence, trends, consequences and challenges. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 2009, 31:1149–1158.
6. *Key actions for the further implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development, adopted by the twenty-first special session of the General Assembly, New York, 30 June–2 July 1999*. New York, United Nations, 1999.
7. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva, World Health Organization, 2003.
8. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. General recommendation no. 24: *Women and health* (article 12). United Nations, 1999.
9. Human Rights Committee. *General comment no. 28: equality of rights between men and women (article 3)*, 20 March 2000. United Nations; Human Rights Committee. *Concluding observations: Ecuador*, 18 August 1998. United Nations; Human Rights Committee. *Concluding observations: Guatemala*, 27 August 2001. United Nations; Human Rights Committee. *Concluding observations: Poland*, 2 December 2004. United Nations. Human Rights Committee. *Concluding observations: Madagascar*, 11 May 2007. United Nations, Human Rights Committee. *Concluding observations: Chile*, 18 May 2007. United Nations; Human Rights Committee. *Concluding observations: Colombia*, 26 May 2004. United Nations; Human Rights Committee. *Karen Noella Llantoy Huaman v. Peru*, Communication no. 1153/2003, UN Doc. CCPR/C/85/D/1153/2003, 2005; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding observations: Colombia*, 5 February 1999. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding comments: Nicaragua*, 2 February 2007. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Brazil*, 10 August 2007. United Nations; Committee on Economic Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Nepal*, 24 September 2001. United Nations; Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Costa Rica*, 22 April 2008. United Nations; Committee on the Rights of the Child. *Concluding observations: Chile*, 23 April 2007. United Nations; *Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa*, adopted 11 July 2003, Article 14.2. Maputo, African Commission on Human and People's Rights.

10. Committee on Economic Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Malta*, 4 December 2004. United Nations; Committee on Economic Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Monaco*, 13 June 2006. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *General recommendation no. 24: Women and health* (article 12). United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding observations: Colombia*, 5 February 1999. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Dominican Republic*, 18 August 2004. United Nations; *Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa*, adopted 11 July 2003, Article 14.2. Maputo, African Commission on Human and People's Rights.
11. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Nepal*, 29 August 2001. United Nations; Committee on Economic Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Malta*, 4 December 2004. United Nations; Committee on Economic, Social and Cultural Rights, *Concluding observations: Chile*, 1 December 2004. United Nations; Committee on Economic Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Monaco*, 13 June 2006. United Nations; Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Costa Rica*, 22 April 2008; United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Colombia*, 5 February 1999. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Sri Lanka*, 1 February 2002. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Honduras*, 10 August 2007. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. L.C. v. Peru, CEDAW/C/50/D/22/2009, 4 November 2011. United Nations; Committee on the Rights of the Child. *Concluding observations: Chile*, 23 April 2007; *Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa*, adopted 11 July 2003, Article 14.2. Maputo, African Commission on Human and People's Rights.
12. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Colombia*, 5 February 1999. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Mauritius*, 17 March 2006. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Chile*. 25 August 2006. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding comments: Nicaragua*, 2 February 2007. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Brazil*, 10 August 2007; United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Liechtenstein*, 10 August 2007. United Nations. Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding comments: Honduras*, 10 August 2007. United Nations; Human Rights Committee. *Concluding observations: El Salvador*, 18 November 2010. United Nations; Human Rights Committee. *Concluding observations: Guatemala*, 27 August 2001. United Nations.
13. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *General recommendation no. 24: Women and health* (article 12). United Nations, 1999; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding comments: Honduras*, 10 August 2007. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding observations: Nicaragua*, 2 February 2007. United Nations; Committee on the Rights of the Child, *General comment no. 4 Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child*. United Nations, 2003; Committee on the Rights of the Child, *Concluding observations: Chile*, 23 April 2007. United Nations. *Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa*, adopted 11 July 2003, Article 14.2. Maputo, African Commission on Human and People's Rights.
14. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *General recommendation no. 24: Women and health* (article 12). United Nations, 1999.

15. Committee on Economic Social and Cultural Rights. *General comment no. 14: The right to the highest attainable standard of health* (article 12) United Nations, 2000; Committee on the Rights of the Child. *General comment no. 4 Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child*. 01 July 2003. United Nations; European Court of Human Rights. *Case of Tysiak v. Poland*. Council of Europe, 2007 (Application no. 5410/03); European Court of Human Rights. *Case of Open Door Counselling and Dublin Well Woman v. Ireland*, 1992, Series A, no. 246. Council of Europe.
16. Human Rights Committee. *General comment no. 28: equality of rights between men and women* (article 3). United Nations 2000; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *General recommendation no. 24: Women and health* (article 12). United Nations, 1999.
17. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *General recommendation no. 24: Women and health* (article 12). United Nations, 1999; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Colombia*. United Nations, 1999; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding comments: Nicaragua*, 2 February 2007. United Nations; Human Rights Committee *Concluding observations: Zambia*, 9 August 2007. United Nations; European Court of Human Rights, *R.R. v. Poland*, App. No. 27617/04, Eur. Ct. H.R, Council of Europe, 2011.
18. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *L.C. v. Peru*, CEDAW/C/50/D/22/2009, 4 November 2011. United Nations; European Court of Human Rights. *Tysiqc v. Poland*, App. no. 5410/03. Council of Europe, 2007; European Court of Human Rights. *A.B.C. v. Ireland*, App. no. 25579/05. Council of Europe, 2004.
19. Committee against Torture. *Concluding observations on Chile*, 14 June 2004. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding comments: Sri Lanka*, 1 February 2002. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding comments: Mauritius*, 17 March 2006. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Chile*, 25 August 2006. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Brazil*, 10 August 2007. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding observations: Honduras*, 10 August 2007. United Nations.
20. Committee against Torture *Concluding observations on Chile*, 14 June 2004. United Nations.
21. Sedgh G, et al. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet*, 2012, 379:625–632.
22. Levine PB, Staiger D. Abortion policy and fertility outcomes: the Eastern European experience. *Journal of Law and Economics*, 2004, XLVII:223–243.
23. Grimes D et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet*, 2006, 368:1908–1919.
24. Joyce et al. *The impact of state mandatory counselling and waiting period laws on abortion: a literature review*. New York, Guttmacher Institute, 2009.
25. Payne D. More British abortions for Irish women. *British Medical Journal*, 1999, 318(7176):77.
26. David HP. Soviet Union. In: *Abortion research: international experience*. HP David, ed. Lexington, MA, Lexington Books, 1974.
27. Serbanescu et al. The impact of recent policy changes on fertility, abortion, and contraceptive use in Romania. *Studies in Family Planning*, 1995, 26(2):76–87.
28. Zhirova IA et al. Abortion-related maternal mortality in the Russian Federation. *Studies in Family Planning*, 2004, 35(3):178–188.

