

Izbrana poglavja iz ginekologije in perinatologije VII

UMETNA PREKINITEV NOSEČNOSTI



UNIVERZA
V LJUBLJANI

MF

Medicinska
fakulteta

Izbrana poglavja iz ginekologije in perinatologije VII

UMETNA PREKINITEV NOSEČNOSTI

Urednice
Bojana Pinter
Helena Ban Frangež
Špela Smrkolj

Univerza v Ljubljani
Medicinska fakulteta
Katedra za ginekologijo in porodništvo

Izbrana poglavja iz ginekologije in perinatologije VII

Umetna prekinitev nosečnosti

Urednice	prof. dr. Bojana Pinter, dr. med., spec., v. svetnica izr. prof. dr. Helena Ban Frangež, dr. med., spec. prof. dr. Špela Smrkolj, dr. med., spec.
Recenzenta	prof. dr. Adolf Lukanović, dr. med., spec., v. svetnik doc. dr. Andreja Trojner Bregar, dr. med., spec.
Lektorica	Barbara Frelih
Oblikovanje in prelom	Igor Cerar
Tisk	Birografika Bori, d. o. o., Ljubljana
Založnik	Založba Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani
Izdali	Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za ginekologijo in porodništvo Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ginekološka klinika Društvo za reproduktivno zdravje
Tisk	Birografika Bori, d. o. o., Ljubljana
Naklada	100 izvodov (1. izdaja, 1. natis)

© Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, 2025. Vse pravice pridržane.

S soglasjem Katedre za ginekologijo in porodništvo UL MF in v skladu z Režimom študija je publikacija s študijskim letom 2025/2026 uvrščena med dopolnilna/druga učna gradiva za predmet Ginekologija in porodništvo.

Publikacija je brezplačna.

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

618.39-085(075.8)
618.39-089.888.14(075.8)

IZBRANA poglavja iz ginekologije in perinatologije VII : umetna prekinitev nosečnosti / urednice Bojana Pinter, Helena Ban Frangež, Špela Smrkolj. - 1. izd., 1. natis. - Ljubljana : Založba Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, 2025

ISBN 978-961-6454-60-5
COBISS.SI-ID 260419075

Brez pisnega dovoljenja izdajatelja in založnika so prepovedani razmnoževanje, razširjanje, javna priobčitev, pre-delava ali druga uporaba tega avtorskega dela ali njihovih delov v kakršnemkoli obsegu ali postopku, hkrati s foto-kopiranjem, tiskanjem ali shranitvijo v elektronski obliki, v okviru določil Zakona o avtorski in sorodnih pravicah.

VSEBINA

5	Predgovor	
7	Besede recenzentk	
9	Avtorji prispevkov	
11	Seznam kratic	
13	Rodnost, dovoljena splavnost in kontracepcija	
	— MAJA STARC	
31	Umetna prekinitev nosečnosti v svetu in pri nas	
	— BOJANA PINTER, VERONIKA VOGRIN VRHUNC	
43	Profesionalni pristop k ženski v stiski	
	— GABRIJELA SIMETINGER	
57	Vloga socialne službe pri načrtovanju družine	
	— LILJANA DREU	
67	Kirurška umetna prekinitev nosečnosti	
	— NINA JANČAR	
79	Zdravila za umetno prekinitev nosečnosti z zdravili	
	— PRIMOŽ CIGLAR, SAŠO DROBNIČ	
91	Umetna prekinitev nosečnosti z zdravili v prvem trimesečju nosečnosti	
	— TINA KUNIČ PIRŠ, URŠA BENČINA	
103	Umetna prekinitev nosečnosti z zdravili v drugem in tretjem trimesečju	
	— RENATA KOŠIR POGAČNIK, LILI STEBLOVNIK	
113	Kontracepcija po umetni prekinitvi nosečnosti	
	— BOJANA PINTER, SARA KOROŠEC, IRENA KIRAR FAZARINC, TINA KUNIČ PIRŠ, TINKARA SRNOVRŠNIK, VILMA KOVAČ, URŠULA REŠ MURAVEC	

123 Kontracepcija po porodu

— BOJANA PINTER, MAJA DOLANC MERC, SARA KOROŠEC, IRENA KIRAR FAZARINC,

TINKARA SRNOVRŠNIK, VILMA KOVAČ, URŠULA REŠ MURAVEC

PREDGOVOR

Učbenik »Umetna prekinitev nosečnosti« je plod sodelovanja slovenskih strokovnjakov s področja ginekologije in porodništva in je namenjen študentom medicine, specializantom in specialistom ginekologije in porodništva ter drugim zdravnikom in zdravstvenim delavcem, ki se srečujejo z vprašanji načrtovanja družine, reproduktivnih pravic in obravnave žensk v postopku umetne prekinitve nosečnosti (UPN).

Varna UPN je sestavni del celostne skrbi za spolno in reproduktivno zdravje žensk. Svetovna zdravstvena organizacija jo opredeljuje kot del osnovne zdravstvene oskrbe, ki mora biti varna, dostopna, zakonita in nediskriminatorna. Pravica do svobodnega odločanja o rojstvu otrok je v Sloveniji zapisana v Ustavi Republike Slovenije in urejena z Zakonom o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok, ki temelji na spoštovanju človekovih pravic, osebne avtonomije in dostojanstva žensk.

Učbenik povzema najnovejša znanstvena dognanja in smernice Svetovne zdravstvene organizacije, Mednarodne zveze ginekologov in porodničarjev, ameriških, britanskih in kanadskih združenj porodničarjev in ginekologov, ki skupaj tvorijo temelj z dokazi podprte medicine. Slovenija sledi tem smernicam ter jih nadgrajuje z lastnimi strokovnimi priporočili, ki upoštevajo lokalne značilnosti, pravni okvir in etične vidike.

Posamezna poglavja obravnavajo zgodovinske, družbene in pravne vidike UPN v svetu in pri nas, profesionalni pristop k ženski v stiski, vlogo socialne službe in svetovanja, kirurško UPN in UPN z zdravili v posameznih trimesečjih nosečnosti ter pomen kontracepcije po UPN in po porodu. Poseben poudarek učbenika je na sočutni, nestigmatizirajoči in na žensko osredinjeni obravnavi, ki temelji na spoštovanju njene avtonomije in informiranega odločanja.

Področje reproduktivne medicine se hitro razvija, zato je redno spremljanje strokovne literature, mednarodnih smernic in priporočil bistveno za kakovostno klinično prakso. Z učbenikom želimo prispevati k razvoju strokovnjakov, ki bodo ne le sledili napredku, temveč ga bodo tudi soustvarjali – z znanjem, empatijo in zavestjo o pomenu reproduktivnega zdravja. Namen učbenika je zato ne le posredovati znanje o medicinskih postopkih, temveč spodbujati strokovno odgovornost, znanstveno radovednost in zavedanje o reproduktivnem zdravju kot temeljni človekovi pravici.

Prof. dr. Bojana Pinter, dr. med., spec., v. svetnica

Izr. prof. dr. Helena Ban Frangež, dr. med., spec.

Prof. dr. Špela Smrkolj, dr. med., spec.

BESEDE RECENZENTOV

V obdobju digitalnih vsebin nas tiskana beseda vedno znova vzradosti. Urednicam smo dolžni zahvalo in priznanje za izjemno, skrbno pripravljeno in po vsebini obsežno delo, ki bo bralcu obogatilo obzorje znanja o reproduktivni ginekologiji in vzbudilo zanimanje za predstavljeno tematiko.

Pričujoči učbenik z naslovom »Umetna prekinitev nosečnosti« obravnava področje reproduktivne ginekologije z več vidikov, kar potrjuje dejstvo, da se reproduktivna ginekologija, ki se vse bolj subspecializira, istočasno zopet kot po nekakšnem mehanizmu povratne zveze reintegrira in danes postaja njena interdisciplinarnost pomembnejša kot kdaj koli doslej. To je posledica neusahljivega razvoja novih tehnologij v diagnostičnih postopkih in novih načinih zdravljenja.

Naše bolnice bomo zmogli dosledno obravnavati, če bomo poznali fiziološke procese ženskega organizma in pravočasno prepoznali tista stanja, ki odstopajo od normalnih homeostatskih stanj. Zato so avtorji, priznani strokovnjaki in specialisti ginekologije in porodništva, v desetih poglavjih na strokoven, razumljiv in didaktičen način osvetlili vprašanja umetne prekinitve nosečnosti z zdravili in kirurško v prvem, drugem in tretjem trimesečju nosečnosti, nas seznanili s problemi rodnosti in dovoljene splavnosti ter uporabe kontracepcije v različnih obdobjih v Sloveniji. Posebno poglavje je namenjeno vlogi socialne službe pri načrtovanju družine in profesionalnemu pristopu k ženski v stiski.

Uvodoma učbenik poda informacije o zgodovinskem ozadju razvoja reproduktivne ginekologije v Sloveniji, ki sega v petdeseta leta prejšnjega stoletja. Naša obveza je, da svoje znanje, pridobljeno iz spoznanj preteklosti, bogatimo in nadgrajujemo s prizadevnim in doslednim kliničnim delom, oplemenitenim z znanstvenoraziskovalno dejavnostjo in pedagoškim delom. Učbenik naj bo pomnik zavedanja pomembnosti bogate zgodovine slovenske reproduktivne ginekologije in naj krepi priznanje in hvaležnost vsem našim prednikom, ki so orali ledino te dejavnosti v slovenskem prostoru.

Učbenik naj bo stalni spremljevalec vseh tistih zdravstvenih delavcev, ki se ob vsakodnevnem kliničnem delu srečujejo s problematiko reproduktivne ginekologije. Zavedajoč se obveze stalnice zdravstvenih delavcev, da narava našega dela zahteva neprestano strokovno izpopolnjevanje, obnavljanje in dopolnjevanje teoretičnega znanja, naj bo ta učbenik obvezno čtivo v prizadevanju za čim kakovostnejše klinično delo.

Izobraževanje in raziskovanje sta poroka znanju, učenje pa je kot veslanje proti toku. Takoj ko prenehaš veslati, te tok odnese nazaj. Tisočletja stara modrost kitajskega filozofa Konfucija (500 let pr. n. š.) pravi: »Z izobraževanjem si lepšamo svoj lastni jaz. Brez sramu se učimo in sprašujemo.«

Prof. dr. Adolf Lukanović, dr. med., spec., v. svetnik
Doc. dr. Andreja Trojner Bregar, dr. med., spec.

