

Medikamentozni prekid trudnoće: Uloga i izazovi u poslu medicinske sestre

Škvorc, Antonija

Undergraduate thesis / Završni rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:520962>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-18**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 1841/SS/2024

**Medikamentozni prekid trudnoće: Uloga i izazovi
u poslu medicinske sestre**

Antonija Škvorc, 0113136973

Varaždin, rujan, 2024. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za sestrinstvo

Završni rad br. 1841/SS/2024

Medikamentozni prekid trudnoće: Uloga i izazovi u poslu medicinske sestre

Student

Antonija Škvorc, 0113136973

Mentor

doc.dr.sc. Danijel Bursać, dr.med.

Varaždin, rujan, 2024. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL Odjel za sestrinstvo

STUDIJ Sveučilište Sjever - Preddiplomski stručni studij Sestrinstvo

PRISTUPNIK Antonija Škvorc

MATIČNI BROJ 0113136973

DATUM 10.07.2024.

KOLEGIJ Ginekologija i porodništvo

NASLOV RADA "Medikamentozni prekid trudnoće: Uloga i izazovi u poslu medicinske sestre"

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU "Medical termination of pregnancy: Role and challenges in the work of a nurse"

MENTOR Danijel Bursać

ZVANJE doc.dr.sc.,dr.med.

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. doc.dr.sc. Oliver Vasilj, predsjednik
2. doc.dr.sc. Danijel Bursa, mentor
3. doc.dr.sc. Ivana Živoder, članica
4. Valentina Vincek, mag.med.techn., zamjenska članica
- 5.

Zadatak završnog rada

BROJ 1841/SS/2024

OPIS

Medikamentozni prekid trudnoće (namjerni ili patološki indicirani) danas je najčešće korištena metoda za siguran i uinkoviti prekid trudnoće. Postupak se izvodi primjenom lijekova Mifegyne (mifepriston) i Misopregol (misoprostol) prema jasno definiranom kliničkom protokolu. Mifepriston djeluje kao antiprogesteronski agens te oponira djelovanje progesterona, esencijalnog hormona nužnog za održavanje trudnoće. Postupak započinje mifepristonom, te se nastavlja primjenom misoprostola čiji je zadatak poticanje kontrakcija maternice te istiskivanje (odstranjenje iz maternice) produkata trudnoće. Medikamentozni prekid trudnoće u odnosu na kirurški, nudi niz prednosti. Manja invazivnost te prilika za obavljanje istog u privatnosti svog doma, svakako su osnovne prednosti ovog oblika liječenja. Uz sve navedene prednosti, ovaj oblik liječenja i dalje se suoava s brojnim izazovima kao što su rijetke i malobrojne medicinske komplikacije i društvene osude. Medicinske sestre igraju ključnu ulogu u ovom postupku. One educiraju pacijentice, pružaju podršku i nadzor tijekom cijelog procesa. Njihova stručnost i empatija su neophodni za osiguranje sigurnosti i emocionalne podrške pacijenticama, bilo da se radi o namjernom prekidu trudnoće ili medicinski indiciranom prekidu patološke trudnoće.

Ciljevi rada:

Definirati medikamentozne prekide trudnoće

Opisati način primjene lijekova Mifegyne i Misopregol

Opisati ulogu medicinskih sestara

Identificirati izazove s kojima se suoavaju medicinske sestre u postupku liječenja

ZADATAK URUŽEN

14.07.2024.



Predgovor

Željela bih zahvaliti profesorima i cijelom nastavnom osoblju Sveučilišta „Sjever“ na prenesenom znanju, stručnosti i savjetima koji su me vodili kroz ovo putovanje.

Posebnu zahvalnost dugujem svom mentoru, doc.dr.sc. Danijelu Bursać, dr.med., čija podrška, strpljenje i upute nisu samo obogatile ovaj rad, već su mi pomogle da unaprijedim svoje znanje i vještine. Njegova spremnost da podijeli svoje znanje i pruži podršku u svakom trenutku bila je neprocjenjiva.

Mojoj obitelji dugujem posebnu zahvalnost – za sve razumijevanje, ljubav i strpljenje koje su mi pružali tijekom ovog izazovnog razdoblja. Moji prijatelji i kolegice s posla također su bili neiscrpni izvor podrške, inspiracije i motivacije. Hvala vam što ste vjerovali u mene, čak i kada sam ja sumnjala.

I na kraju, moje najiskrenije HVALA ide mom partneru Siniši i našoj kćerki Leni. Vi ste bili moja snaga kada sam bila najslabija, brisali ste mi suze i nebrojno puta me podsjetili zašto se vrijedi boriti. Vaša ljubav i bezuvjetna podrška kroz svaki korak ovog puta bili su neprocjenjivi. Ovaj rad posvećujem vama, jer bez vas ništa od ovoga ne bi bilo moguće.

"Svi naši snovi mogu se ostvariti ako imamo hrabrosti da ih slijedimo." – Walt Disney

Sažetak

Trudnoća je prirodan proces koji započinje oplodnjom jajne stanice spermijem. Uredno traje oko 40 tjedana ili devet mjeseci. Tijekom tog razdoblja, žensko tijelo prolazi kroz brojne anatomske, fiziološke, mehaničke i hormonalne promjene, koje osiguravaju razvoj ploda i napredak trudnoće.

Uz pojam trudnoća vežu se brojni pojmovi poput željena trudnoća, neželjena, visoko rizična, patološka itd. Osim planiranih i željenih trudnoća, u svakodnevnom životu susrećemo se i s onima koje nisu bile planirane i željene. Prema definiciji, neželjena trudnoća je ona trudnoća koja nije bila planirana ili željena u trenutku začeća. Posljedica je različitih životnih stanja i situacija, poput silovanja, neadekvatne kontracepcije, neispravnog korištenja ili potpunog izostanka zaštite. Često ima za posljedicu namjerni prekid trudnoće.

Neke trudnoće popraćene su komplikacijama i komorbiditetima, što ih svrstava u skupinu tzv. visokorizičnih trudnoća. Kod takvih trudnoća postoji povećan rizik za razvoj komplikacija, bilo zbog zdravstvenog stanja majke ili problema u razvoju ploda. Kod takvih slučajeva, potreban je intenzivniji nadzor i medicinska skrb. Osim navedenih pojmova, željene i neželjene te visokorizične trudnoće, važno je spomenuti i pojam patološke trudnoće. Patološka trudnoća je trudnoća s komplikacijama ili abnormalnostima koje mogu ugroziti zdravlje majke, ploda ili oboje. U takvim slučajevima dolazi do odstupanja od normalnog tijeka trudnoće zbog problema sa zdravljem majke ili razvojem ploda. Kako bi se spriječile komplikacije i/ili ugrožavanje zdravlja majke ponekad je potrebno učiniti prekid trudnoće iz medicinski opravdanog razloga.

Kako smo već ranije naveli, prekid trudnoće može biti medicinski indiciran zbog negog patološkog stanja ili rezultat osobne odluke. U današnje vrijeme najviše su se u kliničkoj praksi uvriježila dva načina, kirurški ili medikamentozni. Medikamentozni prekid trudnoće koristi se najčešće u ranijim stadijima trudnoće i najčešće se provodi se primjenom dva lijeka, mifepristona i misoprostola.

Mifepriston blokira djelovanje progesterona, hormona neophodnog za održavanje trudnoće, dok misoprostol potiče kontrakcije maternice, što dovodi do izbacivanja/istiskivanja sadržaja iz maternične šupljine. Ovaj postupak se primjenjuje ne samo u slučajevima neželjene trudnoće, već i kod medicinskih indiciranih prekida trudnoće.

Upravo u postupku prekida trudnoće lijekovima, medicinske sestre imaju ključnu ulogu. Njihova odgovornost uključuje edukaciju pacijentice o postupku, praćenje fizičkog stanja i

potencijalnih komplikacija, te pružanje emocionalne i psihološke podrške. Izazovi s kojima se medicinske sestre susreću u ovom procesu uključuju ne samo kliničke aspekte, već i etičke dileme te emocionalni stres zbog čestog suočavanja s pacijenticama koje prolaze kroz emocionalno zahtjevne situacije.

Ključne riječi: abortus; medikamentozni prekid trudnoće; pobačaj; sestrinstvo; trudnoća

Abstract

Pregnancy is a natural process that begins with the fertilization of an egg by a sperm. It regularly lasts about 40 weeks or nine months. During this period, the female body goes through numerous anatomical, physiological, mechanical and hormonal changes, which ensure the development of the fetus and the progress of the pregnancy.

Many terms are associated with the term pregnancy, such as wanted pregnancy, unwanted, high-risk, pathological, etc. In addition to planned and desired pregnancies, in everyday life we also encounter those that were not planned and desired. By definition, an unwanted pregnancy is a pregnancy that was not planned or wanted at the time of conception. It is the result of different life conditions and situations, such as rape, inadequate contraception, incorrect use or complete lack of protection. It often results in intentional termination of pregnancy.

Some pregnancies are accompanied by complications and comorbidities, which puts them in the group of so-called high-risk pregnancies. In such pregnancies, there is an increased risk of developing complications, either due to the health condition of the mother or problems in the development of the fetus. In such cases, more intensive supervision and medical care is required. In addition to the mentioned concepts, wanted and unwanted and high-risk pregnancies, it is important to mention the concept of pathological pregnancy. A pathological pregnancy is a pregnancy with complications or abnormalities that may endanger the health of the mother, the fetus, or both. In such cases, there is a deviation from the normal course of pregnancy due to problems with the health of the mother or the development of the fetus. In order to prevent complications and/or endangering the health of the mother, it is sometimes necessary to terminate the pregnancy for a medically justified reason.

As we mentioned earlier, termination of pregnancy may be medically indicated due to a pathological condition or the result of a personal decision. Nowadays, two methods, surgical or medicinal, are the most common in clinical practice. Medical termination of pregnancy is most often used in the earlier stages of pregnancy and is most often carried out using two drugs, mifepristone and misoprostol.

Mifepristone blocks the action of progesterone, a hormone necessary to maintain pregnancy, while misoprostol stimulates uterine contractions, which leads to expulsion/extrusion of contents from the uterine cavity. This procedure is applied not only in cases of unwanted pregnancy, but also in cases of medically indicated termination of pregnancy.

Nurses play a key role in the process of medical termination of pregnancy.

Their responsibility includes educating the patient about the procedure, monitoring her physical condition and potential complications, and providing emotional and psychological support. The challenges that nurses face in this process include not only clinical aspects, but also ethical dilemmas and emotional stress due to frequently dealing with patients who are going through emotionally demanding situations.

Keywords: abortion; medical termination of pregnancy; miscarriage; sisterhood; pregnancy

Sadržaj

1. Uvod	1
2. Trudnoća	3
2.1. Neželjena trudnoća	4
2.2. Patološka trudnoća.....	7
3. Medikamentozni prekid trudnoće	8
3.1. Povijest.....	8
3.2. Prednosti	10
3.3. Nedostaci	11
3.4. Kontraindikacije.....	11
3.5. Mifepriston	12
3.6. Mizoprostol.....	13
3.7. Rhesonativ	15
4. Uloga medicinske sestre.....	16
4.1. Postupak.....	17
4.2. Komplikacije postupka	18
4.3. Intervencije medicinske sestre	20
4.4. Etičko donošenje odluka.....	22
5. Prikaz slučaja.....	24
5.1.Intervencije medicinske sestre	26
5.2.Intervencije medicinske sestre kod instrumentalnog zahvata.....	27
5.3. Sestrinske dijagnoze.....	28
6. Izazovi za medicinske sestre	33
7. Zaključak.....	35
8. Literatura	36

1. Uvod

Trudnoća je prirodan (fiziološki) proces koji uzrokuje brojne anatomske, fiziološke i psihološke promjene u tijelu žena. Tijelo se tijekom trudnoće prilagođava rastu i razvoju fetusa. Prilagodbe su individualne, te mogu varirati od žene do žene. Mogu ovisiti o životnoj dobi žene, rasi, mjestu stanovanja ali i paritetu (broju trudnoće). Većina žena prolazi kroz razdoblje trudnoće bez većih poteškoća. Određeni broj ipak se može susresti sa nekim komplikacijama i zdravstvenim poteškoćama koje su uzrokovane trudnoćom. Patološka zbivanja pronalazimo u 5-20% svih trudnoća [1]. Razlikujemo brojne entitete vezane za stanja u trudnoći. Jedan od najčešće spominjanih entiteta svakako su visokorizične trudnoće. To su stanja u kojima postoji povećan rizik od nastanka potencijalnih komplikacija za majku, plod ili oboje. Takve trudnoće ukoliko se ne prepoznaju na vrijeme i adekvatno zbrinu, mogu rezultirati brojnim ozbiljnim zdravstvenim problemima, te posljedičnim ugrožavanjem života majke i ploda ili nepovoljnim ishodom trudnoće. Kod opisanih slučajeva, žene se suočavaju s dodatnim izazovima i stresom zbog potencijalnih opasnosti za ishod trudnoće, uključujući moguće bolesti ili komplikacije za plod. [1].