29. *Millennium development goals in Russia: looking into the future*. Moscow, United Nations Development Programme, 2010.
30. Cook RJ, Dickens BM. Human rights dynamics of abortion law reform. *Human Rights Quarterly*, 2003, 25:1–59.
31. Boland R, Katzive L. Developments in laws on induced abortion: 1998–2007. *International Family Planning Perspectives*, 2008, 34:110–120.
32. Berer M. National laws and unsafe abortion: the parameters of change. *Reproductive Health Matters*, 2004, 12:1–8.
33. Bartlett LA et al. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, 2004, 103:729–737.
34. Jewkes R et al. The impact of age on the epidemiology of incomplete abortions in South Africa after legislative change. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2004, 112:355–359.
35. *World Health Report 2008 – Primary health care: now more than ever*. Geneva, World Health Organization, 2008.
36. UN Department for Economic and Social Affairs. *World abortion policies 2011*. New York, Population Division, United Nations, 2011.
37. Singh S et al. *Abortion worldwide: a decade of uneven progress*. New York, Guttmacher Institute, 2009.
38. Oye-Adeniran BA, Umoh AV, Nnatu SNN. Complications of unsafe abortion: a case study and the need for abortion law reform in Nigeria. *Reproductive Health Matters*, 2002, 10:19–22.
39. Human Rights Committee. *Karen Noella Llantoy Huaman v. Peru*. Communication no. 1153/2003, UN Doc. CCPR/C/85/D/1153/2003, 2005. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *L.C. v. Peru*, CEDAW/C/50/D/22/2009, 4 November 2011. United Nations; Committee against Torture. *Concluding observations: Peru*, 16 May 2006. United Nations.
40. Constitution of the World Health Organization, 47th ed. Geneva, World Health Organization, 2009.
41. Human Rights Committee. *General comment no. 28: equality of rights between men and women (article 3)*. 20 March 2000. United Nations.
42. *Clinical management of rape survivors: developing protocols for use with refugees and internally displaced persons*. Geneva, World Health Organization, 2004.
43. Cook RJ, Dickens BM, Fathalla MF. *Reproductive health and human rights: integrating medicine, ethics and law*. Oxford, Oxford University Press, 2003.
44. Billings D et al. Constructing access to legal abortion services in Mexico City. *Reproductive Health Matters*, 2002, 10:87–95.
45. Villela WV, Oliveira Araujo M. Making legal abortion available in Brazil: partnership in practice. *Reproductive Health Matters*, 2000, 8:77–82.
46. Cook RJ, Ngwena CG. Women's access to health care: the legal framework. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2006, 94:216–225.
47. Cook RJ et al. Prenatal management of anencephaly. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2008, 102:304–308.
48. Becker D, Garcia SG, Larsen U. Knowledge and opinions about abortion law among Mexican youth. *International Family Planning Perspectives*, 2002, 28:205–213.
49. Goldman LA et al. Brazilian obstetrician-gynecologists and abortion: a survey of knowledge, opinions and practices. *Reproductive Health*, 2005, 2:10.
50. Jewkes R et al. Why are women still aborting outside designated facilities in metropolitan South Africa? *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2005, 112:1236–1242.
51. Morroni C, Myer L, Tibazarwa K. Knowledge of the abortion legislation among South African women: a cross-sectional study. *Reproductive Health*, 2006, 3:7.

52. Iyengar K, Iyengar SD. Elective abortion as a primary health service in rural India: experience with manual vacuum aspiration. *Reproductive Health Matters*, 2002, 10:54–63.
53. Cook RJ, Erdman JN, Dickens BM. Achieving transparency in implementing abortion laws. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2007, 99:157–161.
54. Mundigo A, Indriso C. *Abortion in the developing world*. London and New York, Zed Books, 1999.
55. Cook RJ, Erdman JN, Dickens BM. Respecting adolescents' confidentiality and reproductive and sexual choices. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2007, 92:182–187.
56. WHO model list of essential medicines, 16th ed. Geneva, World Health Organization, 2010.
57. PATH, World Health Organization, United Nations Population Fund. *Essential medicines for reproductive health: guiding principles for their inclusion on national medicines lists*. Seattle, WA, PATH, 2006.
58. Scott Jones B, Weitz TA. Legal barriers to second-trimester abortion provision and public health consequences. *American Journal of Public Health*, 2009, 99(4):623–630.
59. Warriner IK et al. Rates of complication in first-trimester manual vacuum abortion done by doctors and mid-level providers in South Africa and Vietnam: a randomised controlled equivalence trial. *Lancet*, 2006, 368:1965–1972
60. Warriner IK et al. Can midlevel health-care providers administer early medical abortion as safely and effectively as doctors? A randomised controlled equivalence trial in Nepal. *Lancet*, 2011, 377:1155–1161.
61. International Covenant on Civil and Political Rights, entry into force 23 March 1976, Article 18. United Nations.
62. European Court of Human Rights, *Kontaktinformation-Therapie and Hagen v. Austria*, 57 Eur. Ct. H.R. 81. Council of Europe, 1988.
63. Committee on Economic Social and Cultural Rights. *General comment no. 14: The right to the highest attainable standard of health* (article 12), 2000. United Nations.
64. Committee on the Elimination of Discrimination against Women, L.C. v. Peru, CEDAW/C/50/D/22/2009, 4 November 2011. United Nations; European Court of Human Rights. *Case of Tysiak v. Poland*. Application no. 5410/03. Council of Europe, 2007; *Paulina del Carmen Ramirez Jacinto, Mexico, Friendly Settlement, Report No. 21/07, Petition 161–01, 9 March 2007*. Inter-American Commission on Human Rights, 2007.

DODATAK 1

Praznine u istraživanju identifikovane tokom tehničkih konsultacija

- Efikasnost nižih doza (kao što je 600 µg) misoprostola koji se koristi nakon mifepristona (200 mg) u ranijim gestacionim dobima ili za određene puteve primene.
- Da li postoji benefit kada se početna doza, koja je veća od ponavljenih doza misoprostola, koristi tokom medicinskog prekida trudnoće u drugom trimestru.
- Identifikacija najefikasnije kombinacije lekova za medicinski abortus između 9 i 12 sedmice gestacije.
- Identifikacija perioda između mifepristona i misoprostola koji žene preferiraju, imajući u vidu da je vreme kada se postiže najveća efikasnost za abortus između 24 i 48 sata.
- Evaluacija da li priprema cerviksa ima efekta na bol koji žene osećaju tokom hirurškog abortusa.
- Evaluacija da li priprema cerviksa ima efekta na komplikacije hirurškog abortusa u kasnom periodu prvog trimestra (9-12 sedmica gestacije).
- Rizik i benefit pripreme cerviksa i da li se razlikuju u zavisnosti o stepena iskustva koje ima pružalac usluge.
- Utvrđivanje da li je farmakokinetika karboprosta slična kao i kod gemeprosta.
- Evaluacija algoritama za praćenje nakon medicinskog i hirurškog abortusa.
- Evaluacija bezbednosti upotrebe kontraceptiva (posebno IUS, implantata i injekcionih preparata) nakon medicinskog abortusa.
- Procena koliko treba da je dug period odlaganja nakon koga je bezbedno da se postavi IUS.
- Evaluacija opcija za najbolju kontrolu bola za abortuse u prvom i u drugom trimestru.
- Evaluacija uloge novčane nadoknade pružaocima usluga kao provizije za abortus i da li ona pravi razliku i utiče na pristupačnost uslugama abortusa.
- Identifikacija načina na koje žene plaćaju za abortuse i da li se ta informacija može iskoristiti da bi se obezbedile pravednije usluge.
- Evaluacija efekata interneta, telemedicine, socijalnog marketinga i drugih sličnih servisa na bezbedno pružanje usluge abortusa i na pristupačnost usluge.