AVTORJI PRISPEVKOV

Urša Benčina, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, Dispanzer za žene, Zdravstveni dom Škofja Loka

Primož Ciglar, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, Klinični oddelek za reprodukcijo, Ginekološka klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana

Dr. Maja Dolanc Merc, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, Klinični oddelek za perinatologijo, Ginekološka klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana

Liljana Dreu, univ. dipl. soc. del., Svetovalno socialna služba, Ginekološka klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana

Sašo Drobnič, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, Klinični oddelek za reprodukcijo, Ginekološka klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana

Doc. dr. Nina Jančar, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, Klinični oddelek za reprodukcijo, Ginekološka klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana

Mag. Irena Kirar Fazarinc, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, Služba zdravstvenega varstva žensk, Zdravstveni dom Litija

Doc. dr. Sara Korošec, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, Klinični oddelek za reprodukcijo, Ginekološka klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana; Katedra za ginekologijo in porodništvo, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani

Doc. dr. Renata Košir Pogačnik, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, Klinični oddelek za perinatologijo, Ginekološka klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana; Katedra za ginekologijo in porodništvo, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani

Doc. dr. Vilma Kovač, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, Oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo, Klinika za ginekologijo in perinatologijo, Univerzitetni klinični center Maribor

Tina Kunič Pirš, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, Klinični oddelek za ginekologijo, Ginekološka klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana

Dr. Ivana Paljk Likar, dr. med., Ginekološka klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana

Prof. dr. **Bojana Pinter**, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, višja svetnica, mag. ekon. in posl. ved, Klinični oddelek za reprodukcijo, Ginekološka klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana; Katedra za ginekologijo in porodništvo, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani

Prim. mag. **Uršula Reš Muravec**, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, Zdravstveni center Dravlje, Ljubljana

Asist. dr. **Gabrijela Simetinger**, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, spec. spolne medicine, medicinska seksologinja, socialna delavka, Oddelek za ginekologijo in porodništvo, Splošna bolnišnica Novo mesto

Tinkara Srnovršnik, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, Zdravstveno varstvo žensk, Zdravstveni dom Ljubljana - enota Šiška

Asist. **Maja Starc**, dr. med., dipl. univ. oec., spec. ginekologije in porodništva, Nacionalni inštitut za javno zdravje, Ljubljana; Dispanzer za ženske, Zdravstveni dom Slovenj Gradec

Mag. **Lili Steblovnik**, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, Klinični oddelek za perinatologijo, Ginekološka klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana

Veronika Vogrin Vrhunc, dr. med., Ginekološka klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana

SEZNAM KRATIC

ACTH – adrenokortikotropni hormon
 ACOG – Ameriški kolidž porodničarjev in ginekologov
 AMA – Ameriško zdravniško združenje
 ASA – Ameriško združenje za preučevanje splava
 BU – bukalno
 CDC – Center za nadzor in preprečevanje bolezni, Združene države Amerike
 CRP C – reaktivni protein
 CSD – Center za socialno delo
 Cu-IUD – maternični vložek z bakrom
 D&C – dilatacija in kiretaža
 D&E – dilatacija in evakuacija
 D&VA – dilatacija in vakuumska aspiracija
 D&X – dilatacija in ekstrakcija
 EA – endometrijska aspiracija
 FIGO – Mednarodna zveza za ginekologijo in porodništvo
 FMK – fetomaternalna krvavitev
 GK UKC LJ – Ginekološka klinika UKC Ljubljana
 Hb – hemoglobin
 hCG – humani horiagonotropin
 ICT – indirektni Coombsov test
 IPPF – Mednarodna zveza za načrtovano starševstvo
 ITM – indeks telesne mase
 IUD – maternični vložek
 KAMRA – Komisija za analizo mrtvorojenosti in razvojnih nepravilnosti
 KC – kontracepcija
 KCl – kalijev klorid
 KHK – kombinirana hormonska kontracepcija
 KOK – kombinirana oralna kontracepcija
 KORN – Konzilij za obravnavo razvojnih nepravilnosti
 KZ – Kazenski zakonik
 LAM – metoda laktacijske amenoreje
 LGBTQIA+ – lezbijke, geji, biseksualne, transspolne, queer, interspolne, asekualne in druge osebe
 LNG – levonorgestrel
 LNG-IUD – maternični vložek z levonorgestrelom
 NICE – Nacionalni inštitut za odličnost v zdravstvu in oskrbi, Združeno kraljestvo
 NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje Republike Slovenije
 NSAIDs – nesteroidna protivnetna zdravila
 OBMP – oploditev z biomedicinsko pomočjo
 PG – prostaglandin
 PHK – progestogenska hormonska kontracepcija
 PIS RS – Perinatalni informacijski sistem Republike Slovenije

PO – peroralno

POK – progestogenska oralna kontracepcija

p. p. – po potrebi

RCOG – Kraljevi kolidž porodničarjev in ginekologov, Združeno kraljestvo

Rh – Rhesus

RU-486 – razvojna oznaka za mifepriston

SIRS – sistemska vnetna reakcija na okužbo

SL – sublingvalno

SOGC – Kanadsko združenje ginekologov in porodničarjev

SZO – Svetovna zdravstvena organizacija

t. n. – tedni nosečnosti

UPA – ulipristalacetat

UPN – umetna prekinitev nosečnosti

UZ – ultrazvok

VA – vakuumsko aspiracija

VAG – vaginalno

VEMA – zelo zgodnja umetna prekinitev nosečnosti z zdravili

ZDA – Združene države Amerike

ZDN – zadržani delci nosečnosti

ZZUUP – Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok

RODNOST, DOVOLJENA SPLAVNOST IN KONTRACEPCIJA

MAJA STARC

Izvleček

Podatki o rodnosti, dovoljeni splavnosti in uporabi kontracepcije pomembno prispevajo tako k razumevanju reprodukativnega zdravja kot demografskih gibanj v Sloveniji. Rodnost kot ena temeljnih sestavin demografske strukture vpliva na velikost in starostno sestavo prebivalstva ter ima pomembne družbene, ekonomske in zdravstvene posledice. V zadnjih desetletjih se Slovenija, podobno kot druge razvite države, sooča z upadanjem števila rojstev in povečevanjem povprečne starosti mater ob rojstvu otrok. Leta 2023 je bilo 16.787 živorojenih otrok, kar pomeni več kot polovico manj kot pred stoletjem. Celotna stopnja rodnosti je znašala 1,51, kar je precej pod vrednostjo za obnavljanje prebivalstva, a nad povprečjem Evropske unije. Kljub relativno stabilni stopnji rodnosti absolutno število rojstev upada zaradi zmanjševanja števila žensk v rodni dobi. Spremljanje porodov in rojstev omogoča oceno zdravstvenega stanja mater in otrok ter razumevanje demografskih ter družbeno-ekonomskih sprememb. Povprečna starost vseh porodnic se zvišuje in je leta 2023 znašala 31,0 leta. Poznejše materinstvo povečuje tveganje za zaplete v nosečnosti in prispeva k zmanjšani rodnosti.

Splošna stopnja dovoljene splavnosti v Sloveniji (7,1/1000 žensk) ostaja med najnižjimi v Evropi, kar kaže na učinkovit sistem dostopa do kontracepcije in zdravstvenih storitev. Leta 2023 je bilo opravljenih 3028 dovoljenih splavov, celotna stopnja dovoljene splavnosti je znašala 0,26, kar je najnižja ugotovljena vrednost. Najpogostejša metoda je bila prekinitev nosečnosti z zdravili, več kot 90 odstotkov umetnih prekinitev nosečnosti pa je opravljenih do 10. tedna nosečnosti. Regijske razlike so velike.

Uporaba hormonske kontracepcije v Sloveniji v zadnjih dveh desetletjih upada. Število uporabnic hormonske kontracepcije je v letu 2023 znašalo 106,6 omota na 1000 žensk v rodni dobi, največ v starostni skupini 20–24 let. Najpogostejše se uporablja kombinirana oralna kontracepcija. Sterilizacija kot trajna metoda kontracepcije je pogostejša pri ženskah, vendar se delež moških sterilizacij povečuje. Povečuje se tudi uporaba materničnih vložkov.

Učni cilji

- Razložiti **temeljne pojme, kazalnike in smernice** rodnosti, dovoljene splavnosti ter uporabe kontracepcije v Sloveniji ter razumeti njihove demografske in javnozdravstvene posledice.
- Razumeti **vlogo in pomen zdravstvenih informacijskih sistemov** pri zbiranju, spremljanju in interpretaciji podatkov o rodnosti, splavnosti in kontracepciji.
- Razviti **sposobnost kritične interpretacije in uporabe statističnih podatkov** o rojstvih, splavih in kontracepciji pri strokovnem delu v klinični medicini, javnem zdravju in zdravstveni statistiki.

1 Uvod

Rodnost, dovoljena splavnost in uporaba kontracepcije pomembno vplivajo na reproduktivno zdravje prebivalstva in dolgoročno oblikujejo demografsko sliko družbe. Spremljanje podatkov na teh področjih omogoča razumevanje družbenih, ekonomskih in zdravstvenih izzivov ter načrtovanje ustreznih ukrepov. V Sloveniji opazamo dolgotrajno upadanje rodnosti, naraščanje povprečne starosti žensk ob porodu ter spremembe v reproduktivnih vedenjskih vzorcih.

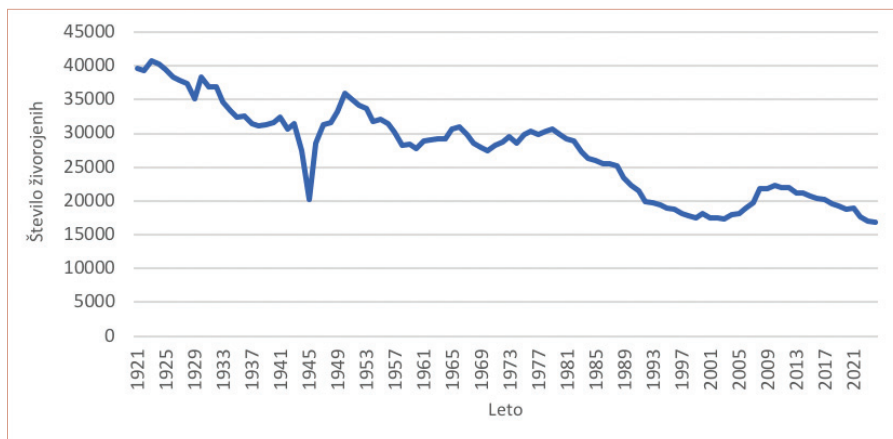
2 Rodnost

Rodnost je ena od treh temeljnih komponent, ki poleg umrljivosti in selitev oblikujejo demografsko sestavo prebivalstva, saj vpliva tako na njegovo velikost kot tudi starostno strukturo (1). Rodnostni vzorci se običajno spreminjajo počasi in so posledica številnih družbenih dejavnikov, njihov vpliv pa je dolgoročen in pogosto težko reverzibilen (2). Hkrati ima rodnost neposredne posledice na delovanje družbe, od vzdržnosti pokojninskega sistema do načrtovanja zdravstvenih storitev in izobraževanja.

