

Naziv članka

**NAMJERNI PREKID TRUDNOĆE: ZA I PROTIV**

**LEGAL ABORTION:THE PROS AND CONS**

Balić A<sup>1</sup>, Balić D<sup>2</sup>, Habibović A<sup>1</sup>, Adžajlić A<sup>1</sup>.

Zavod za zdravstvenu zaštitu žena, Doma zdravlja Tuzla

Ginekološko-akušerska klinika, Univerzitetski klinički centar, Tuzla

Ime i adresa prvog autora:

Doc. dr. Adem Balić

Kojšino 25, TUZLA

Tel. 035 282-215

Mob.061-10 40 10

e-mail: drbalic@inet.ba

## SAŽETAK

Namjerni prekid trudnoće kao način kontrole rađanja je najnepopularnija metoda koju neki nazivaju “neinfektivna epidemija”. To je metoda izbora velikog broja žena pogotovo u našoj sredini. Povodom sve glasnijih zahtjeva za pooštavanjem zakonskih odredbi u vezi sa prekidom trudnoće autori analiziraju metode prekida trudnoće, komplikacije, te rizične grupe žena u pogledu njegovog prihvatanja kao metode planiranja porodice. Na kraju se izvode zaključci sa konkretnim prijedlozima koji imaju za cilj rješavanje ovog problema i smanjenje broja namjernih prekida trudnoće.

Ključne riječi: namjerni prekid trudnoće – planiranje porodice – kontrola rađanja

## SUMMARY

Induced abortion like a method of birth control is the most unpopular method but it is a choice of great deal women especially in our environment. In connection with very loud demands for sharpened the law of pregnancy interrupting, many authors analyse methods, complications and risk groups of women, its acceptability like a method of family planning. At the end they give conclusions with some concrete suggestions and the aim to reduce the number of induced abortions.

Key words: induced abortion – family planning – birth control

Adresa autora za korespondenciju:

Doc. dr. sci. Adem Balić  
Kojšino 25  
Tuzla, Bosna i Hercegovina  
Tel. 061 10 40 10  
Fax: 035 257 049 (Ljekarska komora)  
e-mail: drbalic@inet.ba

## 1.UVOD

Arteficijalni abortus predstavlja namjerni prekid trudnoće iz medicinskih i nemedicinskih indikacija. Iako je u nekim situacijama (kada ostale metode zakažu) nužno zlo, namjerni prekid trudnoće je ipak najgora metoda planiranja porodice ili kontrole rađanja. Na žalost, to je još uvijek metoda izbora velikog broja žena, pogotovo u našoj sredini (1). Incidenca arteficijalnog abortusa u svijetu nije tačno poznata, ali se pretpostavlja da ih se godišnje izvrši preko 100 miliona ili 60 na 100 porođaja (2). Prema zadnjim podacima za BiH 1989. godine odnos broja porođaja i abortusa je bio 66,1:100 (3). U toku rata broj abortusa u odnosu na broj porođaja je dostigao najveću vrijednost 1993. godine: 69:100 (4). U zadnje vrijeme ima se utisak da je taj odnos poboljšan ali to ne treba da nas zadovolji jer je broj prekida trudnoća i dalje visok.

### **Zakonske odredbe o namjernom prekidu trudnoće**

Živimo u vremenu kada se mnoge stvari mijenjaju, pa smo tako svjedoci i sve češćih zahtjeva za pooštrenjem kriterija za namjerni prekid trudnoće. Zakon po kome se sada postupa, preuzet je iz bivše Jugoslavije, star je 25 godina, tačnije od 1977. god., i jedan je od najliberalnijih u Evropi. Za prekid trudnoće dovoljan je samo pismeni zahtjev trudne žene zdravstvenoj organizaciji koja ima organizovanu zdravstvenu zaštitu žena. Zahtjevu se neće udovoljiti ako je trudnoća veća od 10 nedjelja ili ako bi se prekidom trudnoće moglo ugroziti njeno zdravlje ili život. Ako je trudnoća veća o takvom zahtjevu odlučuje Komisija prvog stepena. Na Odluku Prvostepene komisije može se uložiti prigovor Drugostepenoj komisiji čija je odluka konačna. Zakonom nije dozvoljen prekid trudnoće preko 20 nedjelja.