Trudnoće mogu biti željene i neželjene. Oduvijek su postojale različite metode za prekid trudnoće. U najranijim i najdrevnijim zapisima iz medicine pronalazimo upravo opise korištenja brojnih metode za prekid trudnoće. One su se značajno mijenjale kroz povijest, te umanjivale razinu mogućih komplikacija po ženu i njen budući reproduktivni potencijal. Danas su dostupni i poznati različiti načini prekida trudnoća. Dostupnost sigurnog i legalnog prekida trudnoće osigurava ženama pravo na autonomno odlučivanje o svom tijelu, smanjujući pritom rizik od akutnih i trajnih zdravstvenih komplikacija, ali i moguće smrti.

Ovo pravo predstavlja važan dio zaštite reproduktivnog i spolnog zdravlja. Države imaju obvezu poštovati i štiti ljudska prava koja se odnose i na ove aspekte ženinog zdravlja i autonomije [2]. Najčešće korišteni medikamentozni prekid trudnoće, smatra se sigurnom, učinkovitom i jednostavnom metodom za rani prekid neželjene ili patološke trudnoće. Najčešće se provodi u zdravstvenim ustanovama, ali može se izvesti i u privatnosti svog doma, što ga mnogim ženama čini dostupnijim i prirodnijim izborom u usporedbi s kirurškim zahvatom. Većina žena odlučuje se za ovu metodu unutar prvih 10 tjedana trudnoće, kada je i najdjelotvornija. Postupak obično uključuje primjenu oralnog mifepristona i mizoprostola [3]. Učinci kombinacije ovih lijekova su omekšavanje vrata maternice i uzrokovanje kontrakcija maternice. Kao i svi lijekovi, nisu apsolutno pouzdani i bezazleni, te mogu izazvati brojne

neželjene nuspojave poput boli, mučnine, povraćanja, krvarenja. Lijekovi se mogu koristiti oralno, bukalno, sublingvalno ili vaginalno [3].

Upravo u stanjima prekida trudnoća, medicinske sestre imaju vrlo važnu kliničku ulogu. Kod postupka, medicinske sestre pružaju etičku, empatičnu i individualiziranu skrb koja bi trebala zadovoljiti potrebe pacijentica. One aktivno sudjeluju u svim fazama zbrinjavanja pacijentica kod prekida trudnoće, usmjeravajući svoju pažnju na sigurnost, dobrobit i emocionalnu podršku pacijentica. Njihova je dužnost održavati visoke profesionalne standarde, osiguravajući povjerljivost podataka i pružati skrb koja je u skladu s etičkim principima i medicinskim smjernicama [4]. Nakon medikamentoznog prekida trudnoće, plan skrbi medicinskih sestara uključuje procjenu zdravstvenog i emocionalnog stanja pacijentice, davanje potrebnih uputa, pružanje emocionalne podrške i prevenciju komplikacija [4].

2. Trudnoća

Implantacijom oplođene jajne stanice u endometriju maternice nastaje trudnoća. Normalna trudnoća najčešće započinje u jajovodu, gdje se događa oplodnja (spajanje spermija i zrele jajne stanice). Tijekom ranog stadija trudnoće, posebice onog najranijeg, oplođena jajna stanica prolazi niz prije svega morfoloških promjena. Ona se razvija se i raste [1]. Nizom podjela stanica nastaju različiti razvojni oblici, od morule do blastocite i na kraju embrija.

Da bi stijenka maternice uopće mogla prihvatiti oplođenu jajnu stanicu, ona također mora proći niz promjena. Najvažnije je svakako decidualizacija strome. Tim procesom omogućava se implantacija i preživljavanje embrija, ali ga ujedno štiti i od imunološkog odgovora i odbacivanja. Implantacijom i razvojem embrija, započinje sinteza humanog korionskog gonadotropina, hormona koji omogućava „*održavanje trudnoće*“ [1]. Embrij prolazi brojne procese dioba i promjena koji u konačnici rezultiraju razvojem organa i organskih sustava. Napredovanjem trudnoće i razvoja embrija, točnije od 10. tjedna gestacijske dobi, tj. 8 tjedna od implantacije, embrij postaje fetus, što i ostaje sve do poroda [1].

Tijekom trudnoće tijelo žene se mijenja. Događaju se brojne fiziološke i anatomske promjene koje prije svega omogućuju i podržavaju rast i razvoj fetusa, te pripremaju ženino tijelo za porod. U ženinom tijelu događa se niz promjena u organima i organskim sustavima. Jedan od najvažnijih sustava koji se mijenja je kardiovaskularni sustav. Volumen krvi poveća se tijekom trudnoće 30-50%, što omogućuje bolju opskrbu ploda kisikom i hranjivim tvarima. Istodobno, dolazi do porasta srčane frekvencije (srce pumpa brže), a krvni tlak, osobito u ranoj trudnoći, može se blago sniziti zbog širenja krvnih žila. Respiratorni sustav također se mijenja. Kako maternica raste, pritišće dijafragmu i smanjuje volumni prostor pluća, što dovodi do promjena u obrascu disanja.

Žene često dišu dublje i brže kako bi osigurale dovoljno kisika za sebe i plod [5]. Promjene se događaju i u mokraćnom sustavu. Bubrezi moraju filtrirati povećanu količinu krvi, što dovodi do povećane proizvodnje urina. Rastuća maternica pritišće mjehur, što može rezultirati češćim mokrenjem, a ponekad i inkontinencijom [5]. Endokrini sustav aktivira povećanu proizvodnju hormona, posebice progesterona i estrogena, koji imaju ključnu ulogu u održavanju trudnoće. Upravo ovi hormoni utječu na mnoge tjelesne funkcije, uključujući rast maternice, pripremu dojki za dojenje, regulaciju metabolizma itd. Sve ove promjene osiguravaju optimalne uvjete za razvoj ploda i pripremu tijela za porod i majčinstvo [5].

Trudnoća se danas može potvrditi na različite načine, iz urina, krvi ili ultrazvučnim pregledom. Zlatni standard za potvrdu trudnoće je i dalje kvantitativni nalaz beta hCG-a iz krvi.

U hitnim ili ambulantnim situacijama, najčešće se koristi hCG test iz urina (test tračica). Kvantitativni hCG obično se radi uz ultrazvučni pregled kako bi se potvrdila trudnoća klinički i procijenila gestacijska dob. Nakon potvrde trudnoće, žena treba obaviti prvi prenatalni pregled [1].

2.1. Neželjena trudnoća

Neželjena trudnoća i njeni ilegalni prekidi (pobačaji) globali su problem koji narušava zdravlje i prava žena diljem svijeta. Statistički gledano, svake godine gotovo polovica svih ostvarenih trudnoća nije planirana, a većina ih se događa u zemljama s ograničenim pristupom kontracepciji i reproduktivnoj zdravstvenoj zaštiti. Nedostatak edukacije o kontracepciji, zajedno s ekonomskim i društvenim barijerama, doprinosi visokoj stopi neželjenih trudnoća [6]. Posljedica neželjenih trudnoća često vodi do namjernih, nesigurnih po zdravlje žena ugrožavajućih pobačaja.

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, svake godine obavi se oko 25 milijuna nesigurnih pobačaja, što predstavlja veliki rizik za zdravlje žena globalno. Nesigurni pobačaji su jedan od glavnih uzroka majčinske smrtnosti, osobito u zemljama u razvoju, gdje je pristup sigurnim i legalnim uslugama pobačaja vrlo ograničen ili zabranjen [7]. Zakonodavne razlike između zemalja imaju vrlo važnu ulogu u ovom problemu. Dok su u nekim zemljama, poput Kanade i Nizozemske, pobačaji legalni i dostupni, druge zemlje poput El Salvadora, Nikaragve, Malte itd., imaju vrlo striktno i stroge zakone koji brane namjerni prekid trudnoće, čak i u slučaju silovanja ili opasnosti po život majke.

Ove restrikcije često prisiljavaju žene da traže nesigurne načine za prekid trudnoće, koji mogu rezultirati ozbiljnim zdravstvenim komplikacijama ili konačno smrću [7].

Neželjena trudnoća i njezine negativne posljedice mogu se spriječiti različitim metodama, a jedna od najlakše primjenjivih je upravo kontracepcija. Kontracepcija može uključivati mehaničku, hitnu postkoitalnu ili plansku, tzv. trajnu. Vrlo je važno za svaki sustav imati legalne i zakonom definirane smjernice i pravila za namjerne prekide trudnoće sigurnim i legalnim uslugama, te društvom koje dopušta ženama da same odlučuju o svojim reproduktivnim pravima i izborima. Rješavanje problema neželjene trudnoće i njezinih mogućih problema koje može

uzrokovati, trebao bi biti prioritet u svakom društvu, zajednici i zemlji [7]. Dostupnost pouzdane kontracepcije za sve, bez obzira na dob ili financijske mogućnosti, predstavlja ključni korak u zaštiti reproduktivnog zdravlja. Žene i adolescenti trebaju imati pristup reproduktivnim zdravstvenim uslugama prilagođenim njihovoj dobi i potrebama, uz poštivanje kulturnih razlika, uključujući hitnu kontracepciju. Pristup sigurnim i legalnim uslugama prekida trudnoće od bitnog je značaja za smanjenje visoke stope smrtnosti, ali i trajnih morbiditeta žena u reproduktivnoj dobi diljem svijeta.

Vrlo važno je prepoznati žene koje su izložene riziku od neželjene trudnoće, osigurati im potrebne usluge i kontinuirano raditi na pružanju sigurnih opcija koje mogu razmotriti kada se suoče s ovakvom situacijom. [7].

Kod žena je identificirano nekoliko čimbenika rizika za neplaniranu, neželjenu trudnoću. Mlađa dob (< 20 godina) ili starija dob (> 35 godina), niža razina obrazovanja i ljubavni status samca navedeni su kao čimbenici rizika [7]. Također, problemi mentalnog zdravlja, uporaba nedopuštenih droga i prekomjerna konzumacija alkohola, seksualno nasilje, nasilje provedeno od intimnog partnera i prisila smatraju se rizičnim čimbenicima za neplaniranu trudnoću [7]. Oko 6 % žena koje su silovane zatrudne kao posljedica silovanja. Rizici povezani s muškarcima često se zanemaruju, iako mogu uključivati čimbenike poput broja seksualnih partnera tijekom života, financijskih poteškoća, povijesti seksualnog zlostavljanja te života u ruralnim područjima [7]

Otpriblike 1 od 10 trudnoća završi nesigurnim pobačajem, što daje omjer od 1 nesigurnog pobačaja na oko 7 živorođene djece [8]. Najveća učestalost nesigurnog pobačaja nalazi se u Latinskoj Americi, Africi i jugoistočnoj Aziji [8]. Većinu ovakvih pobačaja obavljaju nekvalificirani radnici u zabačenim i priručnim klinikama. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, svakih 8 minuta jedna žena u zemljama u razvoju umrijet će od komplikacija koje proizlaze iz nesigurnog pobačaja.

Svjetska zdravstvena organizacija smatra nesiguran pobačaj jednim od uzroka smrtnosti majki koji se najlakše mogu spriječiti, ali i problemom javnog zdravlja [8].

U cijeloj Europi, osim u Irskoj i Poljskoj, namjerni prekid trudnoće uglavnom je legalan, široko dostupan i siguran. Čak su i Sjedinjene Američke Države legalizirale pobačaj na nacionalnoj razini zbog spoznaje da restriktivne politike nisu smanjile broj pobačaja, već su negativno utjecale na javno zdravlje, posebice među osobama koje si nisu mogle priuštiti siguran pobačaj. [9]. U Hrvatskoj je pobačaj legaliziran i po trenutno važećem zakonu svaka žena ima

pravo na njegov odabir do 12. tjedna trudnoće. Usprkos navedenom, mnogo liječnika ima priziv savjesti i odbija ga provoditi.

Podaci pokazuju da, iako je ukupna stopa prekida trudnoće smanjena, udio nesigurnih prekida trudnoće raste, posebno u zemljama u razvoju. Zanimljiv podatak je svakako da je u zemljama s najvećim porastom korištenja kontracepcije, stopa prekida trudnoće značajno opala. [9].

Ovaj oblik prekida trudnoće često se provodi u neadekvatnim uvjetima, bez stručnog nadzora ili pristupa sigurnim medicinskim metodama, što povećava rizik od teških komplikacija poput infekcija, ozljeda, krvarenja, kasnije trajne neplodnosti i čak smrti. Osim medicinskih posljedica, nesigurni prekidi trudnoće utječu na društvenu stigmatizaciju i ekonomske prilike, posebno u zemljama s ograničenim pristupom reproduktivnoj zdravstvenoj zaštiti. [10].