2.1 Število porodov in rojstev

V zadnjih desetletjih rodnost v številnih razvitih državah vztrajno pada, kar je posledica sprememb življenjskega sloga, višje izobraženosti žensk, nižje ekonomske varnosti mladih generacij ter širšega dostopa do kontracepcije in reproduktivnega zdravstva. Spreminjajo se strukture družin, starševstvo se vse pogostejše odlaša v poznejša življenjska obdobja. Medtem ko so bili v preteklosti pomembnejši neposredni (biološki) dejavniki rodnosti, danes v ospredje prihajajo posredni, tako ekonomski, družbeni kot psihološki dejavniki (1). Upadanje števila rojstev je bilo značilno tudi za Slovenijo, kjer so bile spremembe do sredine prejšnjega stoletja del t. i. demografskega prehoda, procesa, za katerega je značilen premik od visoke k nizki rodnosti in umrljivosti, povezan z

industrializacijo, izboljšanjem javnega zdravja, izobraževanjem in urbanizacijo. Pozneje se je upadanje rodnosti nadaljevalo. Generacije živorojenih so se v Sloveniji v zadnjih stotih letih več kot prepolovile. Odkar se od leta 1920 spremljajo podatki, je bilo največ živorojenih leta 1923, in sicer 40.710, najmanj pa leta 2023, ko je bilo v Sloveniji 16.787 živorojenih otrok (slika 1). Generacija z več kot 30.000 živorojenimi otroki je bila nazadnje leta 1979, z več kot 20.000 pa leta 2017 (3).



Slika 1: Število živorojenih, Slovenija, 1920–2023 (4).

Spremljanje podatkov o rojstvih je nepogrešljivo za analizo demografskih gibanj in prepoznavanje njihovih ekonomskih, družbenih in zdravstvenih posledic. V okviru klinične medicine pa ti podatki omogočajo vpogled v zdravstveno stanje nosečnic in novorojenčkov. Statistika porodov in rojstev je namenjena spremljanju dejavnikov tveganja, ki vplivajo na izid nosečnosti, oceno kakovosti perinatalne oskrbe ter načrtovanje ukrepov za njeno izboljšanje. V Sloveniji se podatki o porodih in rojstvih zbirajo v Perinatalnem informacijskem sistemu Republike Slovenije (PIS RS) (5), njegov skrbnik pa je Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ). V zbirko podatkov se zapisujejo porodi in rojstva v vseh porodnišnicah in zunaj njih, poleg pridobivanja pomembnih informacij o nosečnostih, porodih in novorojenčkih pa zbirka omogoča različne časovne in prostorske primerjave.

Porod je definiran kot končanje nosečnosti po dopolnjenem 22. tednu gestacije ali pri teži ploda 500 g ali več ne glede na to, ali otrok kaže znake življenja (živorojenost) ali ne (mrtvorojenost). Pri večplodnih nosečnostih štejemo med mrtvorojene tudi plodove, ki so lažji od 500 g. V Sloveniji se skladno z upadom števila živorojenih zmanjšuje tudi število porodov. Po podatkih Perinatalnega informacijskega sistema je bilo v letu 2023 zabeleženih 16.638 porodov. Večina otrok v Sloveniji je rojenih v porodnišnicah (99,7 %).

Rojstvo je opredeljeno kot izid poroda, pri katerem se lahko rodi en otrok ali več otrok. V letu 2023 smo imeli 16.875 rojstev, 99,6 odstotka otrok je bilo živorojenih. Med njimi je bilo 97 odstotkov enojčkov ter 3 odstotke otrok iz večplodnih nosečnosti. Po naravnih bioloških zakonitostih se dvojčki rodijo približno pri enem od stotih porodov, trojčki pri enem od 10.000 porodov in četverčki pri približno enem od milijona porodov. Vendar pa je dejanska pogostost porodov z več kot enim otrokom večja zaradi uporabe različnih metod zdravljenja neplodnosti. V Sloveniji je bilo v letu 2023 5,8 odstotka otrok rojenih po postopkih zunajtelesne oploditve, 0,7 odstotka po indukciji ovulacije in 0,3 odstotka otrok po intrauterini inseminaciji, kar je prispevalo 22 odstotkov živorojenih iz večplodnih nosečnosti po postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (OBMP). Vpliv OBMP na delež večplodnih nosečnosti se v Sloveniji v zadnjih letih zmanjšuje. V letu 2023 je delež vseh porodov z večplodnimi nosečnostmi po zdravljenju z OBMP znašal 0,6 odstotka, medtem ko je leta 2014 znašal 1,1 odstotka.

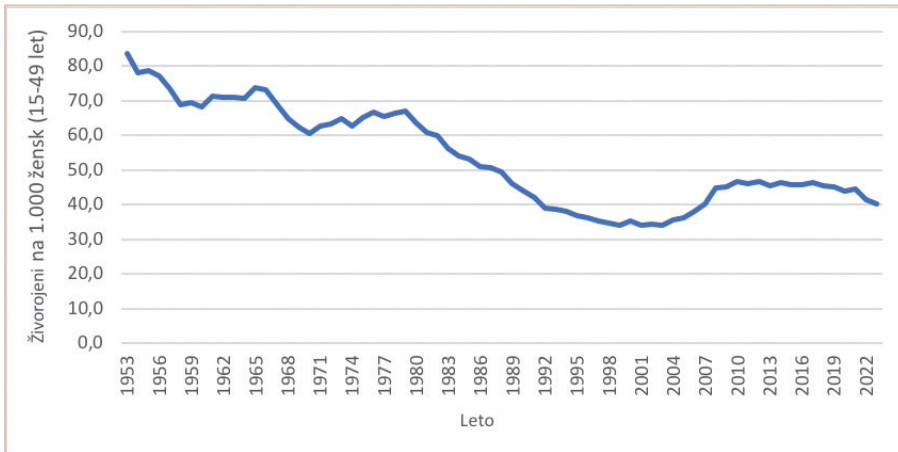
Med živorojenimi je bilo v letu 2023 51 odstotkov dečkov in 49 odstotkov deklic. V vseh časovnih obdobjih in vseh populacijah se spontano in brez zunanje poseganja rodi več dečkov kot deklic. Razmerje, ki ga izrazimo s t. i. koeficientom maskulinitete (2), je posledica bioloških in evolucijskih dejavnikov in ni enako pri vseh zaporednih rojstvih iste matere. Pri prvih porodih se običajno rodi nekoliko več dečkov kot deklic, pri poznejših porodih pa se razmerje nekoliko izenači. V slovenski populaciji koeficient maskulinitete znaša med 104 in 107, kar pomeni, da se na vsakih sto deklic rodi od 104 do 107 dečkov.

Delež prvorojenih je bil v letu 2023 46,8 odstotka, drugorojenih 37,7 odstotka, tretjerojenih 11,9 odstotka in delež rojenih višjega reda 3,5 odstotka. Delež žensk brez otrok je bil po podatkih iz leta 2021 12,5 odstotka in se povečuje, a je manjši kot pred demografskim prehodom sredi prejšnjega stoletja, ko je okoli petina žensk ostala brez otrok (3).

2.2 Kazalniki rodnosti

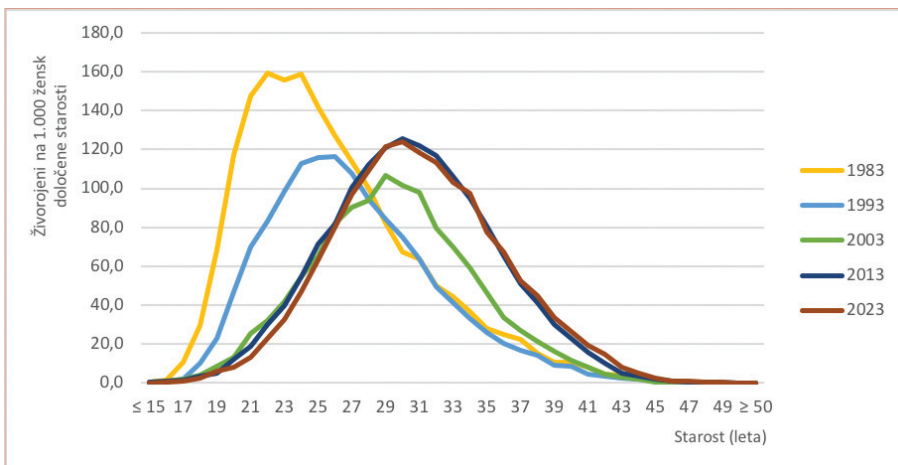
Rodnost je mogoče spremljati z različnimi kazalniki (2), ki so del demografske analize, ti pa zajemajo različne vidike rodnosti ter omogočajo primerjave med državami, časovnimi obdobji ali družbenimi skupinami. Kazalniki so izraženi v relativnih številkah, ki omogočajo bolj relevantno primerjavo v času in prostoru kot absolutne številke. Npr. število porodov ali dovoljenih splavov na leto lahko upada, ker upada število žensk v rodni dobi, ob tem pa celotna stopnja rodnosti ali dovoljene splavnosti ostajata enaki.

Splošna stopnja rodnosti (ang. *general fertility rate*) izraža število živorojenih otrok na 1000 žensk v rodni dobi (15–49 let) v določenem letu. V Sloveniji je v letu 2023 znašala 39,6. Na sliki 2 je splošna stopnja rodnosti prikazana za zadnjih 70 let. Kazalnik je občutljiv za spremembe v starostni strukturi žensk v rodni dobi.



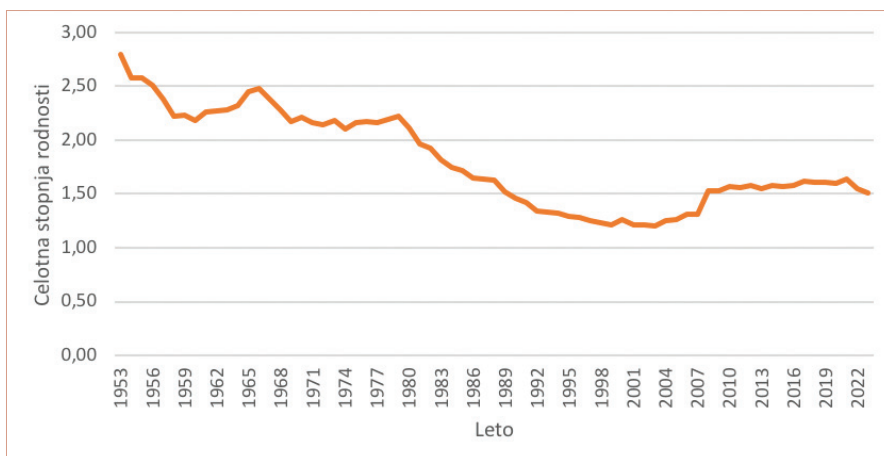
Slika 2: Splošna stopnja rodnosti, Slovenija, 1953–2023 (4).