U vrijeme kad je ovaj Zakon donešen ginekolozi su se suočavali sa brojnim komplikacijama u vezi sa kriminalnim pobačajima koji su nerijetko završavali i letalno. Omogućivši legalan prekid trudnoće u zdravstvenim ustanovama uz stručnu pomoć, morbiditet i mortalitet u vezi sa pobačajem je naglo pao. Međutim, to je vremenom dovelo do drugog problema – korištenja abortusa kao prevalirajućeg sredstva u planiranju porodice.

### **Zbog čega je abortus najgori vid planiranja porodice?**

Razlozi su višestruki ali se grubo mogu podijeliti na dvije grupe etički i zdravstveni. Da li su u pravu oni koji ginekologe nazivaju ubicama? Mnoge su rasprave vođene na temu kada postaje život, kada se formira individua, ličnost. Neki su to povezivali sa oplodnjom tj. sa spajanjem muške i ženske polne ćelije, drugi sa prvim pokretima ploda koje osjeti majka, treći sa momentom rođenja. Analogno činjenici da život prestaje sa prestankom moždane aktivnosti savremeni stav je da se početkom života smatra početak moždane aktivnosti. a time i svega ostalog što iz tog proizlazi.

Nauka je dokazala da u prvih šest nedjelja nema razlike između zametaka, te da ona nastaje u sedmoj nedjelji trudnoće, tačnije 14 dana po izostanku menstruacije, pojavom moždane aktivnosti. Tada se javljaju i prvi znaci periferne nervne aktivnosti pa je sasvim realno očekivati da embrij u tom periodu počinje osjećati i bol. Prema tome, prekid trudnoće do sedam nedjelja tj. kada je embrij manji od 12 mm mogao bi se porediti sa bilo kojim drugim operativnim zahvatom prilikom kojeg se odstranjuje neki živi organ ili dio tijela kao npr. zub, slijepo crijevo, krajnici, uterus, jajnik.

Osim moralnih razloga koji su protiv abortusa postoje i drugi razlozi a to su prije svega zdravstvene komplikacije. Liberalizacija propisa o abortusu dovela je do značajnog sniženja mortaliteta u vezi sa ovim zahvatom. Međutim, uprkos usavršavanju operativne tehnike i provođenja odgovarajućih preventivnih mjera, namjerni prekid trudnoće je i dalje praćen određenim morbiditetom i mortalitetom. Procenat postabortalnih komplikacija ovisi o više faktora kao što su: veličina trudnoće, tehnika zahvata, operacije na uterusu, anestezija, te opšte zdravstveno stanje žene kao i broj prethodnih pobačaja i porođaja. Morbiditet zbog pobačaja raste za otprilike 20% sa svakom nedjeljom trudnoće a najniža je kod prekida trudnoće do 7. nedjelje (5,6,7).

### **Komplikacije vezane za artefijelni abortus**

Komplikacije u vezi sa namjernim pobačajem mogu biti rane i kasne.

**Rane komplikacije** su one koje nastanu u toku samog zahvata i u prvih 30 dana nakon njega. Komplikacije koje se mogu desiti u toku same intervencije su prije svega traume kao što su: perforacija uterusa, laceracija grlića, zatim krvarenja i komplikacije anestezije. Ostale komplikacije obuhvaćaju produžena krvarenja uzrokovana zaostalim placentalnim tkivom, hipotonijom uterusa ili upalama materice ili jajnika. Osim navedenih postoji i niz

vrlo opasnih ranih komplikacija karakterističnih za prekid trudnoće u drugom trimestru. Upotreba hipertoničnog rastvora NaCl može uzrokovati hipernatrijemiju i nekrozu tkiva praćenu sa infekcijom. U postoperativnom periodu nakon hysterotomije mogu se javiti i neke druge komplikacije kao što su: endometrioza, tromboflebitis, plućna embolija i diseminovana intravaskularna koagulacija.