Perforacija maternice te ozljede mokraćnog mjehura i crijeva, najčešće su komplikacije nereguliranih i nesigurno izvedenih pobačaja. Razlog visokog postotka komplikacija nalazi se u tome, što većinu zahvata takvih pobačaja rade nestručne, neobučene osobe, tj. nekvalificirani radnici u vrlo nehigijenskim uvjetima [10]. Prema jednom istraživanju, 11,2 % žena koje su sudjelovale u nereguliranim prekidima trudnoće imalo je za posljedicu neku ozljedu crijeva, a većinu pobačaja izvršili su nekvalificirani ljudi. Ovi nekvalificirani pružatelji usluga najčešće su lako dostupni trudnicama u slabije razvijenim zemljama ili u zemljama gdje pobačaj nije legalan [10]. Unatoč nepovoljnom ishodu pobačaja, nizak socioekonomski status žena iz ove studije bio je pokretač koji ih je natjerao da pribjegu pobačaju radije nego da prakticiraju kontracepciju. Kako su navele, to podrazumijeva „jednokratni” trošak u usporedbi s periodičnim troškom kupnje kontracepcije.

Procjenjuje se da se svake godine obavi oko 25 milijuna nesigurnih pobačaja diljem svijeta, od kojih se većina događa u zemljama u razvoju gdje je pristup sigurnom i legalnom pobačaju ograničen. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (WHO), nesigurni pobačaji razlog su oko 13% smrti majki globalno [8].

Postoji veza između nesigurnog pobačaja i restriktivnih zakona o pobačaju. Srednja stopa nesigurnih pobačaja u 82 zemlje s najrestriktivnijim zakonima o pobačaju iznosi do 23 na 1000 žena u usporedbi s 2 na 1000 u zemljama koje dopuštaju pobačaj [8]. Čini se da manje restriktivni zakoni o pobačaju ne povećavaju ukupnu stopu pobačaja, nego samo reguliraju iste s manje neželjenih posljedica po žene. Najniža stopa u svijetu je u Europi, gdje je pobačaj legalan i lako dostupan, jer je upotreba kontracepcije visoka. U usporedbi s Latinskom Amerikom,

Afrikom i jugoistočnom Azijom gdje su zakoni o pobačaju restriktivniji, a uporaba kontracepcije niska, stope se kreću od 20 do 39 na 1000 žena [8].

U zemljama u razvoju dvije trećine neželjenih trudnoća događa se kod žena koje ne koriste nikakvu kontracepciju. Komplikacije zbog nesigurnog pobačaja uzrokuju procijenjenih 13 % smrtnih slučajeva majki u svijetu ili 70 000 smrtnih slučajeva godišnje [10]. Nesiguran prekid trudnoće predstavlja ozbiljan medicinski, ali i društveni problem na globalnoj razini, s dalekosežnim posljedicama po dugoročno, naročito reproduktivno zdravlje žena.

2.2. Patološka trudnoća

Patološka trudnoća je stanje u kojem dolazi do odstupanja od normalnog tijeka trudnoće, što u konačnici može ugroziti zdravlje majke ili ploda. Danas 88 % svih trudnoća ima fiziološki tijek, tijekom kojeg je potrebna samo osnovna zdravstvena njega. U svega 12 % slučajeva opisuju se rizične trudnoće koje zahtijevaju dodatnu i specifičnu skrb [11]. Trudnoća se smatra rizičnom kada postoje medicinska stanja koja mogu ugroziti zdravlje ili život majke i ploda. Žene s visokorizičnim trudnoćama često zahtijevaju složenu skrb, uključujući prilagodbu načina života, medicinsku terapiju, pa čak i hospitalizaciju i dovršenje trudnoće. Zbog toga se mogu osjećati ranjivo i podložnije su stresu. Česte hitne hospitalizacije i prijetnje zdravlju majke i ploda negativno utječu ne samo na trudnice, već i na njihove obitelji. [11].

Čimbenici rizika za nastanak patološke trudnoće mogu biti različiti i uključuju zdravstveno stanje majke, dob, genetske, okolišne čimbenike itd. Kronične bolesti poput dijabetesa, hipertenzije ili bolesti srca značajno povećavaju rizik od komplikacija tijekom trudnoće. Trudnice starije od 35 godina također su sklonije patološkim trudnoćama. [11]. Povećani rizik postoji i kod žena s koje su imale neke komplikacije u prethodnim trudnoćama, kod višeplođnih trudnoća, ukoliko postoji povijest spontanih pobačaja ili prijevremenih poroda itd [12]. Loše životne navike, poput pušenja, zlouporabe alkohola ili droga, kao i izlaganje štetnim kemikalijama, dodatno povećavaju rizik za moguće komplikacije.

Redovite ginekološke kontrole i rano otkrivanje mogućih uzroka patologija ključni su za pravovremeno upravljanje rizicima i osiguranje zdravije trudnoće. Uspješnost u otkrivanju i liječenju patološke trudnoće ne ovisi samo o znanju i sposobnosti zdravstvenog tima, već i o dostupnosti i primjeni skupocjene tehničke opreme za dijagnostiku pojedinih poremećaja te aparata koji služe za održavanje prijevremeno rođene djece na životu (monitori, respiratori, inkubatori...) [12]. Rani probir rizičnih slučajeva i preventivne mjere u porodništu predstavljaju najučinkovitiji dio moderne antenatalne zaštite.

3. Medikamentozni prekid trudnoće

Medikamentozni pobačaj je sigurna, praktična i učinkovita metoda ranog prekida neželjene ili patološke trudnoće. [3]. Medikamentozni pobačaj može se izvesti u zdravstvenoj ustanovi ili u vlastitom domu, a mnoge ga žene doživljavaju „prirodnijim“ od kirurškog pobačaja. Većina trudnica koje zatraže prekid trudnoće to čine prije 10. tjedna, kada je prekid uz pomoć lijekova pouzdan i najvećem broju slučajeva djelotvoran. Najuvriježenija je upotreba dvaju lijekova, kombinacija oralnog mifepristona i mizoprostola u obliku tableta [3].

Medikamentozni prekid trudnoće često se započinje u ambulantnim uvjetima, gdje trudnica dobiva prvi lijek, mifepriston, pod nadzorom zdravstvenog osoblja. Nakon toga, proces se nastavlja kod kuće ili u zdravstvenoj ustanovi, ovisno o preporuci liječnika, uz primjenu mizoprostola [3].

3.1. Povijest

Mizoprostol je 1973. godine razvila američka farmaceutska tvrtka Searle. Pod imenom Cytotec. Pilula je izvorno reklamirana kao lijek za gastrointestinalne probleme i čireve. Sve do kasnih 1980-ih godina navedeni lijek nije se povezivao s pobačajima [13]. Kada je mizoprostol stigao na brazilsko tržište u kolovozu 1986. godine i bio odobren za prodaju bez recepta u ljekarnama, sve se promijenilo. Brazilski aktivisti u to vrijeme, pročitali su upozorenje na Cytotec bočicama „*ne koristiti ako ste trudni*“ i odlučili riskirati kako bi obavili pobačaj, što se na posljetku ispostavilo veoma učinkovitim. U zemlji u kojoj je pobačaj bio protuzakonit od 1890. godine, uz iznimke u slučaju silovanja ili opasnosti po život majke koje su u zakon dodane tek 1940. godine, mizoprostol se koristio kao „*rupa u zakonu*“ [13]. Spoznaja da mizoprostol izaziva pobačaj neformalno se proširila Latinskom Amerikom kroz neformalne aktivističke mreže koje bi dijelile informacije i praksu o tome kako ga sigurno koristiti.

Istraživači su naposljetku shvatili sve češću primjenu ovog lijeka za pobačaj, te je 1991. njemački liječnik objavio stručni članak u prestižnom časopisu Lancet, upozoravajući da zlouporaba mizoprostola može uzrokovati malformacije. Ubrzo nakon toga, lijek više nije bio dostupan u Brazilu bez recepta. S vremenom se mizoprostol počeo sve češće koristiti, a zakoni oko tog lijeka pooštravali su se u mnogim državama [13]

Za razliku od misoprostola, mifepriston je oduvijek bio shvaćen kao lijek za pobačaj. Njegov izumitelj, endokrinolog i biokemičar Etienne-Emile Baulieu je prije gotovo 50 godina počeo smišljati ideju o tableti za trudnoću, te je bio uvjeren da će pronalaskom istoga potaknuti

malu revoluciju. Pilula koja bi mogla prekinuti trudnoću i omogućiti ženama da izbjegnu kirurški zahvat bila bi korak naprijed u borbi za prava žena. Nadao se da bi do 21. stoljeća pilula za pobačaj mogla čak pomoći da se pobačaj u potpunosti eliminiira kao problem. Stoga je uvjerio farmaceutsku tvrtku Roussel-Uclaf, za koju je tada bio konzultant, da mu dopusti razvoj blokatora progesterona [14].

Baulieu je prvi sintetizirao mifepriston 1980. godine godine pod nazivom „RU-468“, gdje „RU“ označava farmaceutsku tvrtku Roussel-Uclaf, a „468“ je sekvencijski broj molekule. Međutim, uvođenje pilule, od prvih medicinskih ispitivanja do tržišnog odobrenja, bila je teška bitka. Postojao je transnacionalni napor aktivista protiv pobačaja iz Francuske i Sjedinjenih Američkih Država da se zaustavi njegovo uvođenje na tržište [14]. Prosvjednici protiv pobačaja blokirali su ulaze francuskih veleposlanstava u Americi, kao i sjedišta kompanije u Americi, Francuskoj i Njemačkoj. Usprkos prosvjedima, mifepriston su konačno odobrile francuske zdravstvene vlasti u rujnu 1988. godine, no protivljenje je bilo toliko intenzivno da je manje od mjesec dana kasnije Roussel-Uclaf rekao da će povući pilulu s tržišta. Srećom, francuska je vlada imala udio u tvrtki, pa je francuski ministar zdravstva u to vrijeme Claude Evin izvršio pritisak na tvrtku da nastavi s prodajom [14].

Kina je odobrila mifepriston iste godine kada je to učinila Francuska, budući da je u to vrijeme provodila svoju politiku jednog djeteta, a država je čak poticala žene na pobačaj. U Ujedinjenom Kraljevstvu je odobren 1991. godine, a u Švedskoj godinu dana kasnije. Otkako je američka Uprava za hranu i lijekove (FDA) 2000. godine prvi put odobrila njegovu upotrebu za medikamentozni pobačaj, više od 3,7 milijuna američkih žena koristilo je mifepriston u kombinaciji s mizoprostolom za medikamentozni abortus [14].

U Sjedinjenim Američkim Državama prvi odobreni režim mifepristona praćen mizoprostolom omogućen je 2000. godine za medikamentozni pobačaj prije 49 dana trudnoće. Izvorni protokol zahtijevao je tri posjeta klinici i koristio je visoku dozu mifepristona (600 mg). Naknadna klinička ispitivanja pokazala su da je niža doza mifepristona (200 mg) praćena visokom dozom mizoprostola (800 mcg) bila jednako učinkovita kao i izvorni režim [14]. Iako je mifepriston nakon kojeg slijedi mizoprostol učinkovitiji što se ranije primijeni u trudnoći i najveći pri < 42 dana (6 tjedana), ostaje 93 % učinkovit za pobačaje ≤ 70 dana (10 tjedana) s 2,9 % rizika od nastavka trudnoće. Posljedično, 2016. godine ažurirane su smjernice primjene mifepristona za prekid trudnoće do 70 dana (10 tjedana) trudnoće sa smanjenjem broja obveznih osobnih posjeta liječniku na jedan. [14].

Zemlje s pristupom pobačaju poput Australije i Kanade odobrile su lijek mnogo kasnije, 2012., odnosno 2014. godine. Mifepriston se u Hrvatskoj primjenjuje kao lijek pod imenom Mifegyne, a u upotrebi je od 2015. godine. Osim Mefigynea, u Hrvatskoj se koriste i tablete Misopregmol [14].