Starostno specifična stopnja rodnosti (ang. *age-specific fertility rate*) prikazuje razmerje med številom živorojenih otrok, ki so jih v koledarskem letu rodile matere določene starosti, in številom žensk te starosti sredi istega leta, pomnoženo s 1000. Kazalnik omogoča analizo rodnosti v različnih starostnih skupinah. Na sliki 3 so prikazane razporeditve starostno specifičnih stopenj rodnosti žensk v Sloveniji in njihov razvoj v zadnjih 40 letih, ko so se krivulje najprej znižale, nato pa se premaknile v desno. Vrh posamezne krivulje prikazuje starost mater, ki se jim rodi največ otrok v določenem letu.



Slika 3: Porazdelitev starostno specifičnih stopenj splošne rodnosti v Sloveniji po izbranih letih, 1983–2023 (4).

Celotna stopnja rodnosti (ang. *total fertility rate*) je najpogosteje uporabljeni kazalnik rodnosti in pomeni povprečno število živorojenih otrok, ki bi jih rodile ženske, v letu opazovanja stare 15 let, če bi bila v času njihovih življenj rodnost v vsaki starostni skupini taka, kot jo izkazujejo starostne stopnje rodnosti v opazovanem koledarskem letu (3). Za enostavno obnavljanje prebivalstva mora ta stopnja znašati približno 2,1 živorojenega otroka na žensko, kar je bilo v Sloveniji nazadnje leta 1980. V prikazanem obdobju na sliki 4 je bila celotna stopnja rodnosti najnižja leta 2003 – 1,20. V letu 2023 je celotna stopnja rodnosti znašala 1,51, kar je več od povprečja v Evropski uniji. Ob tem se število živorojenih otrok v Sloveniji kljub relativno stabilni celotni stopnji rodnosti zmanjšuje, saj se zmanjšuje tudi število žensk v rodni dobi. V Sloveniji se je med vsemi državami EU delež žensk v rodni dobi v zadnjih dvajsetih letih najbolj zmanjšal, in sicer s 50,5 odstotka leta 2001 na 40,3 odstotka leta 2023 (3).



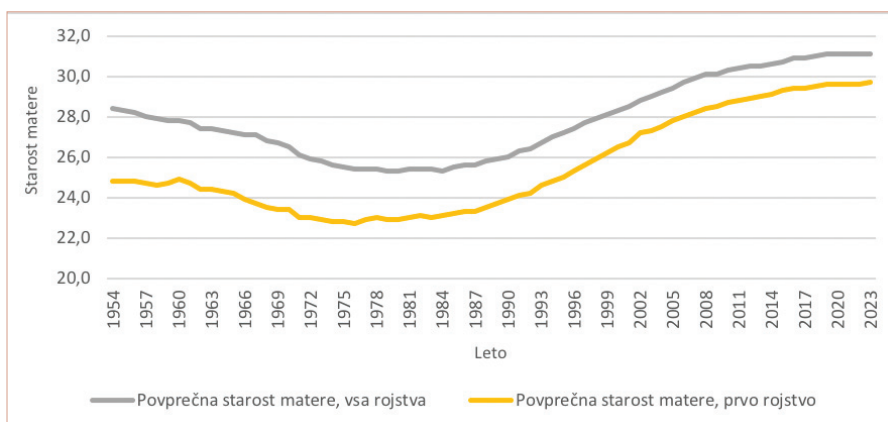
Slika 4: Celotna stopnja rodnosti, Slovenija, 1953–2023 (4).

Število živorojenih na 1000 prebivalcev (ang. *crude birth rate*) je kazalnik, ki izraža število živorojenih otrok na 1000 prebivalcev v določenem letu. To je preprost kazalnik, ki pa ne upošteva starostne strukture prebivalstva. V letu 2023 je znašal 7,9 živorojenih na 1000 prebivalcev, kar je pod povprečjem v Evropski uniji.

Stopnja rodnosti pri mladostnicah (ang. *adolescent fertility rate*) izraža število živorojenih otrok v starostni skupini žensk 15–19 let. Slovenija je država z relativno nizko stopnjo rodnosti pri mladostnicah. V Sloveniji se je v letu 2023 rodilo 166 otrok ženskam, mlajšim od 20 let, kar predstavlja 3,4 otrok na 1000 žensk, starih 15–19 let. Najvišjo stopnjo rodnosti pri mladostnicah imamo v jugovzhodni Sloveniji, in sicer 13,0, v tem delu države je skoraj štirikrat višja od slovenskega povprečja.

2.3 Starost porodnic

V Sloveniji se, tako kot v večini drugih razvitih držav, povprečna starost mater ob rojstvu otrok povečuje. K odlašanju materinstva prispevajo različne družbene spremembe, kot so daljše izobraževanje, iskanje finančne stabilnosti in karierni izzivi, bodoči starši želijo biti tudi čim bolj pripravljeni na otroka (2). Povprečna starost prvorodnic v letu 2023 je bila 29,6 leta in vseh porodnic 31,0 leta. Naraščanje starosti žensk ob rojstvu otrok se v Sloveniji povečuje že od sredine 80. let prejšnjega stoletja, ko je bila povprečna starost žensk ob rojstvu prvega otroka 23,1 leta in ob rojstvu vseh otrok 25,7 leta. V zadnjih letih se je naraščanje povprečne starosti ob rojstvu otrok upočasnilo (slika 5) (3).



Slika 5: Povprečna starost matere ob rojstvu otroka, Slovenija, 1954–2023 (4).

Poznejše materinstvo kompleksno vpliva na družbo, gospodarstvo ter na socialne in zdravstvene sisteme. Višja starost ob prvem porodu pogosto pomeni manjše število otrok na žensko in s tem nižjo rodnost, kar dodatno pripeva k staranju prebivalstva. Starost ženske je hkrati pomemben dejavnik, ki vpliva na izide nosečnosti. Ker se z leti plodnost zmanjšuje, se povečuje potreba po zdravljenju neplodnosti in OBMP. Z višjo starostjo nosečnic narašča tveganje za kromosomske nepravilnosti pri plodu, več je spontanich splavov in mrtvorojenosti, starejše nosečnice imajo v primerjavi z mlajšimi večje tveganje za prezgodnji porod in druge zaplete. S starostjo nosečnic narašča tudi prevalenca kroničnih bolezni, ki lahko vplivajo na potek nosečnosti ter zdravje matere in ploda (6).

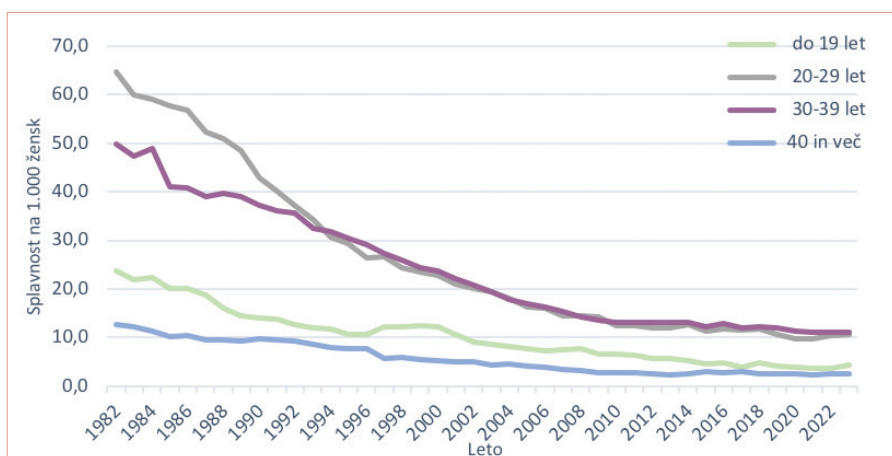
V Sloveniji so ženske ob rojstvu otrok mlajše od povprečja v Evropski uniji (3), kjer je bila leta 2022 najvišja starost matere ob rojstvu vseh otrok na Irskem (33,1 leta), ob rojstvu prvega otroka pa v Italiji (31,7 leta).

2.4 Projekcije rodnosti

Po prebivalstveni projekciji EUROPOP2023 (7), ki jo objavlja Eurostat, se bo stopnja rodnosti postopoma povečevala in leta 2100 dosegla 1,72 živorojenega otroka na žensko v rodni dobi, število živorojenih pa bo še nekoliko upadlo. Prihodnje generacije živorojenih v Sloveniji bi lahko obsegale okoli 17 tisoč otrok, ob predpostavki višjega selitvenega prirasta pa nekaj manj kot 19 tisoč.

3 Dovoljena splavnost

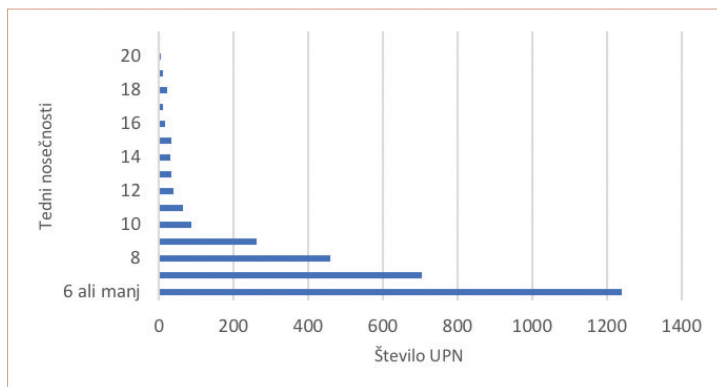
Slovenija spada med države z nizko stopnjo dovoljene splavnosti v Evropi (8), kar kaže na učinkovitost reproduktivne politike in dober dostop do zdravstvenih storitev. Razlike v poročani incidenci splavov med državami so lahko posledica različnih dejavnikov, kot so dostop do kontracepcije, varne umetne prekinitve nosečnosti (UPN) in preventivnih izobraževalnih programov ter tudi zakonodajni okvir države, dostopnost do informacij o UPN in to, ali UPN krije zdravstveno zavarovanje – v teh primerih so podatki bolj zanesljivi. Na splošno so stopnje splavnosti v državah, v katerih je umetna prekinitve nosečnosti zakonita in dostopna, nižje (9). Ker so v Sloveniji splavi legalno dostopni in nadzorovani, se v nadaljevanju osredotočamo na dovoljene splave. Število dovoljenih splavov se je v Sloveniji v zadnjih štirih desetletjih močno zmanjšalo, in sicer v vseh starostnih skupinah. Zmanjšal se je tudi delež prekinitve nosečnosti v primerjavi s skupnim številom nosečnosti (slika 6) (10).



Slika 6: Starostno specifične stopnje splavnosti, Slovenija, 1982–2023 (5).