DODATAK 2

Završna GRADE pitanja i ishodi

1. Kada mifepriston nije dostupan, koji je preporučeni metod za medicinski abortus do 12 sedmica gestacije?
 - a. Ishod 1: nije uspešno završen abortus
 - b. Ishod 2: nastavak trajanja trudnoće
 - c. ishod 3: neželjena dejstva (ukupno, pojedinačno)
 - d. Ishod 4: trajanje abortusa od započinjanja tretmana
 - e. Ishod 5: druge komplikacije povezane sa procedurom
2. Koji metod za kontrolu bola treba dase koristi kod hirurškog abortusa do 12-14 sedmica gestacije?
 - a. Ishod 1: efikasnost u smanjenju bola tokom procedure
 - b. Ishod 2: neželjeni efekti (ukupno, pojedinačni)
 - c. Ishod 3: komplikacije povezane sa metodama kontrole bola
3. Da li treba da se koriste antibiotici kako bi se sprečila infekcija nakon abortusa?
 - a. Ishod 1: infekcija
 - b. Ishod 2: neželjeni efekti (ukupno, pojedinačno)
 - c. Ishod 3: komplikacije
 - d. Ishod 4: cena
4. Koji je preporučeni medicinski režim doziranja za abortus do 12 sedmica trudnoće?
 - a. Ishod 1: nije uspešno završen abortus
 - b. Ishod 2: nastavak trajanja trudnoće
 - c. ishod 3: neželjena dejstva (ukupno, pojedinačno)
 - d. Ishod 4: trajanje abortusa od započinjanja tretmana
 - e. Ishod 5: druge komplikacije povezane sa procedurom

5. Koji je preporučen metod abortusa nakon 12 sedmica gestacije?

- a. Ishod 1: nije uspešno završen abortus
- b. Ishod 2: nastavak trajanja trudnoće
- c. ishod 3: neželjena dejstva (ukupno, pojedinačno)
- d. Ishod 4: trajanje abortusa od započinjanja tretmana
- e. Ishod 5: druge komplikacije povezane sa procedurom

6. Kako treba tretirati nekompletne abortuse?

- a. Ishod 1: nije uspešno završen abortus
- b. ishod 3: neželjena dejstva (ukupno, pojedinačno)
- c. Ishod 4: trajanje abortusa od započinjanja tretmana
- d. Ishod 5: druge komplikacije povezane sa procedurom

7. Koji metod medicinskog abortusa treba da se koristi nakon 12 sedmica gestacije?

- a. Ishod 1: kompletno završen abortus
- b. ishod 2: neželjena dejstva (ukupno, pojedinačno)
- c. Ishod 3: komplikacije povezane sa procedurom
- d. Ishod 4: trajanje abortusa od započinjanja tretmana

8. Kako treba da se postigne priprema cerviksa pre hirurškog abortusa?

- a. Ishod 1: uspešna dilatacija cerviksa
- b. Ishod 2: stepen (u mm) dilatacije cerviksa
- c. Ishod 3: prihvatanje pacijentkinje
- d. Ishod 4: trajanje procedure
- e. Ishod 5: trajanje abortusa od započinjanja tretmana
- f. Ishod 6: neželjena dejstva (ukupno, pojedinačno)
- g. Ishod 7: komplikacije

9. Kome treba uraditi pripremu cerviksa pre hirurškog abortusa?

- a. Ishod 1: nema potrebe za daljom dilatacijom
- b. Ishod 2: stepen (u mm) dilatacije cerviksa
- c. Ishod 3: želje pacijentkinje
- d. Ishod 4: komplikacije

10. Koje metode za kontrolu bola treba koristiti za medicinski abortus?

- a. Ishod 1: neželjena dejstva (ukupno, pojedinačno)
- b. Ishod 2: komplikacije
- c. Ishod 3: trajanje abortusa od započinjanja tretmana
- d. ishod 4: efikasnost u vidu smanjenja bola koji je posledica procedure

11. Da li treba da se preporuči ultrazvučni pregled pre abortusa?

- a. Ishod 1: komplikacije
- b. Ishod 2: nije uspešno završen abortus

12. Koji metod hirurškog abortusa treba da se koristi pre 12 sedmica gestacije?

- a. Ishod 1: nije uspešno završen abortus
- b. Ishod 2: neželjena dejstva (ukupno, pojedinačno)
- c. Ishod 3: druge komplikacije povezane sa procedurom

13. Treba li žena da se rutinski kontroliše nakon indukovanih abortusa?

- a. Ishod 1: komplikacije
- b. Ishod 2: troškovi
- c. Ishod 3: prihvatanje od strane pacijentkinje

¹ Uzmite u obzir da su u preporukama (Dodatak 5) ova pitanja odvojena u dve grupe preporuka na osnovu gestacionog doba <9 sedmica i gestacionog doba 9-12 sedmica