3.2. Prednosti

Medikamentozni prekid trudnoće postaje sve češći izbor zbog svojih brojnih prednosti u odnosu na kirurške metode. Ovaj postupak omogućuje ženama da prekid trudnoće obave u ranim fazama trudnoće, na siguran i diskretan način. Neke od ključnih prednosti medikamentoznog prekida trudnoće uključuju: [15]:

- izbjegavanje invazivnih postupaka i mogućih kirurških komplikacija (npr. perforacija maternice, mjehura....)
- ne zahtjeva anesteziju
- može biti sigurnije za osobe s pretilošću ili iskrivljenjem šupljine maternice
- šire dostupno
- ekonomski prihvatljivije, dostupno osobama slabijeg ekonomskog statusa
- omogućava pobačaj u kućnom okruženju
- mnoge žene ga doživljavaju kao prirodniji

3.3. Nedostaci

Iako medikamentozni prekid trudnoće nudi brojne prednosti, važno je razmotriti i njegove nedostatke. Ovaj postupak nije prikladan za sve trudnice, te može biti praćen određenim rizicima. Neki od glavnih nedostataka medikamentoznog prekida trudnoće uključuju: [15]:

- obično oduzima više vremena od kirurških pobačaja, kao što zahtijeva i više posjeta liječniku
- u određenim slučajevima lijekovi možda neće biti učinkoviti, što zahtijeva ponovnu primjenu ili kirurški pobačaj
- bol i krvarenje općenito traju duže nego nakon kirurškog pobačaja
- teško je predvidjeti kada će pobačaj lijekovima biti dovršen, može potrajati dulje od očekivanih 3 do 10 sati, nakon uzimanja drugog lijeka
- veća incidencija/učestalost nuspojava

3.4. Kontraindikacije

Medikamentozni prekid trudnoće nije prikladan za sve žene, jer postoje određene kontraindikacije koje mogu povećati rizik od komplikacija ili smanjiti učinkovitost postupka. Prije započinjanja ove metode, važno je procijeniti individualno zdravstveno stanje kako bi se osiguralo da je postupak siguran. Kontraindikacije za medikamentozni pobačaj, odnosno kombinaciju mifepristona i mizoprostola [16]:

- intrauterini uložak – ako se ne može ukloniti, kirurški pobačaj je preporučena sigurna opcija,
- hemoragijski poremećaj ili liječenje antikoagulansima
- dugotrajna primjena oralnog kortikosteroida
- vrijeme putovanja do bolničke hitne službe s uslugama transfuzije krvi dulje od dva sata u 14 dana nakon uzimanja mifepristona
- potvrđena izvanmaternična trudnoća ili sumnja na nju
- preosjetljivost na mifepriston, mizoprostol (ili bilo koji prostaglandin)
- nesigurnost u pogledu gestacijske dobi
- nasljedna porfirija

- teška anemija, ishemijska bolest srca, epilepsija
- astma koja je nestabilna ili se liječi dugotrajnom preventivnom terapijom

3.5. Mifepriston

Za upotrebu u prekidu trudnoće, mifepriston djeluje blokiranjem progesterona, koji je primarni hormon u pripremi endometrija za implantaciju i senzibilizaciji tijela na učinke prostaglandina povećanjem njihove sinteze i smanjenjem njihovog metabolizma. Uzrokuje otpuštanje endogenih prostaglandina i povećanje osjetljivosti miometrija na kontraktilne učinke prostaglandina. Porast prostaglandina rezultira menstrualnim krvarenjem, narušavanjem integriteta endometrija, a potom i pobačajem [17].

Farmakokinetika mifepristona [17]:

- apsorpcija – brzo se apsorbira, a vršne koncentracije u plazmi postižu se 90 minuta nakon primjene
- distribucija – ima visoki afinitet vezanja za proteine plazme (približno 98 %); veže se za albumin i alfa-1-kiseli glikoprotein, može prijeći krvno-moždanu barijeru
- metabolizam – metabolizira se pomoću CYP3A4, CY2C8, CYP2C9 i CYP2B6; stvara farmakološki aktivne metabolite
- eliminacija – prosječno vrijeme eliminacije mifepristona iz organizma je 18 sati (pojedinačna doza), a primarni put eliminacije je kroz izmet

Mifepriston je općenito dostupan kao oralna tableta u pripravcima od 200 i 300 miligrama. Prema smjernicama Američkog koledža opstetričara i ginekologa (ACOG) za medikamentozni pobačaj, mifepriston se može koristiti u prvih 70 dana (10 tjedana) trudnoće. Liječnici bi trebali potvrditi trudnoću i procijeniti gestacijsku dob [14]. Svaki prisutni intrauterini uložak mora se ukloniti prije početka primjene mifepristona. Režim za prekid trudnoće uključuje jednokratnu dozu mifepristona od 200 mg oralno i mizoprostola 800 µg bukalno [14].

Teške reakcije koje se mogu pojaviti nakon korištenja mifepristona uključuju fetalnu smrt, anafilaktičke reakcije, toksičnu epidermalnu nekrolizu, angioedem i teratogenezu. Umjerene reakcije mogu se očitovati kao hipokalemija, periferni edem, hipertenzija, dispneja, konstipacija, hipoglikemija, vaginalno krvarenje, kontrakcije maternice, stomatitis, valovi vrućine, hiperplazija endometrija, anemija, adrenokortikalna insuficijencija, palpacije i hipotenzija [17]. Dok blage reakcije uključuju mučninu, bol u trbuhu, vrućicu, povraćanje, umor, glavobolju, proljev, vrtoglavicu, sinusitis, faringitis, malaksalost, nesanicu, makulopapulozni osip, svrbež, bol u zdjelici, zimicu, menstrualne nepravilnosti, emocionalnu labilnost i sinkopu [17].

Pacijentice koje su prethodno imale reakciju preosjetljivosti na terapiju mifepristonom ili prostaglandinom ne bi trebali primati terapiju mifepristonom. Reakcije preosjetljivosti uključuju simptome anafilaksije, angioedem, osip, koprivnjaču i svrbež. Dodatne kontraindikacije uključuju poremećaji krvarenja i zatajenje nadbubrežne žlijezde [17]. Liječnici moraju isključiti ektopičnu trudnoću prema deklaraciji proizvoda prije propisivanja terapije. Ako pacijentica u anamnezi ima neobjašnjivo vaginalno krvarenje, karcinom endometrija ili hiperplaziju endometrija sa znakovima atipije, ne smije koristiti mifepriston. Liječnici moraju paziti na simptome bolova u trbuhu, infekcije, sepse i vaginalnog krvarenja nakon početka primjene mifepristona [17]. Ukoliko se ti simptomi razviju, pacijentica bi trebala odmah prestati koristiti mifepriston i potražiti liječničku pomoć.

3.6. Mizoprostol

Uterotonični učinci mizoprostolola uzrokovani su vezanjem prostaglandina na glatke mišićne stanice u sluznici maternice, koji potom omogućuju abortivne reakcije i sposobnost poticanja poroda i sazrijevanja vrata maternice (cerviksa). Proširenje cerviksa nastaje kao posljedica razgradnje kolagena u vezivnom tkivu i smanjenja napetosti cerviksa, što se događa zbog jačih i češćih kontrakcija. Uterotonična svojstva lijeka također su korisna za smanjenje postporođajnog krvarenja [18].

Farmakokinetika mizoprostola [18]:

- apsorpcija - brzo se apsorbira nakon oralne primjene; vršna koncentracija u plazmi je 12 ± 3 minute. Početak djelovanja (inhibicija izlučivanja želučane kiseline) je otprilike 30 minuta nakon oralne primjene i traje oko 3 sata
- distribucija - vezanje mizoprostolne kiseline na proteine plazme je <90 %, mizoprostol se izlučuje u majčino mlijeko

- metabolizam - mizoprostol je predlijek koji se metabolizira deesterificiranjem u aktivni metabolit mizoprostolnu kiselinu
- eliminacija - primarno se izlučuje urinom kao neaktivni metaboliti.

Put primjene koji je odobren je oralni i bukalni (u kombinaciji s mifepristonom). Mizoprostol se također može primijeniti sublingvalno, vaginalno ili rektalno putem digitalnog postavljanja tableta ili čepića. Indiciran je za medikamentozni prekid trudnoće do 70 dana [13]. Prema smjernicama, liječnici bi trebali potvrditi trudnoću i procijeniti gestacijsku dob prije započinjanja postupka prekida trudnoće. Preporučeni režim uključuje jednu dozu mifepristona od 200 mg, nakon koje slijedi doza mizoprostola od 800 µg bukalno. Prvog dana uzima se mifepriston oralno, dok se drugog ili trećeg dana četiri tablete mizoprostola od 200 µg stavljaju na bukalnu sluznicu, ukupno 800 µg. Tablete mizoprostola drže se na bukalnoj sluznici najmanje 30 minuta kako bi se osigurala apsorpcija. Potrebno ih uzeti unutar 24 do 48 sati nakon mifepristona. [13].

Najčešće prijavljene nuspojave općenito su blage, uključujući drhtavicu/zimicu, proljev, bol u trbuhu, hipertermiju, mučninu, povraćanje, nadutost, zatvor, dispepsiju, glavobolju, probojno krvarenje i menstrualne nepravilnosti. Manje često prijavljeni blagi štetni učinci uključuju sinkopu, letargiju, slabost i vrtoglavicu. Umjerene do teške reakcije su rjeđe i uključuju hipotenziju, sinusnu tahikardiju, fetalnu bradikardiju, kontrakcije maternice i bol, vaginalno krvarenje, edem, infarkt miokarda, rupturu maternice, laceraciju vrata maternice, fetalnu smrt, teratogenezu, plućnu emboliju i tromboza [18].

Mizoprostol je kontraindiciran kod osoba s prethodnim alergijskim reakcijama ili preosjetljivosti na prostaglandin.

3.7. Rhesonativ

Rh imunoglobulin je proizvod dobiven iz ljudske krvi koji se koristi za sprječavanje imunološke reakcije kod Rh negativnih osoba koje su izložene Rh pozitivnoj krvi, primjerice tijekom trudnoće ili transfuzije. Ovaj lijek pomaže u sprječavanju nastanka senzibilizacije, odnosno razvoja antitijela koja bi mogla ugroziti buduće trudnoće ili izazvati komplikacije kod primatelja transfuzije.

Prije otkrića Rh imunoglobulina, 9% do 10% Rh negativnih pacijentica postalo je senzibilizirano sa svakom trudnoćom [19]. Stopa Rh senzibilizacije majke smanjila se na između 1,1 % i 1,6 % s usvajanjem rutinskog liječenja pri porodu i smanjila dalje na približno 0,2 % s dodatnom profilaksom u trećem tromjesečju u SAD-u, Kanadi, Velikoj Britaniji, Europi, Australiji i Novom Zelandu. Svjetska zdravstvena organizacija 2022. godine preporučila je odustajanje od Rh testiranja i liječenja prije medikamentoznog prekida trudnoće u trudnoći kraćoj od 12 tjedana. Iako su se mnoge stručne smjernice također promijenile, i dalje postoji značajna varijabilnost u preporukama za Rh testiranje i liječenje u ranoj trudnoći [19].

Rhesonativ je imunoglobulin koji sadrži protutijela na Rhesus faktor. Ukoliko trudnica čijim crvenim krvnim zrnima nedostaje Rhesus faktor (Rh negativan) nosi dijete koje ima Rhesus faktor (Rh pozitivan), njezin imunološki obrambeni sustav može biti stimuliran da stvori protutijela na Rhesus faktor. Ova protutijela mogu naštetiti njezinom nerođenom djetetu, osobito u svim sljedećim trudnoćama. Rhesonativ se koristi kako Rh-negativne žene ne bi bile imunizirane tijekom trudnoće i poroda, te na taj način sprečava štetnost za nerođeno dijete [19].

4. Uloga medicinske sestre

Dostupnost legalnog i sigurnog prekida trudnoće štiti autonomiju žena te smanjuje njihov morbiditet i mortalitet, i smatra se jednim od osnovnih ljudskih prava. Međunarodno pravo o ljudskim pravima prepoznaje uskraćivanje pristupa prekidu trudnoće kao oblik diskriminacije koji ugrožava niz drugih prava. Kada je pristup prekidu trudnoće neopravdano ograničen, mogu biti narušena i druga međunarodno priznata prava. Države su dužne poštovati i štiti ljudska prava, uključujući prava žena na autonomiju i reproduktivno zdravlje. [2].

Pobačaj se definira kao rani prekid trudnoće i može biti spontan, induciran ili izazvan, nakon čega slijedi izbacivanje gestacijskog produkta prije 22. tjedna trudnoće ili kada plod teži manje od 500 grama i mjeri manje od 25 cm [19].

Sestrinstvo ima važnu ulogu kod prekida trudnoće i trebalo bi pružiti humaniziranu i etičku skrb, koja zadovoljava stvarne potrebe žena, poštujući život, dostojanstvo i prava ljudske osobe tijekom njihova životnog ciklusa, bez diskriminacije bilo koje prirode i čuvajući tajnost. Medicinske sestre predstavljaju najbrojniju grupu zdravstvenih djelatnika, te imaju ključnu ulogu u pružanju skrbi prilikom prekida trudnoće diljem svijeta. Njihova zaduženja i odgovornosti jasno su definirane i regulirane na temelju obrazovanja, stručnih kompetencija i važećih zakonskih propisa, čime se osigurava kvalitetna i standardizirana skrb za pacijentice.