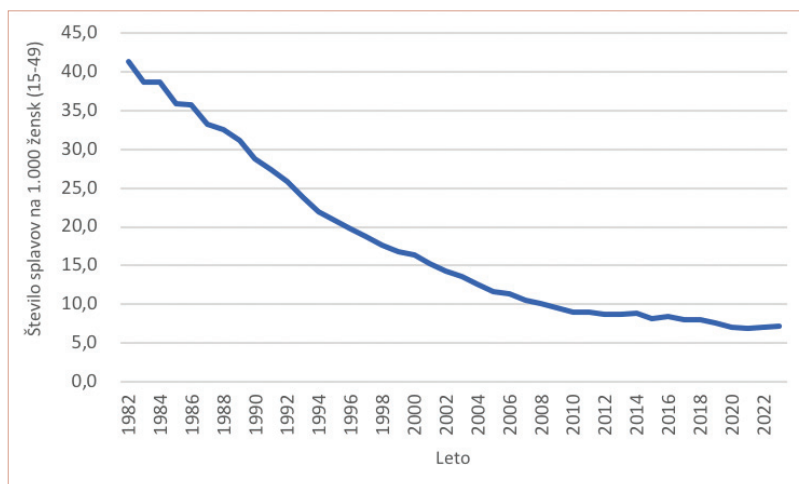
V Sloveniji podatke o dovoljenih in spontanih splavih ter drugih patoloških oblikah nosečnosti, vključno z zunajmaterničnimi nosečnostmi, spremljamo v

Informacijskem sistemu fetalnih smrti (5), v katerem se zapisujejo smrti zarodkov in plodov, ki so ob teh dogodkih lažji od 500 gramov in mlajši od 22 gestacijskih tednov. V letu 2023 je bilo ugotovljenih 5166 fetalnih smrti, med njimi je bilo 59 odstotkov dovoljenih splavov, 36 odstotkov spontanih splavov in drugih patoloških oblik nosečnosti ter 5 odstotkov zunajmaterničnih nosečnosti; 90,9 odstotka dovoljenih splavov je bilo opravljenih do 10. tedna nosečnosti, 41,0 odstotka pa do 6. tedna.



Slika 7: Umetne prekinitve nosečnosti po tednih gestacijske starosti, Slovenija, 2023 (5).

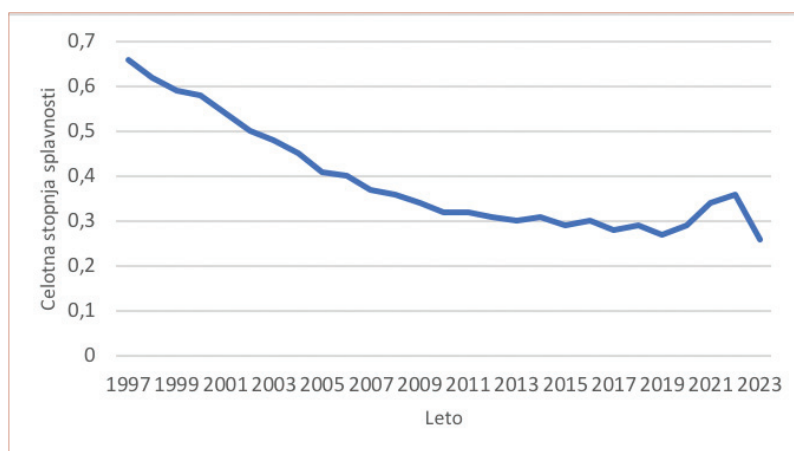
Splošna stopnja dovoljene splavnosti (ang. *general legal abortion rate*) je razmerje med številom dovoljenih splavov na 1000 žensk v rodni dobi (15–49 let). V obdobju 1982–2023 je upadla z 41,3 leta 1982 na 7,1 na 1000 žensk v rodni dobi leta 2023 (slika 8). Število splavov na 1000 žensk v rodni dobi se je v 25 letih prepolovilo.



Slika 8: Splošna stopnja dovoljene splavnosti, Slovenija, 1982–2023 (5).

Starostno specifične stopnje dovoljene splavnosti (ang. *age-specific legal abortion rates*), ki so prikazane na sliki 6, predstavljajo razmerje med številom dovoljenih splavov žensk v določeni starostni skupini in številom žensk (na 1000) iste starostne skupine v enakem časovnem obdobju. V starostni skupini 30–35 let je ugotovljena najvišja splavnost, kar sovpada z največjo pogostostjo nosečnosti v tej starostni skupini, to pa vpliva na absolutno število spontanih splavov.

Celotna stopnja dovoljene splavnosti (ang. *total legal abortion rate*) prikazuje povprečno število dovoljenih splavov na eno žensko v rodni dobi. V letu 2023 je znašala 0,26, kar je najnižja vrednost, odkar se stopnje dovoljene splavnosti sistematično spremljajo. Celotna stopnja splavnosti se je v zadnjih desetletjih ves čas zniževala, med epidemijo koronavirusa (od leta 2020 do 2022) pa je prehodno narasla (slika 9).



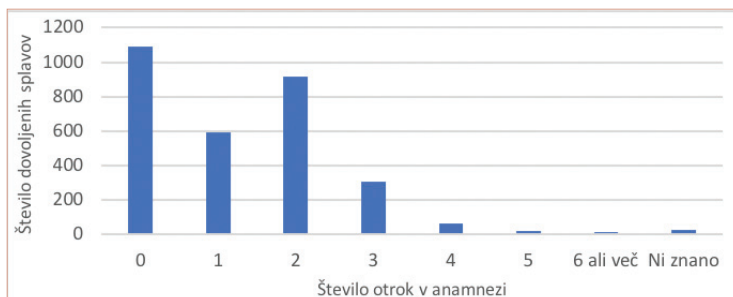
Slika 9: Celotna stopnja splavnosti, Slovenija, 1997–2023 (5).

Koeficient dovoljene splavnosti (ang. *legal abortion ratio*) predstavlja razmerje med številom dovoljenih splavov na 1000 živorojenih otrok v koledarskem letu. V letu 2023 je znašal 180,4 in je po obdobju upadanja leta 2021 dosegel najnižjo vrednost (156,2), v zadnjih dveh letih pa ponovno narašča. Razmerje med številom dovoljenih splavov in številom živorojenih otrok je od leta 2009 v Sloveniji ugodnejše od povprečja v Evropski uniji (5).

Povratna splavnost (ang. *repeat abortion*) na 1000 žensk pa je razmerje med številom dovoljenih splavov pri povratnicah, ženskah, pri katerih se je predhodna nosečnost končala z dovoljenim splavom, na 1000 žensk v rodni dobi (15–49 let). Najvišja stopnja povratne splavnosti je bila v letu 2023 v starosti 40–44 let (19,3), najnižja pa v starosti do 19 let (11,2).

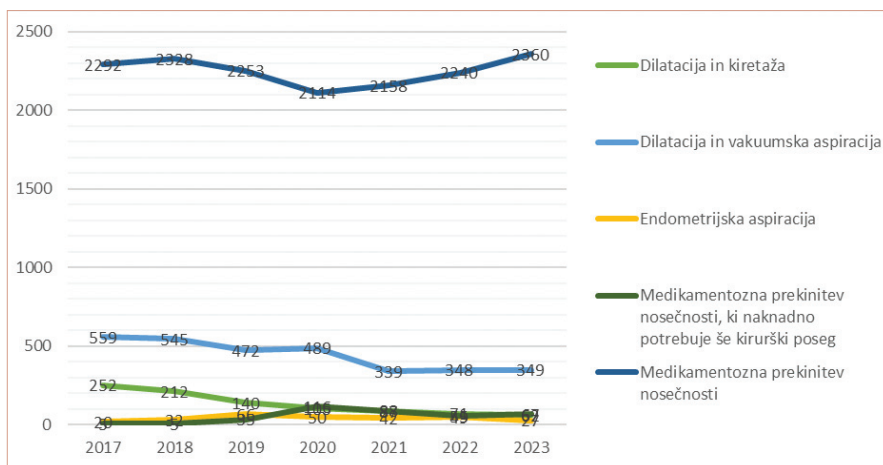
Regijske razlike v dovoljeni splavnosti so v Sloveniji velike, najvišja stopnja dovoljene splavnosti je bila leta 2023 v podravski in pomurski regiji, najnižja pa v

primorsko-notranjski regiji (5). Najugodnejše razmerje med številom dovoljenih splavov in številom živorojenih otrok je bilo v goriški regiji. Med ženskami, ki so leta 2023 opravile splav, je bilo 36,0 odstotka takih, ki še niso rodile, 30,3 odstotka splavov so opravile ženske, ki so rodile dvakrat, 19,6 odstotka pa ženske, ki so rodile enkrat (slika 10).



Slika 10: Število dovoljenih splavov po številu otrok v anamnezi, 2023 (5).

Najpogostejša metoda prekinitve nosečnosti je UPN z zdravili, kar pomeni 82,5 odstotka vseh prekinitev; v primerjavi z letom 2013, ko je bilo tovrstnih prekinitev 64 odstotkov, delež te metode narašča. Delež kirurških metod v zadnjih letih stagnira in je bil v letu 2023 13,6 odstotka, večino posegov pa predstavljata dilatacija in vakuumska aspiracija. Endometrijskih aspiracij je bilo le 27, kar pomeni 0,9 odstotka vseh prekinitev nosečnosti v letu 2023 (slika 11).



Slika 11: Število dovoljenih splavov po vrsti posega, Slovenija, 2023 (5).

4 Uporaba kontracepcije

V Sloveniji imajo ženske v reproduktivnem obdobju pravico do celostne preventivne zdravstvene oskrbe, ki vključuje svetovanje in predpisovanje kontracepcijskih sredstev (11), dostop do kontracepcije pa je urejen z obveznim zdravstvenim zavarovanjem. Uporaba kontracepcije (KC) v Sloveniji je dobra. Po podatkih Ankete o zdravju in zdravstvenem varstvu iz leta 2019 v Sloveniji je pri zadnjem spolnem odnosu ena četrtnina žensk in moških, starih 15–49 let, ki ne načrtujejo nosečnosti, uporabila kondom (25 %), 21 odstotkov hormonsko kontracepcijo, 8 odstotkov maternični vložek, 14 odstotkov prekinjen spolni odnos, 4 odstotki naravne metode oz. metode opazovanja plodnosti, 2 odstotka druge metode, 3 odstotke pa jih je bilo steriliziranih. Ena tretjina (34 %) odraslih ni uporabila nobene kontracepcije (10). Nekateri so uporabili dve metodi hkrati, zato je seštevek več kot sto.

4.1 Hormonska kontracepcija

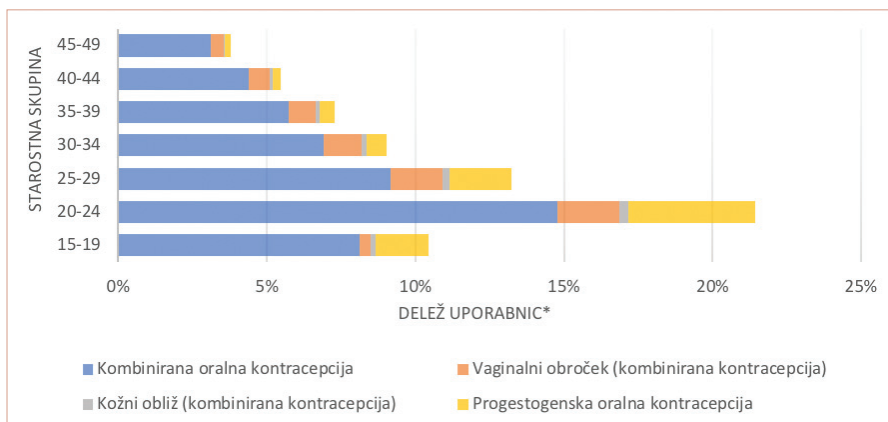
Hormonska kontracepcija se, razen materničnih vložkov, izdaja na recept. Podatki o izdajah zdravil na recept omogočajo vpogled v vzorce uporabe hormonskih kontracepcijskih sredstev.