DODATAK 3

Standardni GRADE kriterijumi za određivanje jačine dokaza

Pogledajte reference 19-23

Domen	Stepen	Karakteristika												
Dizajn studije	0	Sve randomizovane kontrolisane studije												
	-1	Sve opservacione studije												
Ograničenja dizajna studije	0	Većina skupljenih podataka dobijeno iz studija, sa malim rizikom za pristrasnost												
	-1	Većina skupljenih podataka dobijeno iz studija, sa umerenim rizikom za pristrasnost												
	-2	Većina skupljenih podataka dobijeno iz studija, sa visokim rizikom za pristrasnost												
	Napomena:	<p><i>Mali rizik za pristrasnost:</i> bez ograničenja ili minorna ograničenja</p> <p><i>Umeren rizik za pristrasnost:</i> ozbiljna ograničenja ili potencijalno veoma ozbiljna ograničenja što podrazumeva nejasnu raspodelu ili ozbiljna ograničenja, a isključuje ograničenja randomizacije ili raspodele</p> <p><i>Visok rizik za pristrasnost:</i> ograničenja randomizacije ili raspodele, što podrazumeva i malu blokiraju randomizaciju (<10) ili druga veoma ozbiljna, ključna metodološka ograničenja</p>												
Neusklađenost	0	Nema ozbiljne heterogenosti ($I^2 < 60\%$ ili $\chi^2 \geq 0.05$)												
	-1	Ozbiljna, nije objašnjena, heterogenost ($I^2 \geq 60\%$ ili $\chi^2 < 0.05$) Ako je heterogenost možda uzrokovana zbog publikacione pristrasnosti ili nepreciznošću zbog malih studija, stepenuje se naniže samo zbog publikacione pristrasnosti ili nepreciznosti (tj. ne treba se stepenovati naniže dva puta zbog iste slabosti)												
Indirektnost	0	Nema indirektnosti												
	-1	Postoji indirektna komparacija, populacija, intervencija, komparator ili ishod												
Nepreciznost	0	Interval poverljivosti je precisan u skladu sa slikom ispod												
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">Sugerisani razuman benefit</td> <td style="text-align: center;">stopa rizika</td> <td style="text-align: center;">suggerisana razumna šteta</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">precise</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">imprecise</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">0.75 1.0 1.25</td> <td></td> </tr> </table> <p>Ukupna kumulativna studijska populacija nije veoma mala (tj. veličina uzorka je više od 300 participanata) i ukupan broj događaja je više od 30</p>	Sugerisani razuman benefit	stopa rizika	suggerisana razumna šteta	precise			imprecise				0.75 1.0 1.25	
Sugerisani razuman benefit	stopa rizika	suggerisana razumna šteta												
precise														
imprecise														
	0.75 1.0 1.25													
	-1	Jedan od gore spomenutih uslova nije ispunjen												
	-2	Dva od gore spomenutih uslova nisu ispunjeni												
	Napomena:	Ako je ukupan broj događaja manji od 30 i kumulativna veličina uzorka je odgovarajuće velika (npr. iznad 3000 pacijenata), razmislite da ne degradirate dokaz. Ako nema događaja u obe grupe, ni u onoj gde je intervencija, ni u kontrolnoj grupi, kvalitet dokaza za specifični ishod treba ponovo gradirati kao veoma nizak.												
Publikaciona pristrasnost	0	Nema evidentne asimetrije u "funnel plot-u" ili manje od 5 planiranih studija												
	-1	Evidentna asimetrija u "funnel plot-u" sa najmanje 5 studija												

DODATAK 4

Učesnici u tehničkim konsultacijama

Dr Marijke Alblas
Kliničar, zastupnik za zdravlje
Nezavisni medicinski konsultant
Cape Town
Južna Afrika

Ms Marge Berer
Zastupnik za zdravlje
Urednik
Reproductive Health Matters
London
Ujedinjeno kraljevstvo Velike Britanije i Severne Irske

Dr Mohsina Bilgrami
Menadžer programa, kreator politike, zastupnik za zdravlje
Direktor
Marie Stopes Society
Karachi
Pakistan

Dr Paul Blumenthal
Kliničar, istraživač
Profesor akušerstva i ginekologije
Medicinski fakultet Stanford Univerziteta
Stanford, CA
Sjedinjene Američke Države

Dr Lidia Casas-Becerra
Advokat, istraživač, zastupnik za zdravlje
Professor prava
Pravni fakultet Diego Portales
Universidad Diego Portales
Santiago
Čile

Dr Laura Castleman
Kliničar, menadžer programa
Medicinski direktor
Ipas
Birmingham, MI
SAD

Ms Jane Cottingham
Istraživač, zastupnik za zdravlje
Nezavisni konsultant za seksualno i reproduktivno zdravlje i prava
Carouge, GE
Švajcarska

Dr Kelly Culwell
Kliničar, zastupnik za zdravlje, menadžer programa
Stariji savetnik
Međunarodna federacija za planiranje porodice
London
Ujedinjeno kraljevstvo Velike Britanije i Severne Irske

Dr Teresa Depiñeres
Istraživač, kliničar, menadžer programa
Stariji tehnički savetnik
Fundacion Orientame
Bogota
Kolumbija

Dr Joanna Erdman
Advokat, istraživač, zastupnik za zdravlje
Vanredni profesor, Pravni fakultet
Univerzitet u Torontu
Ontario
Kanada

Dr Aníbal Faúndes
Kliničar, zastupnik za zdravlje
Profesor akušerstva i ginekologije
Državni Univerzitet Campinas
Campinas, São Paulo
Brazil

Profesor Mahmoud Fathalla
Kliničar, istraživač, zastupnik za zdravlje
Univerzitet Assiut
Assiut
Egipt

Dr Kristina Gemzell-Danielsson
Istraživač, kliničar, kreator politike
Profesor akušerstva i ginekologije
Univerzitska bolnica Karolinska
Stockholm
Švedska

Dr Anna Glasier

Kliničar, istraživač

Lead Clinician, Sexual Health
NHS Lothian Univerzitet Edinburgh
Edinburgh
Škotska

Dr Türkiz Gökgöl

Istraživač, kreator politike, menadžer programa
Direktor međunarodnih programa
Fondacija Susan Thompson Buffett
Omaha, NE
Sjedinjene Američke Države

Dr David Grimes

Metodolog, epidemiolog, istraživač
Istaknuti naučnik
Family Health International
Durham, NC
Sjedinjene Američke Države

Dr Selma Hajri

Kliničar, istraživač
Konsultant za reproduktivno zdravlje
Koordinator
Afrička mreža za medicinski abortus (African Network for Medical Abortion (ANMA))
Tunis
Tunis

Dr Pak Chung Ho

Kliničar, istraživač
Profesor akušerstva i ginekologije
Bolnica Queen Mary
Hong Kong
Narodna Republika Kina

Dr Sharad Iyengar

Kliničar, kreator politike
Izvršni direktor
Action Research & Training for Health
Udaipur
Indija

Ms Heidi Bart Johnston

Privremeni savetnik
Konsultant za reproduktivno zdravlje i prava
Wetzikon
Švajcarska

Ms Bonnie Scott Jones

Advokat, zastupnik za zdravlje
Zamenik direktora
Centar za reproduktivna prava
New York, NY
Sjedinjene Američke države

Dr Vasantha Kandiah

Istraživač
Konsultant
Odbora za razvoj stanovništva i planiranja porodice
Kuala Lumpur
Malezija

Dr Nguyen Duy Khe

Menadžer programa
Načelnik, Odsek za zdravstveni zaštitu majke i deteta
Ministarstvo zdravlja
Hanoi
Vijetnam

Dr Chisale Mhango

Menadžer programa
Direktor, jedinica za reproduktivno zdravlje
Ministarstvo zdravlja
Lilongwe
Malavi

Dr Suneeta Mittal

Kliničar, istraživač, zastupnik za zdravlje
Načelnik, Odeljenje akušerstva i ginekologije
All India Institute of Medical Sciences
Ansari Nagar, New Delhi
Indija

Dr Nuriye Ortayli

Kliničar, menadžer programa
Stariji savetnik
UNFPA
New York, NY
Sjedinjene Američke Države

Dr Mariana Romero

Istraživač, zastupnik za zdravlje
Istraživač saradnik
CEDES
Buenos Aires
Argentina