Prije postupka medikamentoznog prekida trudnoće, medicinska sestra treba pojasniti postupak prije nego što se isti izvede i ostati uz pacijenticu kako bi mogla pružiti povratne informacije. Fizička prisutnost umiruje i može povećati suradnju i promicati osjećaj sigurnosti [27]. Savjetovanje o prekidu trudnoće uključuje pomoć pacijentici u utvrđivanju kako ona doživljava trudnoću, informacije o dostupnim izborima i informacije o vrstama postupaka prekida trudnoće. Pružanje informacija trudnici omogućuje joj donošenje odluke. Trudnice cijene pravodobne, transparentne i nepristrane informacije koje mogu razumjeti o postupku prekida i što očekivati nakon njega [28].

4.1. Postupak

Prije medikamentoznog prekida trudnoće važno je potvrditi da postoji intrauterina trudnoća, budući da kombinacija mifepristona i mizoprostola nije učinkovita za izvanmaterničnu trudnoću. Intrauterina trudnoća potvrđuje se prisutnošću žumanjčane vrećice. To je obično vidljivo u 5-6 tjednu trudnoće za vrijeme vaginalnog ultrazvuka. [21]. Mjerenje kvantitativne koncentracije ljudskog korionskog gonadotropina u serumu preporučuje se na dan (ili što je prije moguće prije) uzimanja mifepristona. Ova osnovna vrijednost omogućuje usporedbu s ponovljenim mjerenjem sedam dana nakon doze mifepristona, kako bi se potvrdio završetak pobačaja. Pretrage na koje treba misliti uključuju provjeru hemoglobina i razine željeza, posebno ako postoji sumnja na anemiju, kao npr. kod žena s obilnim menstruacijama. Kontrola krvne slike ključna je u ovakvim situacijama. [20].

Nakon potvrde intrauterine trudnoće, trudnica mora ispuniti informirani pristanak za postupak medikamentoznog prekida trudnoće, te proći edukaciju od strane zdravstvenog osoblja koja uključuje pružanje informacija o tome kako uzimati lijekove, njihovim očekivanim učincima, nuspojavama i mogućim komplikacijama, uključujući savjete o tome kada se javiti hitnoj službi [21]. Režim za medikamentozni prekid trudnoće dolazi u obliku pakiranja koje uključuje jednu tabletu mifepristona od 200 mg i četiri tablete mizoprostola od 200 µg.

U početku se daje tableta mifepristona od 200 mg u jednoj oralnoj dozi. Drugog ili trećeg dana mizoprostol treba staviti na bukalnu sluznicu kao 4 tablete od 200 µg (ukupno 800 µg). Mizoprostol treba uzeti unutar 24 do 48 sati nakon uzimanja mifepristona. Mizoprostol treba držati na sluznici obraza najmanje 30 minuta. Učinkovitost se smanjuje kada se mizoprostol primjenjuje <24 sata ili >48 sati nakon primjene mifepristona [17].

Nuspojave su rijetke, ali ako dođe do povraćanja unutar jednog sata od uzimanja, doza se mora ponoviti. Normalne aktivnosti se mogu nastaviti. Lagano krvarenje je uobičajeno. Trudnoća se prekida u samo oko 5 % slučajeva prije uzimanja mizoprostola, međutim važno je da se mizoprostol uzima prema planu kako bi se smanjile šanse za zadržavanje produkata [21].

Preporučuje se primjena antiemetika i nesteroidnih protuupalnih lijekova 30-60 minuta prije uzimanja mizoprostola, uz dodatak jačih analgetika prema potrebi. Jači analgetici mogu se primijeniti preventivno prije mizoprostola radi kontrole boli, no mnoge žene ih koriste samo prema potrebi. Mizoprostol se uzima bukalno 36-48 sati nakon mifepristona, prema unaprijed dogovorenom vremenu koje odgovara pacijentici. Dvije tablete stavljaju se između desni i obraza sa svake strane usta i drže 30 minuta, nakon čega se preostali materijal proguta. Mizoprostol može izazvati nuspojave poput mučnine, glavobolje, povišene temperature i proljeva[21].

4.2. Komplikacije postupka

Grčevita bol, općenito jača od menstrualne boli, može početi unutar 1-4 sata od uzimanja misoprostola. Krvarenje općenito uslijedi nakon boli i obično je jače od normalne menstruacije, a krvni ugrušci su uobičajeni. Ovo krvarenje obično se smanjuje nakon što se izbace proizvodi začeca. Krvarenje ostaje slično menstruaciji 5-7 dana prije nego što se postupno smanji [22]. Česte su fluktuacije u količini krvarenja i ugrušaka. Krvarenje prestaje do 14. dana u približno 65 % slučajeva, ali lagano krvarenje ili točkasto krvarenje može trajati 4-5 tjedana. Sve žene treba pratiti nakon medikamentoznog prekida trudnoće. To uključuje savjete o izbjegavanju spolnog odnosa, tampona, kupki i plivanja, sedam dana nakon, kako bi se smanjio rizik od infekcije. Preporuka je javiti se u hitnu službu u slučaju jakog krvarenja ili jake boli [22].

Komplikacije medikamentoznog prekida trudnoće nisu uobičajene, ali ih je važno prepoznati i prikladno liječiti. Stope komplikacija su [24]:

- zadržani produkti začeca koji zahtijevaju kirurški zahvat - do 5 %
- nastavak održive trudnoće - 0,8 %
- infekcija gornjeg genitalnog trakta koja zahtijeva intravensku primjenu antibiotika - 0,1 - 0,2 %
- krvarenja koja zahtijevaju transfuziju - 0,1 %

Na zadržavanje tkiva (rezidu) nakon postupka sumnja se ukoliko pacijentica navodi stalno jače krvarenje od očekivanog i grčevima. Zaostali produkti mogu se potvrditi

ultrazvukom. Liječenje ovisi o simptomima kao što su bolni grčevi, veličini zadržanih produkata, razvoju anemije i preferencijama pacijentice [24].

Opcije su ekspektivna terapija ili ponavljanje doziranja mizoprostola (400 mikrograma bukalno, s dodatnih 400 mikrograma bukalno u četiri sata ako nije došlo do značajnog krvarenja) ili kirurška kiretaža. Dilatacija i kiretaža je postupak kojim se uklanja sadržaj iz unutrašnjosti maternice. Dilatacija podrazumijeva širenje cervikalnog kanala, dok kiretaža uključuje struganje ili uklanjanje tkiva s unutarnje stijenke maternice, koristeći kirurški instrument kiretu. Ovaj postupak se koristi za kontrolu krvarenja ili uklanjanje zadržanog tkiva nakon spontanog ili medikamentoznog prekida trudnoće, kao i nakon poroda [25]. Ukoliko se sumnja na infekciju, potrebni su antibiotici kako bi se spriječile komplikacije [24]. Treba posumnjati na održivu trudnoću koja je u tijeku ako se unutar 24 sata od uzimanja mizoprostola pojavi malo, lagano krvarenje ili nikakvo krvarenje, osobito ako se produkti začeca ne vide niti se osjeti da su izašli, a simptomi trudnoće i dalje traju. Ako se trudnoća potvrdi i trudnoća ostane unutar 63 dana, mifepriston i mizoprostol se mogu ponoviti, inače je potreban kirurški zahvat. Ako žena želi nastaviti s trudnoćom, mora biti obaviještena da može postojati rizik od značajnih abnormalnosti fetusa [24]. Preporuča se upućivanje na specijalističko vođenje trudnoće.

Infekcija nakon medicinskog prekida trudnoće može se pojaviti s blagim ili suptilnim simptomima, što može otežati pravovremeno prepoznavanje. Većina infekcija u ovom kontekstu povezana je s zadržanim proizvodima začeca, kao što su dijelovi posteljice ili plodove vode, koji mogu uzrokovati upalnu reakciju. Infekcije gornjeg genitalnog trakta obično su polimikrobne, što znači da uključuju različite vrste mikroba. To može uključivati bakterije koje normalno obitavaju u vagini, ali i druge patogene. [26]. Kod sumnje na infekciju, liječenje se obično provodi oralnim antibioticima poput amoksicilina u kombinaciji s klavulanskom kiselinom, i to tijekom sedam dana, kako bi se učinkovito eliminirali uzročnici infekcije. U težim slučajevima, kada je infekcija ozbiljna ili se ne povlači s oralnim antibioticima, može biti potrebna intravenska primjena antibiotika u bolničkim uvjetima. Također, kod pacijenata s rizičnim faktorima, treba razmotriti i mogućnost spolno prenosivih infekcija i odgovarajuće liječenje prema specifičnim potrebama pacijenta [26].

Postoje dvije metode za potvrdu da trudnoća nije održiva. Najčešća je mjerenje razine humanog korionskog gonadotropina (hCG) u krvi, pri čemu se očekuje pad od najmanje 80% sedam dana nakon uzimanja mifepristona. Alternativno, može se koristiti test trudnoće u urinu niske osjetljivosti za kućnu primjenu, 16-21 dan nakon uzimanja mifepristona. Ako test pokaže pozitivan rezultat, potrebno je ponovno izmjeriti hCG u krvi kako bi se isključila trudnoća.

Standardni testovi na trudnoću u urinu nisu prikladni za ovu svrhu. Cilj je potvrditi uspješan prekid trudnoće, odsutnost simptoma komplikacija i osigurati odgovarajuću kontracepciju [23].

4.3. Intervencije medicinske sestre

Nakon medikamentoznog prekida trudnoće, sestrinski plan skrbi za pacijentice uključuje procjenu biopsihosocijalnog statusa, davanje odgovarajućih uputa/informacija, promicanje strategija suočavanja i emocionalnu podršku te sprječavanje komplikacija.

Sljedeći su prioriteti u zdravstvenoj njezi pacijentica nakon medikamentoznog pobačaja [27]:

- emocionalna podrška i savjetovanje
- kontrola boli i udobnost
- obrazovanje i informacije o skrbi nakon pobačaja
- procjena i praćenje tjelesnog blagostanja
- savjetovanje o mogućnosti kontracepcije
- osigurati privatnost i očuvati povjerljivost
- upućivanje i koordinacija naknadne skrbi prema potrebi

Prije i nakon prekida trudnoće žene mogu doživjeti različite emocije, poput tuge i žalosti, osobito u slučajevima gubitka trudnoće koji nije bio planiran. Nekim ženama može biti potrebna dodatna podrška ili upućivanje na savjetovanje s liječnikom za mentalno zdravlje, osobito onima s postojećim problemima na tom području. Istraživanja pokazuju da prekid trudnoće ne povećava rizik od negativnih mentalnih posljedica u usporedbi s nastavkom neplanirane trudnoće [27].

Posttraumatski stres povezan je s perinatalnom tugom, depresijom i anksioznošću kod trudnica s prethodnim medikamentoznim ili spontanom pobačajem. Medicinska sestra mora procijeniti anksioznost kod trudnice i potaknuti ju na izražavanje osjećaja. Pacijentica i njezin partner možda se suočavaju s osjećajima krivnje i obično će proći kroz proces tugovanja i imati simptome tjeskobe i depresije. Rasprave o pobačaju često dovode do stigmatizacije žena i osjećaja da su isključene iz društva. [27]. Zakoni o pobačaju također su utjecajni jer određuju vrijeme i medicinska stanja zbog kojih se trudnoća može prekinuti. Okruženje u kojem se o trudnici skrbi i odnos liječnika, medicinske sestre i pacijentice također utječu na njeno iskustvo.

Medicinska sestra treba poticati trudnicu da postavlja pitanja i, gdje je to moguće, sudjeluju u skrbi. Iznad svega, žene cijene empatiju i suosjećajnu skrb. Zahvalne su kada zdravstveni djelatnici priznaju da je njihova trudnoća željena i brinu se za njih na način bez osuđivanja. Medicinske sestre bi trebale osigurati mjere utjehe kao što su tehnike disanja i opuštanja. To može utjecati na fiziološke reakcije (krvni tlak, puls i disanje). Opuštenost može potaknuti pacijenticu da verbalizira osjećaje, smanjujući tako tjeskobu i strah [27].

Krvarenje je čest simptom kod svih metoda pobačaja. [22]. Krvarenje obično traje između 9 i 16 dana nakon prekida trudnoće. Međutim, prekomjerno krvarenje može ukazivati na nepotpuni prekid trudnoće ili druge komplikacije. U takvim situacijama važno je pratiti znakove hipovolemičnog šoka. Medicinska sestra treba nadzirati vitalne znakove, uključujući ubrzan puls, jaku glavobolju ili crvenilo lica. Promjene poput pada krvnog tlaka, ubrzanog rada srca i povećane brzine disanja mogu biti znakovi kasne faze hipovolemičnog šoka uzrokovano gubitkom krvi. [22].

Znakovi šoka mogu se pojaviti nakon 25 - 30 % gubitka krvi. Potrebno je pratiti i procijeniti gubitak krvi. Pretjerani gubitak krvi također može ukazivati na zaostalo tkivo ili perforaciju maternice. Praćenje količine urina vrši se često, svakih sat vremena, kao pokazatelj adekvatnosti volumena krvi. Može se postaviti trajni urinarni kateter kako bi se točno pratila količina urina i procijenila funkcija bubrega [22].