V letu 2023 je bilo izdanih 471.063 omotov hormonske kontracepcije (brez materničnih vložkov s hormonom), kar ustreza 587.731 omotom mesečne predpisane količine. Večina uporabnic hormonske kontracepcije je uporabljala kombinirano hormonsko kontracepcijo, in sicer 78,5 odstotka. Med njimi je 85,5 odstotka predstavljala kombinirana oralna hormonska kontracepcija (kontracepcijske tablete), 12,6 odstotka vaginalni dostavni sistem (vaginalni obroček) ter 1,9 odstotka transdermalna kontracepcija (kožni obliž). Progestogensko oralno kontracepcijo je uporabljalo 21,5 odstotka žensk. Progestagenska kontracepcija v obliki injekcij pomeni zelo majhen delež uporabe med vsemi metodami kontracepcije. Najpogostejše predpisane kontracepcijske tablete so preparati z drospirenonom in etinilestradiolom (31 %), sledijo jim monokomponentni preparati z dezogestrelom (24 %), nato dienogest z etinilestradiolom (18 %) in gestoden z etinilestradiolom (14 %).

Število uporabnic hormonske kontracepcije na 1000 žensk v rodni dobi (15–49 let) je v letu 2023 znašalo 106,6 omota na 1000 žensk v rodni dobi. To je hipotetični izračun števila uporabnic glede na število izdanih omotov mesečne predpisane količine s predpostavko, da vse uporabnice uporabljajo hormonsko kontracepcijo 13 ciklusov v letu (12) in da je vsa predpisana kontracepcija v celoti porabljena. V Sloveniji se uporaba hormonske kontracepcije od leta 2004 zmanjšuje, in sicer je v zadnjih 20 letih upadla za okrog 40 odstotkov. Manjši porast je bil opažen le v letu 2020, med epidemijo.

Največ receptov je bilo predpisanih ženskam v starostni skupini 20–24 let, med katerimi je hormonsko kontracepcijo uporabljalo 147,9 žensk na 1000 žensk v tej

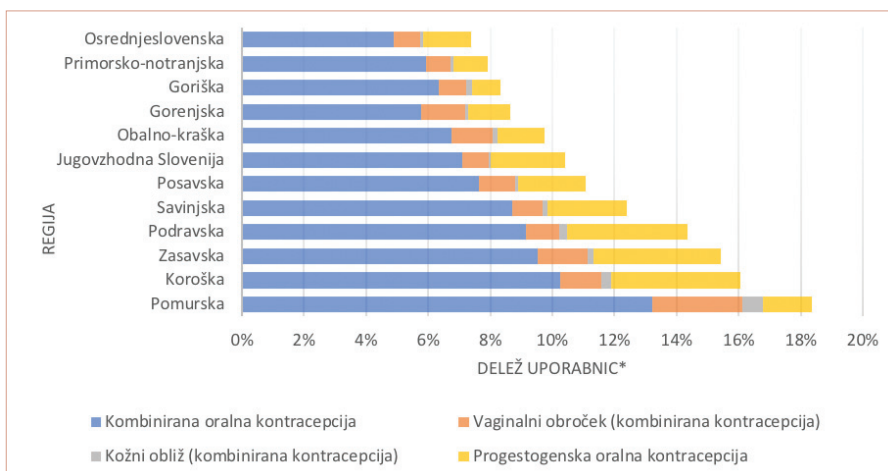
starostni skupini. Sledili sta starostni skupini žensk 25–29 let s 132,2 uporabnic ter 15–19 let s 104,4 uporabnic na 1000 žensk v starostni skupini (slika 12).



*Opomba: Število uporabnic, ki uporabljajo kontracepcijo, je zaradi nazornejšega prikaza izraženo v odstotkih. Na primer: 100 uporabnic na 1000 žensk v starostni skupini pomeni 10 odstotkov.

Slika 12: Uporaba različnih oblik hormonske kontracepcije po starostnih skupinah, Slovenija, 2023 (13).

Uporaba hormonske kontracepcije se precej razlikuje med statističnimi regijami, stopnja uporabe je najvišja v pomurski regiji, najnižja pa v osrednjeslovenski regiji (73,9) (slika 13).



*Opomba: Število uporabnic, ki uporabljajo kontracepcijo, je zaradi nazornejšega prikaza izraženo v odstotkih. Na primer: 100 uporabnic na 1000 žensk v starostni skupini pomeni 10 odstotkov.

Slika 13: Uporaba različnih oblik hormonske kontracepcije po regijah, Slovenija, 2023 (13).

4.2 Oralna nujna kontracepcija

Po podatkih dobaviteljev hormonske oralne nujne kontracepcije je bilo v letu 2022 porabljenih 25.666 odmerkov levonorgestrela in 3345 odmerkov ulipristalacetata za oralno nujno kontracepcijo.

4.3 Maternični vložek

Uporaba materničnih vložkov se v zadnjih dvajsetih letih povečuje (10). Na podlagi poročanja o vstavitvi po posameznih izvajalcih primarnega reproduktivnega zdravstvenega varstva je bilo v letu 2022 vstavljenih 4047 materničnih vložkov z 52 mg levonorgestrela, 1525 z 19,5 mg in 866 s 13,5 mg levonorgestrela ter 448 materničnih vložkov z bakrom.

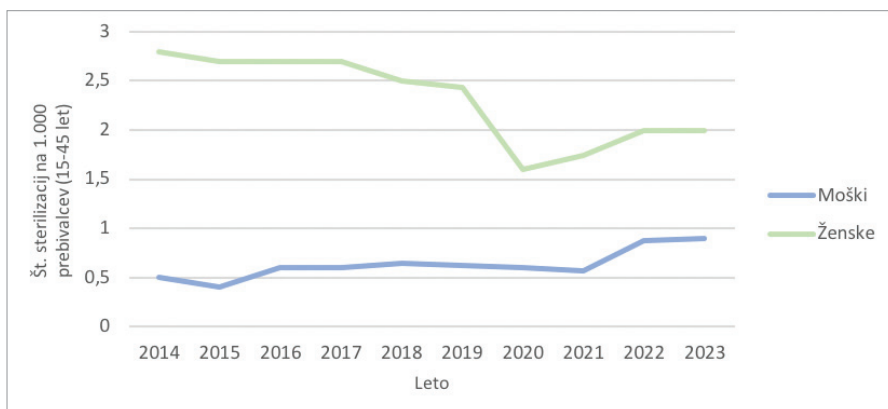
4.4 Sterilizacija

Sterilizacija kot trajna metoda kontracepcije je v Sloveniji zakonsko urejena z Zakonom o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok (14). Podatki o ženskih in moških sterilizacijah se vodijo v podatkovni zbirki Evidenca sterilizacij (5). V letu 2023 je bilo opravljenih 1270 sterilizacij, 843 pri ženskah in 427 pri moških. Letna stopnja sterilizacij pri ženskah znaša 2,0, pri moških pa 0,9 na 1000 prebivalcev, starih 15–49 let (tabela 1).

Tabela 1: Število opravljenih sterilizacij po spolu, Slovenija, 2014–2023 (5).

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Moški	254	188	268	275	303	296	297	271	418	427
Ženske	1295	1209	1186	1136	1080	1041	691	739	847	843
Skupaj	1549	1397	1454	1411	1383	1337	988	1010	1265	1270

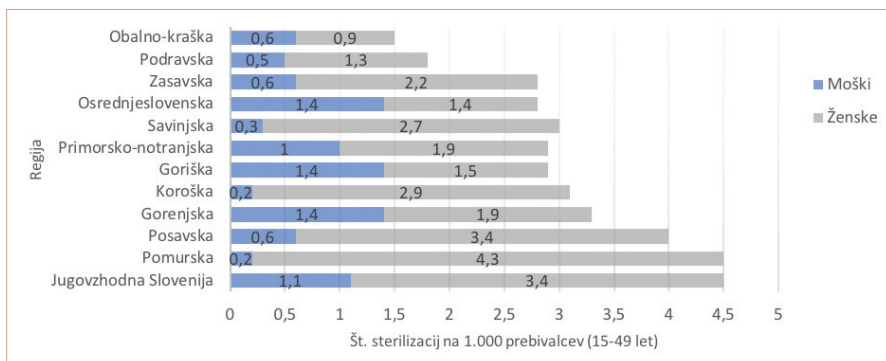
V zadnjih desetih letih se je število sterilizacij pri ženskah zmanjšalo, pri moških pa povečalo. V letu 2014 je bilo ženskih sterilizacij petkrat več kot moških, v letu 2023 pa so bile sterilizacije pri ženskah le dvakrat pogostejše kot pri moških (slika 14).



Slika 14: Stopnja sterilizacij po spolu, Slovenija, 2014–2023 (5).

Pri moških je bila sterilizacija v letu 2023 najpogostejše (69,6 %) izvedena kot samostojen poseg. Pri ženskah je bilo 47,7 odstotka sterilizacij izvedenih kot samostojna obravnava, 23,4 odstotka je bilo opravljenih po porodu, 30,0 odstotka v okviru drugega posega in 0,7 odstotka ob obravnavi splava. Najpogostejši poseg pri ženskah je bila laparoskopna obojestranska salpingektomija, ki je bila opravljena pri 43,8 odstotka žensk.

Pri ženskah je bila najvišja stopnja sterilizacij v letu 2023 ugotovljena v pomurski regiji (4,3 na 1000 žensk, starih 15–49 let), najnižja pa v obalno-kraški regiji (0,9 na 1000 žensk, starih 15–49 let). Pri moških je bila najvišja stopnja ugotovljena v osrednje-slovenski, goriški in gorenjski regiji (1,4 na 1000 moških, starih 15–49 let), najnižja pa v pomurski in koroški regiji (0,2 na 1000 moških, starih 15–49 let) (slika 15).



Slika 15: Stopnja sterilizacij po spolu in regijah, Slovenija, 2023 (5).

5 Zaključek

Spremljanje podatkov o rodnosti, splavnosti in uporabi kontracepcije je ključno za razumevanje demografskih sprememb ter načrtovanje zdravstvene in socialne politike. Pridobljena znanja omogočajo strokovno podporo posameznikom in družbi pri uresničevanju pravice do varnega in odgovornega načrtovanja družine.