Dr Helena von Hertzen

Istraživač

Konsultant

Fondacija Concept

Geneva

Švajcarska

Dr Beverly Winikoff

Metodolog, epidemiolog, istraživač

Predsednik

Gynuity Health Projects

New York, NY

Sjedinjene Američke Države

Ms Patricia Ann Whyte

Privremenji savetnik

Vanredni stariji istraživač

Deakin Strategic Centre in Population Health

Faculty of Health, Deakin University

Victoria

Australia

Dodatni saradnici:**Ms Rebecca Cook**

Predsedavajuća za međunarodni zakon o ljudskim pravima

Pravni fakultet Univerziteta u Torontu

Toronto, Ontario

Kanada

Ms Laura Katsive

Programski oficir

Wellspring Advisors, LLC

New York

Sjedinjene Američke Države

Dr Paul FA Van Look

Konsultant za seksualno i reproduktivno zdravlje

Val d'Illiez

Švajcarska

Regionalni savetnici SZO:

Dr Khadiddiatou Mbaye, regionalna kancelarija za

Afriku

Dr Gunta Lazdane, regionalna kancelarija za Evropu

WHO sekretarijat

Dr Katherine Ba-Thike

Dr Dalia Brahma

Dr Peter Fajans

Dr Bela Ganatra

Dr Emily Jackson

Dr Ronald Johnson

Dr Nathalie Kapp

Ms Eszter Kismodi

Dr Regina Kulier

Dr Michael Mbizvo

Dr Lale Say

Dr Iqbal Shah

Dr Joao Paulo Dias de Souza

Posmatrači**Dr Mari Mathiesen**

Član upravnog odbora

Fond zdravstvenog osiguranja Estonije

Lembitu

Estonia

Dr Helvi Tarien

Načelnik odseka za zdravstvene usluge

Fond zdravstvenog osiguranja Estonije

Lembitu

Estonia

DODATAK 5

Preporuke sa tehničkih konsultacija za drugo izdanje publikacije *Bezbedan abortus: tehničke i političke smernice za zdravstvene sisteme*

Preporuka 1: hirurški abortus do gestacione starosti 12 do 14 sedmica

Vakuum aspiracija je preporučena tehnika za hirurški abortus za trudnoće gestacione starosti 12 do 14 sedmica. Proceduru ne treba rutinski završiti sa oštrom kiretažom. Ako se i dalje praktikuje dilatacija i oštra kiretaža (D&K), treba je zameniti sa vakuum aspiracijom.

(Jačina preporuke: snažna)

Napomene:

- Opservacione studije ukazale su da je vakuum aspiracija udružena sa manje komplikacija nego D&K; međutim, randomizovane kontrolisane studije bile su nedovoljne jačine da bi se mogla detektovati razlika u stopama komplikacija.
- Nema dokaza koji podržavaju upotrebu oštре kirete kao provere (tj. upotrebe oštре kirete da bi se "kompletirao" abortus) nakon vakuum aspiracije.
- Kvalitet dokaza zasnovan na randomizovanim kontrolisanim studijama je nizak do umeren.

Preporuka 2: medicinski abortus do gestacione starosti do 9 sedmica (63 dana)

Preporuka 2.1:

Preporučeni metod za medicinski abortus je mifepriston nakon koga sledi misoprostol.

(Jačina preporuke: snažna)

Napomene:

- Randomizovane kontrolisane studije pokazale su superiornu efikasnost kombinacije lekova (mifepriston nakon koga sledi misoprostol) kada se uporedi sa upotrebom misoprostola samog.
- Kvalitet dokaza zasnovan na randomizovanim kontrolisanim studijama je umeren.

Preporuka 2.2:

Mifepriston uvek treba da se daje oralno. Preporučena doza je 200 mg.

(Jačina preporuke: snažna)

Napomene:

- Randomizovane kontrolisane studije ukazuju da je 200 mg mifepristona jednako efikasno kao i 600 mg.
- Kvalitet dokaza zasnovan na randomizovanim kontrolisanim studijama je umeren.

Preporuka 2.3:

Za vaginalni, bukalni ili sublingvalni put primene preporučena doza misoprostola je 800 µg. Za oralni primenu, preporučena doza misoprostola je 400 µg.

(Jačina preporuke: snažna)

(Jačina preporuke: snažna)

Napomene:

- Efikasnost misoprostola može da varira u zavisnosti od gestacionog doba, puta primene ili učestalosti doziranja. Trenutno su u toku istraživanja čiji je cilj da se utvrdi u kojim kliničkim situacijama, ako ih uopšte ima, može da se koristi niža doza misoprostola sa komparabilnom efikasnošću.
- Kvalitet dokaza zasnovan na randomizovanim kontrolisanim studijama je umeren.

Preporuka 2.4:

Preporučene doze i putevi primene za mifepriston nakon koga sledi misoprostol:

Mifepriston treba uvek davati oralno. Preporučena doza je 200 mg.

Preporučuje se davanje misoprostola 1 do 2 dana (24 do 48 sati) nakon ingestije mifepristona.

- Za vaginalni, bukalni ili sublingvalni put primene preporučena doza misoprostola je 800 µg.
- Za oralni put primene, preporučena doza misoprostola je 400 µg.
- Za gestacionu starost do 7 sedmica (49 dana) misopristol može da se primeni vaginalno, bukalno, sublingvalno ili oralno. Nakon 7 sedmica gestacije ne treba da se koristi oralni put primene.
- Za gestacionu starost do 9 sedmica (63 dana) misopristol može da se primeni vaginalno, bukalno ili sublingvalno.

- Napomene:**
- Vaginalna primena misoprostola preporučuje se na osnovu njegove veće efikasnosti i nižih stopa neželjenih efekata nego kod drugih puteva primene; međutim, neke žene mogu da preferiraju nevaginalni put.
 - Kvalitet dokaza zasnovan na randomizovanim kontrolisanim studijama je umeren.

Preporuka 2.5:

Primena misoprostola preporučena je 1 do 2 dana (24 do 48) sati nakon ingestije mifepristona.

(Jačina preporuke: snažna)

Napomene:

- Kvalitet dokaza zasnovan na randomizovanim kontrolisanim studijama je umeren.

Preporuka 3: medicinski abortus za gestacionu starost između 9 i 12 sedmica (63 i 84 dana)

Preporučeni metod za medicinski abortus je 200 mg mifepristona koji se daje oralno nakon čega se 36 do 48 sati kasnije daje 800 µg misoprostola koji se primeni vaginalno. Naredne doze misoprostola treba da budu 400 µg, dato ili vaginalno ili sublingvalno svaka 3 sata do ukupno četiri naredne doze, dok se ne izbaci proizvod koncepcije.

(Jačina preporuke: slaba)

Napomene:

- Režim doziranja za medicinski abortus za trudnoće starosti između 9 i 12 sedmica gestacije je područje istraživanja koja su u toku; kada se ove studije završe verovatno će njihovi rezultati imati uticaja na ove preporuke.
- Kvalitet dokaza zasnovan na randomizovanim kontrolisanim studijama i jedne opservacione studije je slab.

Preporuka 4: medicinski abortus za gestacionu starost do 12 sedmica (84 dana) tamo gde nije dostupan mifepriston

Preporučeni metod za medicinski abortus tamo gde mifepriston nije dostupan je 800 µg misoprostola koji se primenjuje vaginalno ili sublingvalno. Mogu se primeniti do tri ponavljane doze od 800 µg u intervalima od najmanje 3 sata, ali ne duže od 12 sati.