Medicinska sestra mora educirati pacijenticu o prijavljivanju znakova i simptoma krvarenja i pridržavanju propisanih lijekova. Pacijentica treba jasne upute o tome koliko je krvarenje abnormalno i koje promjene boje treba očekivati kod krvarenja [22]. Trebala bi znati da je svaki neobičan miris ili izlučivanje velikih ugrušaka također abnormalno. Ukoliko dođe do abnormalnog krvarenja, možda će biti potrebna transfuzija krvi i intravenske otopine, stoga medicinska sestra treba omogućiti intravenozni pristup pomoću igle velikog promjera [22].

Infekcija se potvrđuje ukoliko pacijentica ima simptome vrućice i grčevite bolove u trbuhu, a maternica je osjetljiva na palpaciju. Ako se ne liječi, takva infekcija može dovesti do sindroma toksičnog šoka, septikemije, zatajenja bubrega i smrti. Vrućica može biti prolazna reakcija na razdoblje smanjenog unosa tekućine koje je prethodilo zahvatu. Sve temperature više od 38,0 °C zahtijevaju pažljivu procjenu kako bi se izbjeglo zanemarivanje mogućnosti razvoja infekcije. Potrebno je uputiti pacijenticu da prijavi simptome koji ukazuju na komplikacije (npr. temperatura 38,0°C ili viša, zimica, malaksalost, abdominalna bol ili osjetljivost, jako krvarenje, obilno krvarenje s ugrušcima, neugodan miris i/ili zelenkasti vaginalni iscjedak) [26].

4.4. Etičko donošenje odluka

Pobačaj je tema koju većina pojedinaca i pružatelja zdravstvenih usluga najradije izbjegava, barem djelomično zbog stigme koju nosi gotovo posvuda, ali uglavnom u zemljama u kojima je pobačaj prema važećem zakonodavstvu kazneno djelo. Ovakav stav može dovesti do krajnosti nemogućnosti pružanja skrbi koja je potrebna ženama sa zakonskim pravom na prekid trudnoće i čiji bi život mogao čak ovisiti o tome ili koje hitno trebaju primiti liječenje za teške komplikacije nesigurnog pobačaja [29]. Pružanje skrbi osobama koje žele prekinuti trudnoću predstavlja veliki etički izazov liječnicima i drugim pružateljima zdravstvenih usluga, osobito u zemljama u kojima zakon kaže da je pobačaj kazneno djelo, unatoč činjenici da može postojati niz uvjeta u kojima se pobačaj može pružiti bez kažnjavanja. Koncept je da je to zločin i, budući da je takav, nosi stigmatu sličnu ili goru od one povezane s drugim djelima koje zakon kvalificira kao zločine.

Stigma koja se veže uz prekid trudnoće dovodi do različitih vrsta neetičkog ponašanja pružatelja zdravstvenih usluga. Odbijanje pružanja usluga sigurnog pobačaja ženama, uz navodni prigovor savjesti čak i kada su zakonski uvjeti za pobačaj ispunjeni čest je slučaj. Zdravstveni stručnjaci legitimno tvrde da prigovor savjesti izuzimaju od pružanja ili sudjelovanja u brizi o pobačaju na vjerskim, moralnim ili filozofskim razlozima [29]. Problem je u tome što liječnici i drugi pružatelji zdravstvenih usluga često zlorabe koncept prigovora savjesti. Drugi oblik neetičkog ponašanja odnosi se na diskriminaciju žena s komplikacijama koje proizlaze iz inducirano pobačaja ili čak spontanog pobačaja. Takva diskriminacija može izazvati ozbiljne posljedice po zdravlje žena [29].

Glavna prepreka pružanju zdravstvenih usluga je nespremnost liječnika koji se pozivaju na prigovor savjesti da pruže skrb o pobačaju. Iako postoje brojne različite prepreke pravu žena da dobiju usluge pobačaja, najteže je riješiti prigovor savjesti zbog etičke dileme između zaštite i promicanja prava žena i obrane prava pružatelja usluga da podrže svoju moralnu savjest. Međunarodno pravo ljudskih prava utvrđuje pravo na slobodu misli i vjere; međutim, isti zakon propisuje da sloboda djelovanja prema vlastitoj vjeri ili uvjerenjima može biti podvrgnuta ograničenjima radi zaštite temeljnih ljudskih prava drugih [30].

Koncept da prigovor savjesti ne može biti prepreka pružanju usluga koje su ženama potrebne za očuvanje zdravlja prisutan je u nizu preporuka o ljudskim pravima. Mnoge institucije za ljudska prava pozvala su države da osiguraju da korištenje prigovora savjesti ne sprječava pojedince u dobivanju zdravstvenih usluga na koje imaju zakonsko pravo [30]. Stoga zakoni i propisi ne dopuštaju pružateljima zdravstvenih usluga da koriste tvrdnju o prigovoru savjesti kao prepreku pristupu žena legalnim uslugama pobačaja. Smjernice Svjetske zdravstvene organizacije o sigurnom pobačaju propisuju da zdravstveni djelatnici koji traže prigovor savjesti moraju uputiti trudnice voljnom i obučenom pružatelju zdravstvenih usluga u istoj ili drugoj lako dostupnoj zdravstvenoj ustanovi, u skladu s nacionalnim zakonom [30].

Etičko donošenje odluka u zdravstvu i skrbi za pacijente vrti se oko donošenja dobrih izbora, koji neće štetiti uključenim stranama. Međutim, etičke dileme mogu se pojaviti kada je dostupno više od jednog izbora, a nijedan neće rezultirati pogrešnim ili ispravnim posljedicama. Iskustva, uvjerenja i vrijednosti pružatelja zdravstvene skrbi odredit će kako će se donijeti odluka; pobačaj je jedna takva situacija [31]. Pri vaganju opcija koje se tiču toga treba li izvršiti pobačaj i kako se brinuti za trudnicu, zdravstveni djelatnik mora uzeti u obzir pravne implikacije, uvjerenja pacijenta i pružatelja usluga kao i zdravstvene učinke te odluke. Međutim, majčina autonomija i neovisnost u donošenju odluka o vlastitom tijelu također se moraju uzeti u obzir. U obzir dolaze i pitanja kvalitete života jer ako abortus ugrožava život majke, onda se mora dati prioritet životu majke nad nerođenim djetetom. Interesi majke mogu se sukobiti s interesima fetusa, a to će odrediti koji će put biti odabran. Zdravstveni djelatnici imaju niz sukobljenih interesa koje moraju uskladiti prilikom skrbi za trudnicu kojoj je indiciran ili želi medikamentozni prekid trudnoće [31].

Od zdravstvenih djelatnika prilikom pružanja zdravstvenih usluga zahtijeva se etičko stajalište i razmatranje u situacijama koje su etički rizične, složene i dvosmislene. Član zdravstvenog tima koji je u najbližem odnosu s pacijentom i obitelji prilikom zdravstvene skrbi te ima stalnu komunikaciju s njima su medicinske sestre. U procesu zdravstvene njege, etičke vrijednosti su presudne pri poduzimanju djelovanja u okviru osjećaja dužnosti i moralnih standarda [31]. U današnje vrijeme medicinske sestre imaju proširene funkcije i uloge u zdravstvenim sustavima zbog kojih medicinske sestre moraju donositi kompliciranije etičke odluke i preuzimati odgovornost za njih. Medicinska sestra mora donijeti etički najbolju odluku za pacijenta s emocionalnog i logičkog razmatranja, a među teškim izborima odabrati etičke vrijednosti [31].

5. Prikaz slučaja

Prikaz slučaja u ovom radu odnosi se na pacijenticu koja je prošla kroz postupak medikamentoznog prekida trudnoće zbog složenih kliničkih indikacija. Svi podaci korišteni u prikazu prikupljeni su uz strogo poštivanje etičkih i profesionalnih standarda te su potpuno anonimni. Etičko povjerenstvo Opće bolnice „dr.Tomislav Bardek“ Koprivnica, procijenilo je i dalo odobrenje za korištenje podataka, osiguravajući time maksimalnu zaštitu privatnosti pacijentice i etičkih načela. Ovaj prikaz slučaja detaljno će prikazati tijek medikamentoznog prekida trudnoće, od inicijalne procjene stanja pacijentice do primjene specifičnih lijekova Mifegyne i Misoprostol. Postupak medikamentoznog prekida trudnoće, koji se provodi u skladu s preporukama i smjernicama stručnih tijela, prikazuje izazove u skrbi, posebno s obzirom na emocionalnu podršku i praćenje pacijentice.

Uloga medicinske sestre u ovom postupku izuzetno je važna, od pripreme pacijentice, kroz edukaciju o lijekovima i mogućim nuspojavama, do postoperativnog praćenja i pružanja emocionalne podrške. Također, prikaz će istaknuti profesionalne izazove s kojima se medicinske sestre suočavaju, uključujući etičke dileme i praktične aspekte pružanja skrbi u osjetljivim situacijama. Ovaj prikaz slučaja stoga služi kao važan doprinos razumijevanju ne samo medicinskih već i psiholoških i etičkih aspekata medikamentoznog prekida trudnoće, s posebnim naglaskom na ulogu i izazove s kojima se susreću medicinske sestre u svojoj svakodnevnoj praksi.

Pacijentica N.N., stara 40 godina, primljena je na Odjel ginekologije 28.09.2023. zbog ultrazvučno potvrđene intrauterine smrti fetusa u 24. tjednu trudnoće, a radi nastavka medikamentoznog prekida trudnoće. U obiteljskoj anamnezi bilježi se da je majka pacijentice operirala karcinom dojke. Osobna anamneza pacijentice uključuje ulcerozni kolitis koji je u remisiji od 2015. godine. Pacijentica negira alergije na lijekove te je na redovitoj terapiji vitaminskim suplementima i magnezijem. Trenutna trudnoća pacijentice je šesta po redu i ostvarena je spontano. Pacijentica je redovito dolazila na kontrole tijekom trudnoće, koja je do sada protjecala uredno. Menstrualni ciklusi su redoviti.

Povijest prijašnjih trudnoća je sljedeća:

- 2016. godina: Vaginalni porod, rođeno živo žensko dijete, Apgar uredan
- 2018. godina: Vaginalni porod, rođeno živo muško dijete, Apgar uredan
- 2020. godina: Blighted ovum, spontani pobačaj
- 2021. godina: Missed abortion u 10. tjednu trudnoće, proveden medikamentozni prekid trudnoće, primljena Rhesonativ terapija
- 2022. godina: Intrauterina smrt fetusa u 40. tjednu trudnoće

Tijekom sadašnje trudnoće, pacijentica je liječena zbog uroinfekta uzrokovanog bakterijom E.coli, i to terapijom Kalvocienom BID tijekom 10 dana. Krvna grupa pacijentice je A negativna. Dana 26.09.2023., u ginekološkoj ambulanti započeta je medikamentozna terapija Mifegynom (3 x 200 mg). S obzirom na situaciju, pacijentica je primljena na daljnje liječenje i praćenje u bolničkim uvjetima.

Pacijentica je primljena u bolnicu i smještena u odgovarajuću sobu. Nakon prijema, izmjerene su vitalne funkcije, a pacijentici je objašnjen protokol uzimanja lijekova i pojava mogućih nuspojava. U 08:45 sati, pacijentici je data prva doza Mispregnola (400 µg tableta za buccalnu primjenu). Pacijentica navodi da počinje osjećati bolove u abdomenu, ali još ne krvari. U 11:45 sati, primila je drugu dozu Mispregnola (400 µg, također buccalno), kao što je predviđeno terapijskim planom. Ubrzo nakon primjene druge doze Mispregnola oko 12:00 sati, pacijentica je počela izvještavati o bolovima, mučnini, krvarenju i grčevima. Zbog nastale situacije, odmah je postavljena i.v. braunila kako bi se omogućila primjena lijekova i.v. putem. Pacijentici je zatim intravenski dat analgetik s ciljem ublažavanja bolova i smanjenja nelagode te anemetik koji pomaže u sprječavanju i ublažavanju osjećaja mučnine. U 12:35 sati, obavljen je porod mrtvog muškog ploda. Plod nije imao vidljive malformacije na pregledu. Nakon poroda, pacijentici je ordinirana Methergin amp. i.v. kako bi se pokušala stimulirati kontrakcija maternice i pobačaj posteljice. Iako je terapija bila usmjerena na prirodno izbacivanje posteljice, do toga nije došlo. S obzirom na situaciju, pacijentica je pripremljena za daljnje postupke. Pacijentica je pripremljena za instrumentalnu evakuaciju i eksploraciju materišta kako bi se uklonile preostale komponente trudnoće i osigurala potpuna evakuacija maternice.

5.1. Intervencije medicinske sestre:

Intervencije usmjerene su na pružanje cjelovite skrbi pacijenticama.