Ključna sporočila

1. **Slovenija se sooča z dolgoročnim upadanjem rodnosti**, ki je že več desetletij pod ravni potrebno za obnavljanje prebivalstva, kar pomembno vpliva na staranje prebivalstva in vzdržnost družbenih sistemov.
2. **Povprečna starost žensk ob rojstvu otrok narašča**, kar je povezano s spremembami v življenjskem slogu ter družbeno-ekonomskimi razmerami, hkrati pa vpliva na manjše število otrok na žensko in povečuje zdravstvena tveganja v nosečnosti.
3. **Dovoljena splavnost v Sloveniji ostaja nizka** v primerjavi z drugimi državami, kar kaže na dober dostop do kontracepcije in zdravstvenih storitev.
4. **Vzorci uporabe kontracepcije** v Sloveniji se počasi spreminjajo, obstajajo pa precejšnje razlike tako med regijami kot med starostnimi skupinami.

6 Literatura

1. Malačič J. Demografija. Teorija, analiza, metode in modeli. 4. izdaja. Ljubljana: Ekonomska fakulteta; 2000. p. 50–1.
2. Šircelj MV. Osnove demografije in demografski razvoj Slovenije. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 2020. p. 275–311.
3. Bratuž Ferk B. Kazalniki rodnosti v Sloveniji. Ljubljana: Urad RS za makroekonomske analize in razvoj; 2024. Dostopno na: https://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/kratke_analize/2024_Barbara_BF/Kazalniki_rodnosti_v_Sloveniji_01.pdf
4. Statistični urad Republike Slovenije. SI-STAT podatkovni portal. Ljubljana: SURS; 2025. Dostopno na: <https://pxweb.stat.si>
5. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Zdravstveni statistični letopis Slovenije 2023. Ljubljana: NIJZ; 2025. Dostopno na: <https://www.nijz.si/publikacije/zdravstveni-statisticni-letopis-slovenije-2023/>
6. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Clinical Consensus-Obstetrics, Gantt A, Society for Maternal-Fetal Medicine, Metz TD, Kuller JA, Louis JM, et al. Obstetric Care Consensus #11, Pregnancy at age 35 years or older. Am J Obstet Gynecol. 2023;228(3):B25–40.

7. EUROPOP2023: Population projections for EU countries by age and sex. Eurostat. 2024. Dostopno na: <https://ec.europa.eu/eurostat/>
8. Fiala C, Agostini A, Bombas T, Lertxundi R, Lubusky M, Parachini M, et al. Abortion: legislation and statistics in Europe. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2022;27(4):345–52.
9. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Glob Health*. 2020;8(9):e1152–61.
10. Mihevc Ponikvar B, Rok-Simon M, Kofol-Bric T, Tomšič S. Zdravje žensk v Sloveniji. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2024. Dostopno na: <https://nijz.si/wp-content/uploads/2024/03/Zdravje-zensk-v-Sloveniji.pdf>
11. Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Uradni list RS, št.19/98. Dostopno na: <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/1998-01-0807>
12. Pinter B, Korošec S, Srnovršnik T, Bizjak Ogrinc U. Slovenske smernice za rabo kombinirane hormonske kontracepcije. *Zdrav Vestn*. 2012;81(4):277–88. Dostopno na: <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-YMXWFDQK>
13. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Evidenca porabe zdravil izdanih na recept. Ljubljana: NIJZ. 2023. Interni podatki.
14. Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok (ZZUUP). Uradni list SRS št. 11/77. Dostopno na: <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2000-01-3307>

UMETNA PREKINITEV NOSEČNOSTI V SVETU IN PRI NAS

BOJANA PINTER, VERONIKA VOGRIN VRHUNC

Izvleček

Umetna prekinitev nosečnosti (UPN) je pomembno področje reproduktivnega zdravja žensk ter temeljna človekova pravica. V svetu je skoraj polovica UPN opravljenih na nevaren način, kar močno vpliva na zdravje žensk, še posebej v državah z restriktivno zakonodajo. Zgodovina UPN sega daleč v antične civilizacije, v katerih so se uporabljale različne metode za prekinitev nosečnosti, od zeliščnih pripravkov do mehanskih posegov. V novejši zgodovini, predvsem v 18. in 19. stoletju, je postala kriminalizacija splava orodje nadzora nad telesi žensk, kar je vodilo v številne nevarne prakse in visoko smrtnost.

Prispevek slovenskih zdravnikov k razvoju metode vakuumske aspiracije (VA) je bil ključen za zagotavljanje varnejših metod UPN po svetu. Slovenski strokovnjaki so bili pionirji v izpopolnitvi in širjenju te varnejše metode, ki je omogočila večjo varnost in manj zapletov pri UPN. Slovenija ima liberalno zakonodajo, ki omogoča UPN na zahtevo do 10. tedna nosečnosti brez obveznih svetovanj ali čakalnih dob, kar zagotavlja ženskam večjo avtonomijo.

Dostopnost do varne UPN je odvisna od zakonskega okvira, izvedbenih praks in socialnih dejavnikov, kot so revščina, izobrazba in geografska odmaknjenost. Poleg medicinskih vidikov so pomembni tudi etični in socialni vidiki UPN. Zdravstveni strokovnjaki imajo ključno vlogo pri zagotavljanju kakovostnih storitev in izobraževanju javnosti o pomembnosti dostopnosti do varne UPN. Varna UPN ostaja temeljna zdravstvena oskrba, ki rešuje življenja in krepi pravice žensk.

Učni cilji

- Spoznati **zgodovinski razvoj umetne prekinitve nosečnosti**.
- Razumeti vpliv **različnih zakonodaj na dostopnost in varnost UPN**.
- **Prepoznati vlogo zdravstvenih delavcev in sistemov pri zagotavljanju varne in kakovostne zdravstvene oskrbe v okviru UPN**.

1 Uvod

Umetna prekinitev nosečnosti (UPN) je eno pomembnejših področij reproduktivnega zdravja žensk. UPN ali dovoljeni splav je po definiciji nenačrtovana (ang. *unintended, unplanned*) nosečnost, ki je neželena (ang. *unwanted*) in se konča s prekinitvijo nosečnosti. Nosečnost je lahko tudi nenačrtovana, a postane želena ter se nadaljuje in konča s porodom (1, 2). Odločanje o prekinitvi nosečnosti je pogosto zaznamovano z etičnimi, verskimi, kulturnimi in političnimi dejavniki, ki vplivajo na zakonodajo, dostopnost in izvedbo posega.

UPN ni zgolj zdravstveni poseg, temveč kompleksno vprašanje človekovih pravic, socialne pravičnosti ter javnega zdravja. Zaradi različne zakonodaje, ki ureja ali prepoveduje UPN, nastajajo velike razlike med državami, kar vpliva na zdravje in življenje žensk, družin in skupnosti. Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) je na leto opravljenih približno 73 milijonov UPN, od katerih jih je skoraj polovica izvedenih na nevaren način, saj skoraj polovica žensk živi v državah, v katerih je splav prepovedan ali težko dostopen. Šest od desetih nenačrtovanih nosečnosti in tri od desetih (vseh) nosečnosti se konča z UPN. UPN je zelo varen poseg, kadar se izvede z metodo, ki jo priporoča SZO, ter ustrezno glede na trajanje nosečnosti in pod nadzorom strokovno usposobljene osebe. Smrtni primeri so pri varnem splavu zanemarljivi, manj kot eden na 100.000–1.000.000 UPN. Po drugi strani pa je stopnja smrtnosti visoka v regijah, v katerih splavi niso dovoljeni in so zato izvedeni nestrokovno, tam je umrljivost večja od 200 na 100.000 splavov (3). UPN, opravljena na nevaren način, povečuje tveganje za zaplete, posledično neplodnost, okužbe in smrtne izide, zlasti med ranljivimi skupinami. Žal še vedno po svetu vsak dan umre sto žensk zaradi nestrokovne UPN (4). Za razumevanje pomena pravice do varne UPN je treba poznati pojav UPN skozi prizmo zgodovine, zakonodaje, izvedbenih praks in etičnih razprav.

2 Zgodovinski pregled umetne prekinitve nosečnosti

Umetna prekinitev neželene nosečnosti je del življenja žensk, njihovih družin in družbe že od začetka civilizacije. Splav kot univerzalni pojav skozi zgodovino ima številne značilnosti. Prva je pripravljenost žensk, ki se odločijo za splav, in tistih, ki jim pri tem pomagajo, da kršijo zakone in družbene norme. V vsaki družbi, ki je prepovedala splav, obstajajo dokazi o kulturi nezakonitega izvajanja. Drugič, v precej večji meri kot pri drugih zdravstvenih postopkih je status splava neločljivo povezan z večjimi družbenimi in političnimi dejavniki, kot so spremembe v politični moči žensk ali ciljih prebivalstvene politike neke družbe. Nazadnje, pravni status splava še ne pomeni nujno tudi univerzalnega dostopa do splava. Ključni dejavniki dostopnosti splava vključujejo dostopnost zdravstvenih storitev ter zlasti pripravljenost zdravniškega poklica, da splav omogoča (5).

Zgodovina UPN je dolga in zapletena. Praksa prekinjanja nosečnosti je poznana že iz najstarejših civilizacij. V antični Kitajski je cesar Shen Nung že okoli leta 2800 pr. n. št. omenjal uporabo rastlinskih pripravkov in živega srebra kot abortivnih sredstev. V Egiptu je znani Eberusov papirus iz 16. stoletja pr. n. št. vseboval recepte za vaginalne čepke in izpiranja, ki so najverjetneje služila kot metode za splav. V antični Grčiji je bila umetna prekinitev nosečnosti običajna praksa, o kateri so pisali filozofi in zdravniki, vključno s Hipokratom, ki je znan po prisegi, po kateri naj zdravnik ženskam ne bi zagotavljal splava. Vendar pa zgodovinski dokazi kažejo, da je Hipokrat uporabljal zelišča in mehanske instrumente, kot so dilatatorji, za povzročanje splava in je bil v svoji prisegi samo proti eni vrsti pesarja, za katerega je menil, da je škodljiv. V Rimu so bili splavi del vsakdanjega življenja, izvajalci pa so uporabljali različne metode – od vaginalnih spekulov in tuširanja do zeliščnih pripravkov. Krščanska doba je prinesla večji nadzor nad telesom ženske, vključno z obsodbo splava, ki je postal moralno in pravno sporen. Kljub temu so bile babice oz. »modre žene« ključne izvajalke teh postopkov, včasih označene celo kot čarovnice. Katoliška cerkev je dolgo časa dopuščala zgodnjo prekinitev nosečnosti, saj se je verjelo, da duša vstopi v telo šele pozneje. V islamu pa obstajajo različna stališča do tega, kdaj plod dobi dušo – od 40 do 120 dni po spočetju, kar vpliva na sprejemljivost splava v različnih islamskih skupnostih (5).

V 18. in 19. stoletju so v Evropi in Združenih državah Amerike (ZDA) postajali zdravniki glavni nasprotniki splava, saj so želeli preprečiti mazaške splave, tudi zaradi obetajočih si finančnih koristi, a žal ob tem ženskam niso ponudili varnejših načinov prekinitve nosečnosti.