Gotovo sve **kasne posljedice** abortusa odnose se na buduću plodnost žene, te na tok i ishod slijedećih trudnoća. Bez obzira na kontradiktornost pojedinih ispitivanja, nesumnjivo je da prethodno izvršen arteficialni abortus može uticati na tok i ishod kasnijih trudnoća. Mnoge studije su pokazale veću učestalost spontanih pobačaja, prijevremenih porođaja i rađanja djece niže porođajne težine među ženama koje su prethodno imale namjerni prekid trudnoće. Kao razlog tome navode se: oštećenja grlića tokom dilatacije, placenta insuficijencija nastala kao posljedica oštećenja bazalnog sloja endometrija. Isto tako jedan znatan broj žena koje se liječe zbog neplodnosti imaju u anamnezi podatak o namjernom prekidu trudnoće.

Poseban problem predstavljaju adolescentice i žene koje prekidaju svoju prvu trudnoću (8,9). Budući da se radi o ženama koje nisu ispunile svoju reproduktivnu ulogu, svaka komplikacija koja zadire u buduću sposobnost rađanja, a takve su praktično sve kasne komplikacije, predstavlja poseban rizik. Npr. ako majka dvoje djece dođe u situaciju da joj se iz nekog razloga mora odstraniti materica to predstavlja problem ali ako se to mora učiniti djevojci od 20 godina koja nema djece i nije udata onda je to tragedija.

### **Da li bi trebalo zabraniti prekid trudnoće kao metodu planiranja porodice?**

Pokretanje pitanja zabrane prekida trudnoće u mnogim zemljama je naišlo na veliko negodovanje naročito žena. Ženski pokreti su protiv zabrane abortusa jer je po njima uterus dio ženskog tijela, kao što je to i zub, krajnik ili “slijepo crijevo” i ženino je pravo da odlučuje o tome. Međutim, postavlja se i pitanje šta je sa “sadržajem uterusa” –jer on nije samo ženin. Drugi se pitaju: Ko to osim Boga ima pravo da odlučuje o životu i smrti?

I kod nas su sve češći zahtjevi za pooštavanjem kriterija za odobravanjem legalnog pobačaja ili čak za njegovom zabranom. Ni je li prekid trudnoće prevelik luksuz za zemlju koja je u ratu izgubila 200 hiljada ljudi i koja ima rastući problem sa bračnom neplodnošću? Međutim, da li je to pravi put?

Naš stav je da prekid trudnoće ne bi trebalo zabraniti iz najmanje dva razloga:

1. Žena koja je čvrsto odlučila da prekine trudnoću teško će odustati od te namjere. Iskustva starijih kolega pokazuju da su se sretali sa ozbiljnim komplikacijama u vrijeme kada je prekid trudnoće bio zabranjen. Legalizacijom pobačaja to je postalo ružna prošlost s kojom svakako ne bi željeli ponovo da se suočimo.
2. Samo željeno dijete će imati i sretno djetinjstvo. Ako se ne izvrši prekid te trudnoće, roditelji se dijete koje će živjeti bez jednog ili oba roditelja ili uz djeda i nenu, često i u domu za napuštenu djecu. Je li to ono što želimo?

Skandinavske zemlje imaju veoma liberalne uslove za prekid trudnoće ali su ujedno zemlje u kojima je najmanje prekida trudnoće u Evropi. Zašto? U tim zemljama je prekid trudnoće je sramota, znak zdravstvene neprosvjedenosti i nekulture. To je samo jedan od puteva ka borbi protiv abortusa kao načina planiranja porodice. Govori se da bi povećanje cijena namjernog prekida trudnoće iz nemedicinskih razloga imalo pozitivnog efekta, ali je bojazan da to bude razlog povećanja incidence ilegalnih abortusa a time i ozbiljnih komplikacija koje ih prate. Ovo su neki primjeri kako se može riješiti problem abortusa. Međutim, svi se slažu u jednoj konstataciji da je najvažnije je da do trudnoće ne dođe a ako već dođe da se to uradi u prvih šest nedjelja trudnoće.