(Jačina preporuke: snažna)

Napomene:

- Sublingvalna primena misoprostola udružena je sa većim stopama neželjenih efekata nego vaginalna primena. Kod žena koje nisu rađale, sublingvalni put je takođe manje efikasan kada su razmaci između ponavljanja doza veći od 3 sata.
- Kvalitet dokaza zasnovan na randomizovanim kontrolisanim studijama je visok.
- Mifepriston sa misoprostolom je efikasniji nego kada se misoprostol koristi sam i udružen je sa manje neželjenih efekata. Metotreksat kombinovan sa misoprostolom, režim koji se koristi u nekim područjima, ali nije preporučen od strane SZO, manje je efikasan nego kombinacija mifepriston sa misoprostolom, ali je efikasniji nego kada se misoprostol koristi sam.

Preporuka 5: metodi za abortus nakon gestacione starosti 12 do 14 sedmica (84 do 98 dana)

Dilatacija i evakuacija (D&E) i medicinski metodi (mifepriston sa misoprostolom, misoprostol sam) su oba preporučena metoda za abortus za gestacije starije od 12 do 14 sedmica. U ustanovama treba da postoji mogućnost da se obavi bar jedan, a poželjno je i oba metoda ako je to moguće, u zavisnosti od iskustva zdravstvenog radnika i mogućnosti za obuku.

(Jačina preporuke: snažna)

Napomene:

- Dokazi za ovo pitanje ograničeni su voljom žena da budu randomizovane u kliničkim studijama u dve grupe u kojima se obavlja ili hirurški ili medicinski abortus.
- Kvalitet dokaza zasnovan na randomizovanim kontrolisanim studijama je nizak.
- Ženin izbor metoda abortusa može biti ograničen ili se ne može ispoštovati ako ima medicinske kontraindikacije za neki od metoda.

Preporuka 6: medicinski abortus za gestacionu starost nakon 12 sedmica (84 dana)

Preporučeni metod za medicinski abortus je 200 mg mifepristona koji se daje oralno nakon čega 36 do 48 sati kasnije slede ponavljane doze misoprostola.

(Jačina preporuke: snažna)

- Za gestacije između 12 i 24 sedmice inicijalna doza misoprostola, nakon mifepristola datog oralno, može da bude ili 800 µg primenjeno vaginalno ili 400 µg primenjeno oralno. Naredne doze misoprostola treba da budu od 400 µg, primenjene ili vaginalno ili sublingvalno, svaka 3 sata do ukupno četiri naknadne doze.

- Za trudnoće starije od 24 sedmice dozu misoprostola treba smanjiti zbog veće osetljivosti materice na prostaglandine, ali nedostatak kliničkih studija sprečava davanje preporuka u vezi doziranja.

(Jačina preporuke: snažna)

Preporučeni metod za medicinski abortus tamo gde mifepriston nije dostupan je 400 µg misoprostola koji se primenjuje vaginalno ili sublingvalno sa ponavljanjem doze svaka 3 sata do ukupno pet doza.

(Jačina preporuke: snažna)

Napomene:

- Period kraći od 36 sati između davanja mifepristona i misoprostola povezan je sa dužim periodom do abortusa i većom stopom nepotpunog abortusa.
- Primena etakridin laktata udružena je sličnim periodom do abortusa kao i režim kada se koristi misoprostol sam; u studijama se nije poređivala bezbednost ili efikasnost njegove upotrebe u odnosu na kombinaciju mifepristola i misoprostola.
- Žene sa ožiljkom na materici imaju veoma mali (0,28%) rizik za rupturu materice tokom medicinskog abortusa u drugom trimestru.
- Kada se misoprostol koristi sam kod žena koje nisu rađale, efikasnija je vaginalna primena misoprostola nego sublingvalna primena.
- Kvalitet dokaza zasnovan na randomizovanim kontrolisanim studijama je nizak.

Preporuka 7: priprema cerviksa pre hirurškog abortusa do gestacionog starosti 12 do 14 sedmica (84 do 98 dana)

Preporuka 7.1:

Pre hirurškog abortusa, preporučuje se priprema grlića za sve žene čija trudnoća je u 12 do 14 sedmica gestacije. Priprema grlića može da se razmotri kao opcija za žene čija trudnoća je u bilo kom gestacionom dobu.

(Jačina preporuke: snažna)

Napomene:

- Treba voditi računa o produženju perioda do abortusa i neželjenim dejstvima, što podrazumeva i bol, vaginalno krvarenje i ubrzan abortus, sve nabrojano je povezano sa pripremom grlića u gestacionom dobu <12 do 14 sedmica.
- Ako nije dostupna mogućnost pripreme grliće, to ne sme da ograniči pristup uslugama abortusa.
- Kvalitet dokaza zasnovan na randomizovanim kontrolisanim studijama je nizak.

Preporuka 7.2:

Preporučuje se bilo koji od ovih metoda pripreme cerviksa pre hirurškog abortusa u prvom trimestru:

- oralno mifepriston 200 mg (24 do 48 sati pre); ili
- misoprostol 400 µg primenjen sublingvalno, 2 do 3 sata pre procedure; ili
- misoprostol 400 µg primenjen vaginalno 3 sata pre procedure; ili
- laminaria postavljena intracervikalno 6 do 24 sata pre procedure.

(Jačina preporuke: snažna)

Napomene:

- Na izbor koji će se metod koristiti utiče cena, lokalna dostupnost i obuka u vezi upotrebe metoda za pripremu grlića.
- Kvalitet dokaza zasnovan na randomizovanim kontrolisanim studijama je nizak do umeren.

Preporuka 8: priprema cerviksa pre hirurškog abortusa za gestacionu starost \geq 14 sedmica (98 dana)**Preporuka 8.1:**

Svim ženama koje se podvrgavaju dilataciji i evakuaciji (D&E), a čija je trudnoća stara preko 14 sedmica gestacije treba uraditi pripremu grlića pre procedure.

(Jačina preporuke: snažna)

Napomene:

- Kvalitet dokaza zasnovan na randomizovanim kontrolisanim studijama je nizak do umeren.

Preporuka 8.2:

Preporučene metode pripreme grlića pre dilatacije i evakuacije (D&E) nakon 14 sedmica gestacije su osmotski dilatatori i misoprostol.

(Jačina preporuke: snažna)

Napomene:

- Osmotski dilatatori smanjuju vreme trajanja procedure i potrebu za dodatnom dilatacijom kada se porede sa upotrebom misoprostola. Efekat misoprostola pre D&E za trudnoće gestacione starosti preko 20 sedmica nije bio predmet kliničkih istraživanja.
- Kvalitet dokaza zasnovan na randomizovanim kontrolisanim studijama je umeren.

Preporuka 9: praćenje nakon indukovanih abortusa

Ne postoji medicinska potreba za rutinskim praćenjem nakon nekomplikovanog hirurškog abortusa ili medicinskog abortusa kada se koristi mifepriston i misoprostol. Međutim, žene treba posavetovati da su im dostupne dodatne usluge, ako su im potrebne ili ako ih žele.