Aktivnosti uključuju:

- smještaj pacijentice u sobu,
- mjerenje vitalnih funkcija (krvni tlak, puls, temperatura),
- objašnjenje protokola uzimanja lijekova,
- osiguranje privatnosti pacijentici,
- primjena prve doze Mispregnola (400 µg tableta bucc.) u 08:45 sati,
- primjena druge doze Mispregnola (400 µg tableta bucc.) u 11:45 sati,
- praćenje stanja pacijentice nakon primjene lijekova (mučnina, bol, krvarenje),
- postavljanje i.v. braunile,
- davanje ordinirane terapije u svrhu ublažavanja boli i prestanka mučnine,
- zbrinjavanje produkata pobačaja
- pružanje emocionalne podrške pacijentici
- dokumentiranje primijenjene terapije i postupaka,
- priprema pacijentice za daljnje medicinske postupke

Primjer: Pacijentica je upućena iz ginekološke ambulante na evakuaciju i eksploraciju materišta zbog nepotpunog odstranjivanja sadržaja trudnoće . Medicinska sestra priprema set instrumenata za kiretažu, vodeći računa o sterilnosti opreme i radnog prostora. Prije zahvata, sestra prema odredbi liječnika priprema potrebne lijekove koji će se pacijentici dati intravenozno npr. (Cefazolin 1 g, Normabel 10 mg ampula i Dolantin 50 mg), koji se koriste za prevenciju infekcija, opuštanje pacijentice i ublažavanje boli. Pacijentica prije zahvata potpisuje informirani pristanak kako bi potvrdila da je obaviještena o postupku i njegovim rizicima i mogućim komplikacijama. Medicinska sestra potom daje propisanu terapiju i.v.. Tijekom zahvata, pacijentici se obično ordinira i amp. Syntocinona . i.v. kako bi se potaknule kontrakcije maternice i olakšalo izbacivanje zaostalog tkiva. Prilikom zahvata uzima se e uzorak za patohistološku dijagnostiku (PHD) – npr. tkivo posteljice ili sadržaj kavuma. Po završetku zahvata koji je protekao uredno, krvarenje je najčešće u granicama normale, što se zabilježi u medicinskoj dokumentaciji. Ukoliko je potrebno, uzorci se mogu slati i na citogenetsku analizu radi daljnje dijagnostike.

Pacijentica je nakon zahvata smještena u sobu za oporavak gdje se prati njeno stanje. Medicinska sestra ima zadatak redovito provjeravati vitalne funkcije pacijentice, uključujući krvni tlak, puls i temperaturu, te krvarenje. Nastavlja se ordinirana terapija kako bi se osigurao adekvatan oporavak pacijentice i spriječila eventualne komplikacije.

5.2. Intervencije medicinske sestre kod instrumentalnog zahvata:

Intervencije u pripremi pacijentice za instrumentalni zahvat uključuju cjelokupnu pripremu, kako bi se osigurao pravilan tijek postupka. Aktivnosti uključuju:

- priprema instrumenata za instrumentalni postupak,
- osiguranje sterilnosti instrumenata i radnog prostora,
- priprema ordiniranih lijekova za zahvat,
- priprema lijekova: npr. Cefazolin 1 g, Normabel amp., Dolantin 50 mg,
- provjera doza i priprema za i.v. primjenu.,
- davanje ordinirane terapije,
- asistiranje liječniku i održavanje sterilnog polja,
- priprema materijala za PHD dijagnostiku,
- postavljanje uzoraka u odgovarajuće spremnike s otopinom za očuvanje tkiva,
- zbrinjavanje i pospremanje instrumenata,
- pospremanje radnog prostora i uklanjanje kontaminiranog materijala,
- smještaj pacijentice u sobu,
- mjerenje vitalnih funkcija,
- praćenje stabilnosti pacijentice,
- praćenje krvarenja,
- provođenje propisane postoperativne terapije,
- dostava uzoraka u patohistološki laboratorij,
- predaja uzoraka laboratorijskom osoblju uz sve potrebne popratne dokumente,
- dokumentiranje postupka i uzoraka.

Nakon zahvata, pacijentici se pojasni stanje te daljnji postupak (da ne smije ništa uzimati na usta 2-3 sata nakon zahvata, kako bi se spriječila mučnina i povraćanje te omogućilo tijelu da se oporavi od zahvata).

U 15 sati, zbog Rh negativnog statusa, pacijentici je intramuskularno ordiniran Rhesonative 1250 IU. Ovaj lijek služi kao zaštita u slučaju budućih trudnoća kako bi se spriječile imunološke reakcije koje mogu nastati kada je majka Rh negativna, a plod Rh pozitivan. Kontrolni laboratorijski nalazi su također izvađeni kako bi se provjerilo pacijentičino stanje i osiguralo da nema znakova komplikacija. Kontrola krvarenja nastavljena je tijekom dana, a krvarenje je bilo u granicama normale za postoperativno razdoblje. U večernjim satima, uz pomoć medicinske sestre, pacijentica je prvi puta nakon zahvata ustala iz kreveta. Kako bi se spriječila laktacija i moguće komplikacije povezane s nakupljanjem mlijeka u dojka nakon prekida trudnoće, u terapiju su uključene tablete Bromergona (2x1 dnevno). Bromergon se koristi za inhibiciju stvaranja mlijeka, čime se smanjuje nelagoda i mogućnost upala ili infekcija. Sutradan je pacijentici ponuđen pregled psihijatra, što je ona prihvatila. Nakon pregleda, pružena joj je psihijatrijska pomoć zbog emocionalnog stresa uzrokovanog gubitkom trudnoće. Kao podrška u terapiji, psihijatar je ordinirao Normabel 5 mg tbl navečer, kako bi se smanjila anksioznost i pomoglo pacijentici da lakše zaspi. Krvarenje je i dalje bilo primjereno zahvatu, a pacijentica nije imala povišenu temperaturu, što je ukazivalo na stabilno stanje.

Dana 30.09.2023., pacijentica je otpuštena kući s dobrim vitalnim funkcijama i primjerenim krvarenjem. Dobila je upute za daljnju njegu kod kuće i četiri tablete Bromergona za nastavak terapije u cilju sprječavanja laktacije. Pacijentici su date sve potrebne informacije o postoperativnoj njezi i preporučeno joj je kontrolni pregled te informiranje o PHD nalazu.

5.3. Sestrinske dijagnoze

Akutna bol u/s medikamentoznim prekidom trudnoće što se očituje izjavom pacijentice da osjeća bol u donjem djelu abdomena.

Akutna bol definira se kao neugodan nagli ili usporeni osjetilni i čuvstveni doživljaj koji proizlazi iz stvarnih ili mogućih oštećenja tkiva s predvidljivim završetkom u trajanju kraćem od 6 mjeseci. [32]

Kritični čimbenici:

- akutni upalni procesi
- terapijski postupci
- dijagnostički postupci
- porod
- poslije operacijski period

Vodeća obilježja dijagnoze:

- pacijentičina izjava o postojanju, jačini, lokalizaciji i trajanju boli
- zauzimanje prisilnog položaja
- usmjerenost na bol
- bolan izraz lica
- blijeda i oznojena koža
- plač
- strah

Ciljevi:

- pacijentica neće osjećati bol
- pacijentica će na skali boli iskazati nižu razinu od početne

Intervencije medicinske sestre:

- prepoznati znakove boli
- izmjeriti vitalne funkcije
- obavijestiti liječnika o pacijentičinoj boli
- primijeniti farmakološku terapiju prema pisanoj odredbi liječnika
- ublažiti strah prisustvom i razgovorom
- koristiti metode relaksacije

- odvrćati pažnju od boli
- kontinuirano procjenjivati bol

Evaluacija:

- pacijentica ne osjeća bol
- pacijentica na skali boli iskazuje nižu jačinu boli od početne [32]

Mučnina u/s primjenom lijeka Mispregmol koja se manifestira osjećajem slabosti, blijedom kožom i izjavom pacijentice da osjeća mučninu.

Mučnina se definira kao osjećaj nelagode u gornjim dijelovima probavnog sustava koji može dovesti do povraćanja. [32]

Kritični čimbenici:

- primjena lijekova
- stres
- trudnoća
- poslije anestezijska reakcija

Vodeća obilježja dijagnoze:

- izjava o prisutnosti mučnine
- blijeda, hladna, oznojena koža
- osjećaj slabosti
- tahikardija
- prisilan akt gutanja

Ciljevi:

- pacijentica će verbalizirati smanjenu razinu mučnine
- pacijentica će provoditi postupke suzbijanja mučnine

- pacijentica neće imati mučninu

Intervencije medicinske sestre:

- osigurati mirnu okolinu
- omogućiti udoban položaj
- osigurati ugodne mikroklimatske uvjete
- prozračiti prostoriju
- osigurati privatnost
- osigurati bubrežastu zdjelicu i papirnati ručnik
- primijeniti propisane antiemetike
- dokumentirati učinjeno

Evaluacija:

- pacijentica verbalizira smanjenu razinu mučnine
- pacijentica nema mučninu [32]

Žalovanje u/s gubitkom trudnoće koje se manifestira osjećajem tuge i krivnje koju pacijentica osjeća.

Žalovanje se definira kao emocionalno stanje koje se pojavljuje kod pojedinca, kao odgovor na mogući ili stvarni gubitak. [32]

Kritični čimbenici:

- gubitak bliske osobe
- gubitak vlastite psihološke ili fizičke stabilnosti
- gubitak osjećaja cjelovitosti tijela
- gubitak osjećaja vlastite sigurnosti

Vodeća obilježja:

- pacijentica izražava gubitak
- osjećaj tuge, krivnje i bespomoćnosti
- plakanje
- strah
- poricanje
- depresija
- ljutnja

Ciljevi:

- pacijentica će izraziti svoje osjećaje
- pacijentica će razviti adekvatne mehanizme suočavanja s gubitkom

Intervencije medicinske sestre:

- stvoriti profesionalni empatijski odnos s pacijenticom
- potaknuti pacijenticu da verbalizira svoje osjećaje
- osigurati privatnost
- pružiti podršku
- omogućiti česte posjete pacijentici
- omogućiti psihijatrijsku podršku
- potaknuti bližnje da sudjeluju u skrbi za pacijenticu

Evaluacija:

- pacijentica izražava svoje osjećaje
- pacijentica se adekvatno suočava sa žalovanjem [32]

6. Izazovi za medicinske sestre

Medicinske sestre suočavaju se s mnogim izazovima kod pružanja njege pacijenticama koje prolaze kroz medikamentozni prekid trudnoće. Ovaj proces, koji uključuje uporabu lijekova za prekid trudnoće, može biti vrlo zahtjevan jer zahtijeva visoku razinu emocionalne i psihološke podrške.

Jedan od najizraženijih izazova s kojim se medicinske sestre suočavaju je emocionalna iscrpljenost. Tijekom pružanja skrbi, medicinske sestre često dolaze u kontakt s pacijenticama koje se bore s teškim emocijama zbog prekida trudnoće, bilo da je namjerni ili medicinski indiciran. Njihov zadatak je pružiti podršku i razumijevanje, biti oslonac pacijenticama koje se osjećaju ranjivo i preplašeno. Istovremeno, medicinske sestre moraju ostati profesionalne i smirene kako bi osigurale sigurnost i dobrobit pacijentica, što može biti izuzetno iscrpljujuće. Ova vrsta rada zahtijeva od sestara empatiju, da pažljivo balansiraju između suosjećanja i objektivnosti, kako bi izbjegle emocionalno sagorijevanje. Osim emocionalnog aspekta, medicinske sestre suočavaju se i s velikim profesionalnim stresom. Medikamentozni prekidi trudnoće zahtijevaju preciznu primjenu lijekova i stalno praćenje pacijentica kako bi se spriječile moguće komplikacije. Sestre moraju biti iznimno oprezne i točne u provođenju medicinskih protokola, što uključuje pripremu, doziranje i primjenu lijekova te brzo prepoznavanje i reakciju na znakove komplikacija kao što su npr. prekomjerno krvarenje ili jaka bol. Takva odgovornost nosi sa sobom i visok stupanj stresa jer svaki korak mora biti izveden pravilno kako bi se osigurala sigurnost pacijentica.

Svakako osim navedenog izazov predstavlja i uloga sestre u edukaciji pacijentica. Medicinske sestre imaju zadatak izložiti sve relevantne informacije o postupku, mogućim nuspojavama i posljedicama medikamentoznog prekida trudnoće. To uključuje jasnu i suosjećajnu komunikaciju s pacijenticama, koja je ključna za smanjenje njihovog osjećaja straha i tjeskobe. Istovremeno, to zahtijeva od sestara da budu informirane i da posjeduju visoku razinu komunikacijskih vještina. Suočavanje s etičkim dilemama može u ovom dijelu posla predstavljati velik problem sestrama. Ponekad, osobna uvjerenja medicinske sestre mogu biti u suprotnosti s odlukama pacijentice, što može stvoriti unutarnji sukob. Unatoč svemu, sestre moraju ostati profesionalne i osigurati neutralnu i nepristranu skrb, poštujući pacijentičina prava i odluke, što može biti izvor stresa i nesigurnosti. Od medicinskih sestara se očekuje da pokažu visoku razinu tolerancije i poštovanja prema različitim osobnim i kulturnim stavovima pacijentica.