### **RIZIČNE GRUPE**

U pogledu korištenja namjernog prekida trudnoće u svrhu kontrole rađanja izdvojićemo tri rizične rizičnih grupe:

1. adolescentice,
2. žene u prvoj godini nakon porođaja i
3. žene reproduktivne dobi koje su ispunile svoju želju za potomstvom.

### **Adolescentice**

Trudnoća u adolescentnoj dobi danas je sve češća, kako zbog ranijeg somatskog sazrijevanja, tako i zbog nepoznavanja fiziologije reprodukcije i regulacije fertiliteta. Isključujući se rijetke trudnoće koje su u nekim sredinama, ne samo društveno prihvatljive nego čak i poželjne, većina trudnoća u ovoj dobi je slučajna, neplanirana i neželjena. Broj adolescentica koje se odlučuju na prekid trudnoće raste i u svijetu i kod nas. Udio adolescentica u ukupnom broju žena kod kojih je izvršen namjerni prekid trudnoće npr. u

Engleskoj iznosi 25%, u SAD oko 30% (10), a kod nas oko 2% (9). Najčešće se radi o prekidu prve trudnoće kao i trudnoće u II trimestru. Uzroci ovoj pojavi su brojni i kompleksni (11). Naime, zbog neredovnih menstruacija i neiskustva u prepoznavanju trudnoće, djevojka kasno otkrije da je trudna a to saznanje je onda praćeno strahom od osude sredine i oklijevanjem da se povjeri roditeljima. Sve to dovodi do toga da djevojka izgubi dragocjeno vrijeme i dolazi ljekaru sa odmaklom trudnoćom. Udio adolescentica koje se odlučuju na prekid trudnoće iznad 12 nedjelja je u stalnom porastu tako da je čak 44% adolescentica imalo prekid prve trudnoće u drugom trimestru (8).

### **Žene u prvoj godini nakon porođaja**

Najčešće neplanirane trudnoće dešavaju se baš u periodu poslije porođaja, pogotovo kod dojlja koje imaju neredovne menstruacije ili ih uopšte nemaju jer žive u uvjerenju da za vrijeme dojenja ne može doći do trudnoće. Do trudnoće može doći i u vrijeme laktacije ali u daleko manjem procentu. Poseban problem ovdje predstavljaju žene koje ne dođu na vrijeme na prvu kontrolu poslije porođaja. Tu na žalost spadaju i medicinski obrazovane žene i intelektualke koje vjerovatno okupirane rastućim obavezama prema bebi zapostave brigu o sebi. Obično se prvi put nakon porođaja jave kad u nekom momentu posumnjaju na trudnoću. Tada smo obično u prilici konstatovati da se radi o većoj trudnoći. Dolazi se u nedoumicu da li prekidati veću trudnoću i dovoditi u opasnost zdravlje i buduću reproduktivnu sposobnost majke ili roditi neplanirano dijete.

### **Žene reproduktivne dobi koje su ispunile svoju želju za potomstvom**

Treću grupu čine žene koje zbog nedovoljne informisanosti i predrasuda ne žele da se zaštite od neželjene trudnoće. Njima je lakše doći na "kiretažu" ako "u čuvanju" ostanu trudne jer imaju saglasnost od muža, ne stide se doći ginekologu a obično imaju dobro iskustvo sa prethodnim pobačajem. Tu na žalost problem postoji i u slaboj informisanosti ljekara uopšte ali čak i ginekologa. Na primjer neki ljekari zabranjuju intrauterini uložak ženama koje su imale carski rez što medicinski nije opravdano. U Engleskoj npr. intrauterini uložak stavljaju još za vrijeme carskog reza tj. nakon ekstrakcije posteljice. Isto tako neki zabranjuju kontraceptivne pilule ženama sa neredovnim menstruacijama ili onima koje su u djetinjstvu prebolovale žuticu, što takođe nije ispravno. Poseban problem su žene starije od 40 godina koje vjeruju da ne mogu ostati trudne te nerado prihvataju

mjere zaštite od neželjene trudnoće. Nije rijedak slučaj da oskudniju menstruaciju ili njen izostanak pripisuju klimaksu, te da se jave sa odmaklom trudnoćom koja se zakonski ne smije prekidati. Tada se pravi dvostruki problem; s jedne strane rađa se neželjeno dijete a s druge strane trudnoća u tim godinama je povezana sa većim i težim komplikacijama u pogledu zdravlja i majke i djeteta.