(Jačina preporuke: snažna)

Napomene:

- Žene treba adekvatno informisati o simptomima nastavaka trudnoće ili drugim medicinskim razlozima, kao što je produženo veliko krvarenje ili povišena telesna temperatura, zbog kojih bi se trebale vratiti radi kontrole.
- Alternative strategijama praćenja u vidu poseta klinici, nakon medicinskog abortusa u prvom trimestru, predmet su istraživanja koja su u toku
- Kvalitet dokaza zasnovan na opservacionim studijama i indirektnim dokazima je nizak.

Preporuka 10: lečenje nakon nepotpunog abortusa

Za žene kod kojih nije postignut kompletan abortus, a čija je veličina materice u vreme tretmana ekvivalentna trudnoći gestacione starosti 13 sedmica i manje, preporučuje se ili vakuum aspiracija ili tretman sa misoprostolom. Preporučen režim doziranja misoprostola je pojedinačna doza koja se daje sublingvalno (400 µg) ili oralno (600 µg).

(Jačina preporuke: snažna)

Napomene:

- Strategija čekanja da se završi nekompletni aboritus može biti efikasna kao i misoprostol, ali proces može da zahteva više vremena. Odluka, u smislu

primene lekova ili strategije čekanja kod nekompletног abortusa, treba da se zasniva na kliničkom stanju žene i njenih želja u vezi načina lečenja.

- Preporuka je izvučena iz istraživanja u koje su bile uključene žene koje su imale spontani pobačaj. Izostao abortus (missed abortion) je različito stanje od nekompletног abortusa nakon spontanog ili indukovanih abortusa.
- Na osnovu preporuka za hirurški abortus tokom prvog trimestra, takođe se može koristiti vakuum aspiracija kod žena čija je veličina materice ekvivalentna 14 sedmica gestacije.
- Misoprostol se takođe može koristiti vaginalno. U studijama sa vaginalno primenjenim misoprostolom koristile su se doze u opsegu od 400 do 800 µg i nisu objavljene komparativne studije doziranja.
- Kvalitet dokaza zasnovan na randomizovanim kontrolisanim studijama je nizak.

Preporuka 11: antibiotska profilaksa za indukovani abortus

Sve žene koje se podvrgavaju hirurškom abortusu, bez obzira na njihov rizik za razvoj zapaljenske infekcije u maloj karlici, treba da prime odgovarajući antibiotik u smislu profilakse pre ili tokom operacije.

(Jačina preporuke: snažna)

Za žene koje se podvrgavaju medicinskom abortusu nije preporučena rutinska profilaktička upotreba antibiotika.

(Jačina preporuke: snažna)

Napomene:

- Nedostatak antibiotika ne treba da ograniči pristup usluzi abortusa.

- Pokazano je da je efikasna jedna doza nitromidazola, tetraciklina ili penicilina.
- Kvalitet dokaza zasnovan na randomizovanim kontrolisanim studijama je umeren. Kvalitet dokaza zasnovan na opservacionim studijama za medicinski abortus je veoma nizak; za hirurški abortus je umeren.

Preporuka 12: upotreba ultrazvuka pre indukovanih abortusa

Nije neophodno da se rutinski radi ultrazvučni pregled pre abortusa.

(Jačina preporuke: snažna)

Napomene:

- Kvalitet dokaza zasnovan na randomizovanim kontrolisanim studijama i opservacionim studijama je veoma nizak.

Preporuka 13: kontracepcija nakon abortusa

Žene mogu da započnu sa hormonskom kontracepcijom u vreme hirurškog abortusa, ili odmah u vreme kada se uzme prva pilula u okviru medicinskog abortusa.

(Jačina preporuke: snažna)

Nakon medicinskog abortusa, može da se ubaci IUS ukoliko postoji razumna sigurnost da žena više nije trudna.

Napomene:

- Započinjanje hormonske kontracepcije tokom medicinskog abortusa, a pre izbacivanja plod, nije bilo predmet klinički studija.
- Kvalitet dokaza zasnovan na randomizovanim kontrolisanim studijama je veoma nizak.

Preporuka 14: kontrola bola tokom abortusa

Svim ženama treba rutinski ponuditi lekove protiv bolova (npr. nesteroidne antiinflamatorne lekove) tokom obe vrste abortusa, i za medicinski i za hirurški abortus.

(Jačina preporuke: snažna)

Opšta anestezija se ne preporučuje rutinski za abor-tus vakuum aspiracijom ili D&E.

(Jačina preporuke: snažna)

Napomene:

- Lekove protiv bolova treba uvek ponuditi prilikom i hirurškog i medicinskog abortusa, i treba ih dati bez odlaganja onim ženama koje to žele. U većini slučajeva, analgetici, lokalna anestezija i/ili svesna sedacija dopunjena verbalnom potvrdom su dovoljni, mada se potreba za kontrolom bola povećava sa gestacionim dobom.
- Kada je pravo vreme za lek protiv bolova pitanje je koje nije adekvatno proučavano i vrlo je malo ispitivano, što sprečava pravljenje preporuka o specifičnom načinu doziranja; međutim, obezbeđivanje lekova protiv bolova je važan deo zdravstvene zaštite u vezi sa abortusom.
- Intravenski narkotici i/ili trankilizeri i paracervikalna blokada su u širokoj upotrebi, bez obzira što nisu adekvatno ispitani.
- Nesteroidni antiinflamatori lekovi pokazali su efikasnost u smanjenju bola: nasuprot tome, paracetamol se pokazao kao neefikasan u smanjenju bola povezanim sa hirurškim ili medicinskim abortusom.
- Nekim ženama biće potreban dodatni lek protiv bolova iz grupe narkotika, posebno tokom abortusa u drugom trimestru.

- Upotreba regionalne anestezije tokom medicinskog abortusa za trudnoće gestacione starosti preko 12 sedmica nije bila predmet kliničkih ispitivanja.
- Opšta anestezija je povezana sa višim stopama neželjenih efekata i neželjenih događaja nego ostale metode za kontrolu bola.
- Kvalitet dokaza zasnovan na randomizovanim kontrolisanim studijama je nizak.

DODATAK 6

Medicinska podobnost za upotrebu kontracepcije nakon abortusa¹

Tabela A1. Tabelarni sažetak preporuka, u vezi sa medicinskom podobnosti nakon abortusa, za primenu hormonskih kontraceptiva, intrauterinih sredstava i barijernih metoda kontracepcije											
Stanje nakon abortusa	KIK	KOK	Flaster i vaginalni prsten	POP	DMPA/NET-EN	LNG/ETG implantati	IUS sa bakrom	IUS sa otpuštanjem LNG	Kondom	Spermicid	Dijafragma
Prvi trimestar	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Drugi trimestar	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1
Neposredno nakon septičkog abortusa	1	1	1	1	1	1	4	4	1	1	1

KIK – kombinovani injektibilni kontraceptiv, KOK – kombinovani oralni kontraceptiv, DMPA/NET-EN – injekcije koje sadrže samo progesteron – depo medroksiprogesteron acetata/noretisteron enantat; IUS – intauterino sredstvo; LNG/ETG - implantati koji sadrže samo progesteron: levonorgestrel/etonorgestrel; POP – pilule koje samo sadrže progesteron.