Sve ove situacije pokazuju koliko je važno pružiti podršku i osigurati profesionalni razvoj medicinskim sestrama koje se suočavaju s izazovima medikamentoznih prekida trudnoće. Kako bi se očuvala njihova svrhovitost i osigurala kvalitetna njega pacijentica, važno je da imaju pristup podršci i mogućnost dodatne edukacije. Sve navedeno im omogućuje da se bolje suočavaju s emocionalnim i profesionalnim izazovima te pruže najbolju skrb pacijenticama.

7. Zaključak

Medikamentozni prekid trudnoće (bilo da je medicinski indicirani ili namjerni) metoda je koja se provodi primjenom farmakoloških sredstava, najčešće u ranoj trudnoći. Ovaj postupak najčešće uključuje upotrebu kombinacije dvaju lijekova – mifepristona i misoprostola. Isti uzrokuju prekid trudnoće blokiranjem nastanka hormona progesterona i posljedičnim izazivanjem kontrakcija maternice. Trudnoća se može prekinuti na različite načine. Najuvriježenije metode su kirurška i medikamentozna. Unazad nekoliko godina, medikamentozni prekid trudnoće koristi se češće zbog svoje učinkovitosti, sigurnosti i minimalno invazivnog pristupa uz medicinski nadzor. Prednosti medikamentoznih prekida trudnoće uključuju sigurnost, mogućnost obavljanja istoga u svom domu, manji rizik potencijalnih kirurških komplikacija za pacijentice (perforacija maternice ili oštećenje drugih organa), kraći oporavak itd. Iako ova metoda smanjuje potrebu za kirurškim intervencijama, zahtijeva stalnu medicinsku skrb i nadzor kako bi se pravovremeno prepoznale i zbrinule potencijalne komplikacije.

Uloga medicinske sestre u procesu medikamentoznog prekida trudnoće ključna je za smanjenje osjećaja straha i nelagode pacijentica, povećanja sigurnosti i podrške pacijentici. Medicinske sestre sudjeluju u edukaciji pacijentica o samom postupku, praćenju mogućih komplikacija te pružanju emocionalne i psihološke podrške. Važno je prepoznati da ovaj postupak može biti emocionalno i fizički zahtjevan za pacijenticu, stoga je odgovarajuća komunikacija i empatija medicinskog osoblja od presudne važnosti.

Izazovi s kojima se medicinske sestre susreću tijekom postupka uključuju upravljanje bolovima, kontrolu krvarenja, prepoznavanje znakova infekcije te pružanje emocionalne podrške pacijenticama koje su emocionalno rastrojene, tjeskobne itd. Osim medicinskih izazova, medicinske sestre se suočavaju i s etičkim dilemama, posebno kada je riječ o njihovim osobnim stavovima i usađenim vrijednostima i stavovima u vezi prekida trudnoće. Održavanje profesionalnog stava i poštovanje autonomije pacijentice ključni su za pružanje kvalitetne skrbi.

Medicinske sestre često su izložene emocionalnom opterećenju zbog ponavljanih susreta s pacijenticama koje prolaze kroz ovaj osjetljiv i stresan postupak. Kako bi se smanjio rizik od emocionalnog izgaranja i sekundarne traumatizacije, ključno je osigurati snažnu mrežu podrške unutar tima, uključujući redovite konzultacije i podršku kolega. Kontinuirana edukacija o strategijama emocionalne otpornosti i tehnikama upravljanja stresom može značajno doprinijeti očuvanju mentalnog zdravlja i dobrobiti medicinskih sestara u ovim izazovnim radnim uvjetima.

8. Literatura

[1] D. Habek: Ginekologija i porodništvo, Medicinska naklada, Zagreb, 2013.

[2] M. Berer: Abortion Law and Policy Around the World: In Search of Decriminalization, Health Hum Rights, br. 19, 2017, str. 13-27.

Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5473035/>, 10.07.2024.

[3] N. Vuletić, J. Ivandić, N. Smajla, M. Klarić, H. Haller: Medikamentozni prekid neželjene trudnoće, Liječnički vjesnik, br. 142, 2020, str. 222-229.

Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/243290>, 10.07.2024.

[4] A. Carson, M. Paynter, WV. Norman, S. Munro: Optimizing the Nursing Role in Abortion Care: Considerations for Health Equity, Nurs Leadersh (Tor Ont), br. 35, 2022, str. 54-68.

Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35339200/>, 11.07.2024.

[5] I. Kuvačić, A. Kurjak, J. Đelmiš i suradnici: Porodništvo, Medicinska naklada, Zagreb, 2009.

[6] G. Sedgh, S. Singh, R. Hussain: Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends, Stud Fam Plann, br. 45, 2014, str. 301-14.

Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4727534/>, 11.07.2024.

[7] M. Hajizadeh, S. Nghiem: Does unwanted pregnancy lead to adverse health and healthcare utilization for mother and child? Evidence from low- and middle-income countries, Int J Public Health, br. 65, 2020, str. 457-468.

Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7275006/>, 12.07.2024.

[8] I. Shah, E. Ahman: Unsafe abortion: global and regional incidence, trends, consequences, and challenges, J Obstet Gynaecol Can, br. 31, 2009, str. 1149-58.

Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20085681/>, 14.07.2024.

[9] L. Thaxton, MI. Gonzaga, S. Tristan: Abortion Policy: Legal, Clinical, and Medical Education Considerations, Clin Obstet Gynecol, br. 66, 2023, str. 759-772.

Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37910072/>, 14.07.2024.

[10] BM. Stifani, R. Gill, CR. Kim: Reducing the harms of unsafe abortion: a systematic review of the safety, effectiveness and acceptability of harm reduction counselling for pregnant persons seeking induced abortion, *BMJ Sex Reprod Health*, br. 48, 2022, str. 137-145.

Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9016246/>, 15.07.2024.

[11] N. Holness: High-Risk Pregnancy, *Nurs Clin North Am*, br. 53, 2018, str. 241-251.

Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29779516/>, 15.07.2024.

[12] V. Bjelanović, D. Babić, S. Oresković, V. Tomić, M. Martinac, J. Juras: Pathological pregnancy and psychological symptoms in women, *Coll Antropol*, br. 36, 2012, str. 847-52.

Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23213943/>, 16.07.2024.

[13] PW. Collins: Misoprostol: discovery, development, and clinical applications, *Med Res Rev*, br. 10, 1990, str. 149-72.

Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2109814/>, 16.07.2024.

[14] JM. Hagey, M. Givens, AG. Bryant: Clinical Update on Uses for Mifepristone in Obstetrics and Gynecology, *Obstet Gynecol Surv*, br. 77, 2022, str. 611-623.

Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36242531/>, 18.07.2024.

[15] SF. Bento, KS. Pádua: Advantages and Disadvantages of Medical Abortion, According to Brazilian Residents in Obstetrics and Gynaecology, *Rev Bras Ginecol Obstet*, br. 42, 2020, str. 793-799.

Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33348395/>, 18.07.2024.

[16] R. Leichombam, D. Bawiskar: Exploring the Safety and Efficacy of Medical Termination of Pregnancy: A Comprehensive Review, *Cureus*, br. 15, 2023, str. 444.

Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10622735/>, 18.07.2024.

[17] RM. DeHart, MS. Morehead: Mifepristone, *Ann Pharmacother*, br. 35, 2001, str. 707-19.

Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11408990/>, 20.07.2024.

[18] R. Allen, BM. O'Brien: Uses of misoprostol in obstetrics and gynecology, *Rev Obstet Gynecol*, br. 2, 2009, str. 159-68.

Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19826573/>, 20.07.2024.

[19] MC. Chan, RK. Gill, CR. Kim: Rhesus isoimmunisation in unsensitised RhD-negative individuals seeking abortion at less than 12 weeks' gestation: a systematic review, *BMJ Sex Reprod Health*, br. 48, 2022, str. 163-168.

Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9279745/>, 21.07.2024.

[20] AJ. VandeVusse, J. Mueller, M. Kirstein, J. Strong, LD. Lindberg : "Technically an abortion": Understanding perceptions and definitions of abortion in the United States, *Soc Sci Med*, br. 335, 2023, str. 216.

Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10552775/>, 21.07.2024.

[21] V. Kelesidou: Combination of Mifepristone and Misoprostol for First-Trimester Medical Abortion: A Comprehensive Review of the Literature, *Obstet Gynecol Surv*, br. 79, 2024, str. 54-63.

Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38306292/>, 21.07.2024.

[22] SH. Enzelsberger, D. Wetzlmair, P. Hermann, H. Wagner, O. Shebl, P. Oppelt: Bleeding pattern after medical management of early pregnancy loss with mifepristone-misoprostol and its prognostic value: a prospective observational cohort study, *Arch Gynecol Obstet*, br. 306, 2022, str. 349-355.

Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34694431/>, 24.07.2024.

[23] M. Gatter, K. Cleland, DL. Nucatola: Efficacy and safety of medical abortion using mifepristone and buccal misoprostol through 63 days, *Contraception*, br. 91, 2015, str. 269-73.

Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25592080/>, 24.07.2024.

[24] N. Liu, JG. Ray: Short-Term Adverse Outcomes After Mifepristone-Misoprostol Versus Procedural Induced Abortion: A Population-Based Propensity-Weighted Study, *Ann Intern Med*, br. 176, 2023, str. 145-153.

Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36592459/>, 25.07.2024.

[25] RH. Allen, C. Westhoff, L. De Nonno, SL. Fielding: Curettage after mifepristone-induced abortion: frequency, timing, and indications, *Obstet Gynecol*, br. 98, 2001, str. 101-6.

Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11430965/>, 27.07.2024.

[26] M. Fjerstad, J. Trussell, I. Sivin, ES. Lichtenberg, V. Cullins: Rates of serious infection after changes in regimens for medical abortion, *N Engl J Med*, br. 9. 2009, str. 145-51.

Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3568698/>, 20.07.2024.

[27] L. Mainey, C. O'Mullan, K. Reid-Searl, A. Taylor, K. Baird: The role of nurses and midwives in the provision of abortion care: A scoping review, *J Clin Nurs*, br. 29, 2020, str. 1513-1526.

Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32045070/>, 28.07.2024.

[28] A. Lipp, A. Fothergill: Nurses in abortion care: identifying and managing stress, *Contemp Nurse*, br. 31, 2009, str. 108-20.

Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19379113/>, 29.07.2024.

[29] AM. Sorhaindo, AF. Lavelanet: Why does abortion stigma matter? A scoping review and hybrid analysis of qualitative evidence illustrating the role of stigma in the quality of abortion care, *Soc Sci Med*, br. 311, 2022, str. 71.

Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9577010/>, 01.08.2024.

[30] R. Krawutschke, T. Pastrana, D. Schmitz: Conscientious objection and barriers to abortion within a specific regional context - an expert interview study, *BMC Med Ethics*, br. 6, 2024, str. 14.

Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10848386/>, 03.08.2024.

[31] S. Uaamnuichai, R. Chuchot: Knowledge, Moral Attitude, and Practice of Nursing Students Toward Abortion, *Inquiry*, br. 60, 2023, str. 94. doi:

Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10041611/>, 03.08.2024.

[32] D. Šimunec, *Sestrinske dijagnoze 2*, Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, Zagreb 2013



IZJAVA O AUTORSTVU

Završni/diplomski/specijalistički rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, ANTONIJA ŠKVARC (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog/specijalističkog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom MEDIKAMENTNI PREKID TRUDNOĆE U 12. I 20. TIJEDNU I POSLUJ MEDICINSKE SESTRICE (upisati naslov) te da u navedenom radu nisam na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:

(upisati ime i prezime)

A. Škvarc

(vlastoručni potpis)

Sukladno članku 58., 59. i 61. Zakona o visokom obrazovanju i znanstvenoj djelatnosti završne/diplomske/specijalističke radove sveučilišta su dužna objaviti u roku od 30 dana od dana obrane na nacionalnom repozitoriju odnosno repozitoriju visokog učilišta.

Sukladno članku 111. Zakona o autorskom pravu i srodnim pravima student se ne može protiviti da se njegov završni rad stvoren na bilo kojem stadiju na visokom učilištu učini dostupnim javnosti na odgovarajućoj javnoj mrežnoj bazi sveučilišne knjižnice, knjižnice sastavnice sveučilišta, knjižnice veleučilišta ili visoke škole i/ili na javnoj mrežnoj bazi završnih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice, sukladno zakonu kojim se uređuje umjetnička djelatnost i visoko obrazovanje.