## **ZAKLJUČAK**

1. Abortus ne treba da bude način planiranja porodice ne samo zbog zdravstvenih nego i zbog moralnih, etičkih pa i vjerskih razloga
2. Abortus ne treba zabraniti ali treba učini sve da do trudnoće ne dođe
4. Zdravstvena i seksualna edukacija sa posebnim akcentom na sredstva i metode kontracepcije putem brošura, dnevne štampe, radija i televizije,
5. Zdravstvena i seksualna edukacija u školama ali i na medicinskom fakultetu
6. Obogatiti nastavni plana i program za predmete ginekologija i akušerstvo, te porodična medicina na medicinskom fakultetu sadržajem iz planiranja porodice
7. Iskoristiti svaki posjet žene ljekaru u cilju informisanja o kontroli rađanja
8. Pred kraj trudnoće početi informisanje o mogućnostima sprečavanja neželjene trudnoće nakon porođaja
9. Obezbjediti dostupnost postkoitalne kontracepcije
10. Posvetiti malo više pažnje u razgovoru sa ženom koja je izrazila želju za prekidom trudnoće i pokušati
11. Potrebno je na listu lijekova koji se ne plaćaju staviti i niskodozažnu kontracepcijsku pilulu
12. Ako je ipak došlo do neželjene trudnoće prekid bi trebalo učiniti što prije, uz prethodno obavljen ultrazvučni pregled i metodom vakuum aspiracije ili mifepristonom u sigurnim uvjetima
13. Prekid trudnoće kod adolescentica je poželjno uraditi u opštoj anesteziji što dodatno povećava sigurnost postupka a smanjuje psihičke posljedice



## Literatura

1. Alispahić N. Socijalni, medicinski i demografski aspekti planiranja porodice u Tuzli i okolini. Doktorska disertacija. Tuzla: Medicinski fakultet Univerziteta u Tuzli, 1989.
2. Kleinman RL. Family planning hand book for doctors. London: IPPF, 1980.
3. Andolšek L, Randić LJ, Breznik D, Petrič N. Socijalni, medicinski i demografski aspekti planiranja porodice u SFRJ. U: X kongres ginekologa-obstetričara Jugoslavije: Zbornik radova. Herceg Novi 1989:89-96.
4. Omeragić F, Alispahić N, atušić Z, Skokić F, Šahinpašić A. Pravo na bezbjedno materinstvo –neki pokazatelji zaštite reproduktivnog zdravlja na Tuzlansko-podrinjskom kantonu u periodu 1990-1997. Acta Med Sal 1998; 27(1-2):69-74.
5. Petrović Lj, Rotula LJ, Begić E. Intrahospitalne komplikacije kod dozvoljenog prekida trudnoće. U: VII kongres ginekologa-obstetričara Jugoslavije: Zbornik radova -II dio. Beograd, 1972:435-439.
6. Andolšek L, Prenatar A, Oven M. Neposredne i rane komplikacije legalnog pobačaja. U: VII kongres ginekologa-obstetričara Jugoslavije: Zbornik radova -II dio. Beograd, 1972:175-182.
7. Johansen JK, Schmidt KL. Legal abortion. An analysis of factors which can affect frequency of complications. Ugeskr Laeger 2001;163(11):1565-9.
8. Balić D. Ginekološki problemi adolescentnog doba. Magistarski rad. Tuzla: Medicinski fakultet Univerziteta u Tuzli, 1993, str. 19.
9. Balić A, Balić B, Lazarević Č, Balić D, Odošević D, Selesković E. Namjerni prekid trudnoće kod adolescentica. Acta Med Sal 1995; 24 (1-2):13-16.
10. Russel JK. Early teenage pregnancy. Edinbourg-London-Melbourne-New York: Churchill Livingstone, 1982.
11. Hiršl-Hećej V. Stručni skup “ Prevenција adolescentnih trudnoća”. Gynaecol Perinatol 2002;11(1):44.