Definicija kategorija

- 1: stanje za koje ne postoje ograničenja za upotrebu kontraceptivnog metoda.
- 2: stanje gde prednosti upotrebe metoda generalno prevlađuju teoretski dokazan rizik.
- 3: stanje gde teoretski dokazan rizik obično prevlađuje prednosti upotrebe metoda.
- 4: stanje u kome primena kontraceptivne metode predstavlja neprihvatljiv zdravstveni rizik.

¹ Na osnovu *Medical eligibility criteria for contraceptive use*, 4th ed. Geneva, World Health Organization, 2009.

Tabela A2. Preporuke u vezi sa medicinskom podobnosti, nakon abortusa, za hiruršku sterilizaciju kod žena

Stanje nakon abortusa	Hirurška sterilizacija žene
Bez komplikacija	A
Sepsa ili povišena temperatura nakon abortusa	D
Ozbiljno krvarenje nakon abortusa	D
Ozbiljna povreda genitalnog trakta; ozleda cerviksa ili vagine u vreme abortusa	D
Perforacija materice	S
Akutna hematometra	D

Definicija kategorija

- *A = (prihvati, od eng. accept)*: nema razloga da se odbije sterilizacija osobi sa ovim stanjem
- *C = (oprez, od eng. caution)*: procedura se normalno obavlja u rutinskim uslovima, ali sa dodatnim pripremama i merama opreza
- *D = (odloži, od eng. delay)*: procedura se odlaže dok se stanje ne proceni i/ili popravi; treba obezbediti alternativne privremene metode kontracepcije.
- *S = (posebno, od eng. special)*: proceduru treba uraditi u uslovima gde je prisutan iskusni hirurg i osoblje, potrebna je oprema za opštu anesteziju i ostala potporna medicinska podrška. Za ova stanja, potreban je kapacitet da se doneše odluka o najadekvatnijoj proceduri i doziranju anestezije. Treba obezbediti alternativne privremene metode kontracepcije ako se žena upućuje dalje ili ako ima bilo kakvog odlaganja.

DODATAK 7

Ključni međunarodni i regionalni sporazumi o ljudskim pravima

Tabela A3. Ključni međunarodni sporazumi o ljudskim pravima	
Međunarodni sporazumi o ljudskim pravima (datum stupanja na snagu)	Telo za nadziranje poštovanja sporazuma
Međunarodna konvencija o ukidanju svih oblika rasne diskriminacije (ICERD) (1969)	Odbor za ukidanje rasne diskriminacije
Međunarodni pakt o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima (ICESCR) (1976)	Odbor za ekomska, socijalna i kulturna prava
Međunarodni pakt o građanskim i političkim pravima (ICCPR) (1976)	Odbor za ljudska prava
Pakt o eliminaciji diskriminacije prema ženama (CEDAW) (1981)	Odbor za eliminaciju diskriminacije prema ženama
Konvencija protiv mučenja i drugog okrutnog, nehumanog, ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja (CAT) (1987)	Odbor protiv mučenja
Konvencija o pravima deteta (CRC) (1990)	Odbor za prava deteta
Međunarodna konvencija o zaštiti prava svih radnika migranata i članova njihovih porodica (2003)	Odbor za radnike migrante
Konvencija o pravima osoba sa invaliditetom (CRPD)	Odbor za prava osoba sa invaliditetom

Tabela A4. Regionalni sporazumi o ljudskim pravima

Regionalni sporazumi o ljudskim pravima (datum stupanja na snagu)	Telo za nadziranje poštovanja sporazuma
Američka deklaracija o pravima i obavezama čoveka (1948)	Interamerički odbor za ljudska prava
Konvencija za zaštitu ljudskih prava i osnovnih sloboda (kao što je izmenjena po Protokolu 1,4,6,7,12 i 13) (1953)	Evropski sud za ljudska prava
Američka konvencija o ljudskim pravima (1978)	Interamerički odbor za ljudska prava
Afrička povelja o ljudskim i narodnim pravima (1986)	Afrički odbor za ljudska i narodna prava
Interamerička konvencija o prevenciji, kažnjavanju i iskorenjivanju nasilja nad ženama ("Convention of Belem do Para") (1994)	Interamerički odbor za ljudska prava
Evropska socijalna povelja (1961)/Revidirana evropska socijalna povelja (1996)	Evropski odbor za socijalna prava
Afrička povelja o pravima i zaštiti deteta (1999)	Afrički odbor eksperata za prava i zaštitu deteta
Dodatni protokol uz Američku konvenciju o ljudskim pravima u oblasti ekonomskih, socijalnih i kulturnih prava ("Protocol of San Salvador") (1999)	Interamerički odbor za ljudska prava
Protokol uz Afričku povelju o ljudskim i narodnim pravima i pravima žena u Africi (2005)	Afrički odbor za ljudska i narodna prava
Arapska povelja o ljudskim pravima (2008).	Arapski odbor za ljudska prava
Povelja o osnovnim pravima Evropske unije (2009)	Generalni sud/Evropski sud pravde

Naslov: Bezbedan abortus: tehnički i regulatorni priručnik za zdravstvene sisteme; drugo izdanje

Autor: Svetska zdravstvena organizacija

Izdavač i mesto: Asocijacija za seksualno i reproduktivno zdravlje Srbije – SRH Srbija (članica IPPF), Beograd

Štamparija i mesto: Copy World BSK, Beograd

Tiraž: 100 primeraka

ISBN 978-86-80476-00-1

Urednica: Dragana Stojanović

Naslov originala: Safe Abortion: technical and policy guidance for health systems, 2nd edition

Prevodilac: Dr Slobodanka Crevar

Lektor: Aleksandra Sremčev

Korektor: Aleksandra Sremčev

CIP - Каталогизација у публикацији - Народна библиотека Србије, Београд

614.2:618.39

BEZBEDAN abortus : tehnički i regulatorni priručnik za zdravstvene sisteme / [prevodilac Slobodanka Crevar]. - 2. izd. [izvornika]. - Beograd : Asocijacija za seksualno i reproduktivno zdravlje Srbije - SRH Srbija, 2016 (Beograd : Copy World BSK). - VIII, 123 str. : tabele ; 24 cm

Prevod dela: Safe Abortion. - Tiraž 100. - Bibliografija: str. 99-103.

ISBN 978-86-80476-00-1

a) Абортус b) Жене - Здравствена заштита

COBISS.SR-ID 221008652

Za više informacija kontaktirajte:

Department of Reproductive Health and Research
World Health Organization
Avenue Appia 20, CH-1211 Geneva 27, Switzerland
Fax: +41 22 791 4171
E-mail: reproductivehealth@who.int
www.who.int/reproductivehealth

Asocijacija za seksualno i reproduktivno zdravlje Srbije -

SRH Srbija (članica IPPF)
Braće Jugovića 2A/10
safersexresurs.org
email: office@srh.rs
www.facebook.com/ippfsrbija