Z razvojem medicinske stroke in institucij se je vzpostavila nova oblast nad telesi žensk, kar je vodilo do kriminalizacije splava. Kljub temu so ženskam pri reševanju »ženskih problemov« in »sprožanju menstruacije« skrivaj pomagale babice, homeopati, zdravilci in tudi nekateri zdravniki. V Združenem kraljestvu je kraljica Viktorija leta 1861 splav razglasila za kaznivo dejanje z dosmrtno zaporno kaznijo za žensko in izvajalca. V ZDA pa je Ameriško zdravniško združenje (ang. *American Medical Association* – AMA) razglasilo splav za nemoralen in nevaren. Do leta 1870 so vse zvezne države v ZDA kriminalizirale splav. Temu je sledilo celih sto let obupnih razmer s številnimi nepotrebnimi smrtmi žensk in prizadetimi družinami. Končno so po stotih letih »zdravniki vesti«, ki jim je bilo mar za vse te nepotrebne smrti, leta 1970 prepričali AMA, da je pozvala zakonodajalce k legalizaciji splava v ZDA (5).

V Evropi so se v tem času postopno razvijali instrumenti, kot so kirete, dilatatorji in osnovni vakuumski aparati, ki so omogočili varnejšo izvedbo splava. V Franciji se je kireta že leta 1723 uporabljala za splošno kirurško uporabo, od leta 1842 pa za uporabo v maternici ob ponovni uvedbi vaginalnega spekulum. Leta 1870 je Alfred Hegar v Nemčiji razvil dilatatorje. Uporabljati sta se začeli dilatacija in kiretaža (D&C), ki sta se izkazali za učinkovitejšo in varnejšo metodo UPN, če jo izvaja usposobljena oseba.

Tehnike, kot sta vakuumska aspiracija in uporaba Karmanove kanile, so se razvile v drugi polovici 20. stoletja in omogočile varne, hitre in ambulantne posege (5).

2.2 Prispevek slovenskih zdravnikov k razvoju vakuumske aspiracije

Splav je z vsemi slabimi zdravstvenimi posledicami splošen in od nekdaj prisoten pojav ter za zdravnike nenehen izziv. Visoka smrtnost in obolevnost žensk zaradi nedovoljenega splava je predvsem po letu 1950 v Sloveniji spodbudila pomembna zdravstvena in družbena prizadevanja za liberalizacijo splava, za varnejši splav v bolnišnicah ter uvedbo zdravju neškodljivih kontracepcijskih metod. Osveščenost zdravnikov in učiteljev – Jožeta Potrča, Pavla Lunačka, Franca Novaka, Lidije Andolšek-Jeras – ter mnogih drugih je pripomogla k postopnemu povečevanju reproduktivnih pravic pri nas. Po letu 1952 je v Sloveniji splav postal dovoljen iz medicinsko-socialnih razlogov, po letu 1960 iz socialnih razlogov, po letu 1977 pa ženska svobodno odloča o rojstvu svojih otrok in je splav dovoljen na zahtevo do 10. tedna nosečnosti. Ženske pri nas ne umirajo več zaradi umetne prekinitve nosečnosti. Poleg prehoda od nedovoljenega k dovoljenemu splavu je k varnosti UPN največ pripomogla uvedba vakuumske aspiracije (VA). Za širitev varnejšega načina umetne prekinitve zgodnje nosečnosti po svetu imajo največ zaslug prav slovenski zdravniki (6).

Leta 1920 je Sovjetska zveza kot prva država na svetu legalizirala splav v vseh okoliščinah, kar je omogočilo zdravnikom, da so v legalnih okvirih iskali izboljšave metod za UPN. Simpsonovo idejo iz leta 1863, da bi uporabil vakuum za umetno prekinitve nosečnosti, je ponovno uporabil Rus Bikov leta 1927, za njim pa še Kitajci Tsai Kuang Tsung, Wu Yan Tai in Wu Chien Chen leta 1958. Vakuumsko aspiracijo z električno črpalko so razvili ruski avtorji. Prvo električno vakuumsko črpalko z mehničnim drobilcem tkiv sta leta 1960 uporabila Melks in Rose, drugo (enostavnejšo) pa leta 1961 Zubejev. Vakuumski aspirator Zubejeva je bil sestavljen iz votlih nastavkov v obliki Hegarjevih dilatatorjev z bočno odprtino pri vrhu, iz odvodne cevi z zbiralno posodo ter električne vakuumske črpalke. Ruski avtorji so poročali, da je nova metoda v primerjavi s klasično prekinitvijo nosečnosti (s kleščami za splav in kireto) hitrejša, manj boleča ter povezana z manjšo izgubo krvi. Zaradi teh prednosti se je metoda v državah vzhodne Evrope hitro uveljavila (6).

Idejo o novem načinu prekinitve nosečnosti je iz Rusije v Ljubljano leta 1963 prinesel Franc Novak, takratni direktor ljubljanske Ginekološke klinike. Ker nova tehnika po opisu Zubejeva iz tedanje Sovjetske zveze ni bila dostopna, so ljubljanski ginekologi leta 1964 po ruskem tekstu pod mentorstvom Draška Vilfana skonstruirali lasten vakuumski aspiracijski sistem s kovinskimi nastavki premera 6, 8 in 12 mm. Vakuumsko črpalko je posodil inženir Lah z Inštituta za elektroniko in vakuumsko tehniko v Ljubljani. Skozi dve posodi so črpalko, nastavek in cevi povezali v vakuumski aspiracijski sistem. Draško Vilfan je s tem aspiratorjem napravil prvih 300 aspiracij (7). Na Inštitutu

za elektroniko in vakuumsko tehniko so skonstruirali in začeli serijsko izdelovati novi tip vakuumskega aspiratorja in v nekaj letih so se vsi slovenski ginekologi seznanili z novo tehniko prekinitev nosečnosti. D&C je pri prekinitvah nosečnosti do 12. tedna povsem zamenjala nova tehnika vakuumske aspiracije. Leta 1966 so slovenski zdravniki s to novo metodo seznanili zahodni svet na Mednarodni konferenci ginekologov in porodničarjev v Københavnu, leta 1967 pa ves svet na kongresu Mednarodne zveze za načrtovano starševstvo (ang. *International Planned Parenthood Federation* – IPPF) v Santiagu de Chile. Temu je leta 1968 sledilo povabilo Francu Novaku, ki so mu ga poslali iz Ameriškega združenja za preučevanje splava (ang. *Association for the Study of Abortion* – ASA) v ZDA, da osebno pouči ameriške zdravnike o tehniki in prednostih vakuumske prekinitev nosečnosti. Njegovo predstavitev ter film o prednostih VA pred D&C, kar zadeva enostavnost in varnost postopka, so ameriški zdravniki sprejeli z velikim navdušenjem (6). Tehnologija vakuumske aspiracije si je tako utrla pot v zahodni svet (5, 8). Znameniti film, ki so ga že leta 1964 posneli Draško Vilfan, Franc Novak in mojster Vlastja Simončič, je žal na nekem kongresu izginil. Franc Novak ga je pozneje videl, ko so ga predvajali pod tujim imenom (5).

Mnogi avtorji so poudarjali prednosti VA pred postopkom D&C, zato je v letih 1971–1973 nastal skupen ameriško-jugoslovanski raziskovalni projekt Ljubljana Abortion Study: slovenski strokovnjaki so izvedli primerjalno randomizirano raziskavo med D&C in VA pri 4700 pacientkah z neželjeno nosečnostjo na ljubljanski ginekološki kliniki pod vodstvom Franca Novaka in Lidije Andolšek-Jeras (9). S to študijo so bile dokončno znanstveno potrjene prednosti nove metode VA: večja enostavnost, večja varnost, manjša izguba krvi, manjše število vnetnih zapletov, krajša hospitalizacija (6). Ta metoda (VA) je postala argument zdravnikov po vsem svetu, da je boljše ženski omogočiti varno prekinitev nosečnosti v zakonitih okvirih kot tvegati njeno smrt ali pohabljenost zaradi mazaškega splava. Razvoj VA je bil tako temelj za dekriminalizacijo (splav ni kazniv za žensko, ki ga opravi), legalizacijo (splav je dovoljen pod določenimi pogoji) in liberalizacijo splava (splav je dovoljen na zahtevo) v 70. letih prejšnjega stoletja v številnih državah sveta.

3 Pravni okviri umetne prekinitev nosečnosti

Pravni okvir UPN se po svetu zelo razlikuje in močno vpliva na varnost in dostopnost UPN. Zakonodaja določa, pod katerimi pogoji je UPN dovoljena, kdo jo lahko izvede, do katere gestacijske starosti, ali so potrebna soglasja, svetovanje ali obdobje za premislek ter ali stroške pokrije zdravstveno zavarovanje. Po podatkih iz leta 2025 živi le 34 odstotkov žensk v državah, v katerih je UPN dovoljena na zahtevo nosečnice. V 23 odstotkih držav je dovoljena le iz socialno-ekonomskih razlogov, v 12 odstotkih še za zaščito telesnega ali duševnega zdravja in v 20 odstotkih samo ob ogroženosti življenja ženske; v 6 odstotkih držav je splav popolnoma prepovedan (10).

Stroge prepovedi pogosto vodijo v nevarne in nezakonite splave, ki imajo resne posledice za zdravje in življenje žensk. Države s popolno prepovedjo UPN so Malta, Andora in Dominikanska republika. V teh državah je splav kaznivo dejanje tudi v primerih posilstva ali ob ogroženem zdravju matere (9). Po drugi strani pa imajo Švedska, Francija, Nizozemska, Slovenija in večina evropskih držav bolj liberalne zakonodaje – UPN je na zahtevo dovoljena do določene gestacijske starosti (11). Večina držav v Evropi omogoča UPN do 10. ali 12. tedna nosečnosti. Izjema je Poljska – do leta 2021 je bila UPN dovoljena pri težkih nepravilnostih ploda, nato pa je ustavno sodišče te pogoje razveljavilo. Danes ima Poljska na področju UPN eno najbolj restriktivnih zakonodaj v Evropi – splav je dovoljen le, če je ogroženo življenje ali zdravje nosečnice ali če je nosečnost posledica kaznivenga dejanja (npr. posilstva) (12). V ZDA se je pravni okvir leta 2022 močno spremenil po razsodbi Vrhovnega sodišča v zadevi *Dobbs v. Jackson Women's Health Organization*, s katero je bila odpravljena ustavna zaščita UPN, vzpostavljena z razsodbo v zadevi *Roe v. Wade* leta 1973. Od tedaj imajo posamezne zvezne države pravico prepovedati ali omejiti UPN, kar je vodilo do številnih zakonodajnih sprememb, sodnih sporov, povečanega števila neželenih nosečnosti in povečanja maternalne umrljivosti (10).

V Latinski Ameriki je v preteklosti prevladoval restriktiven pristop, v zadnjem desetletju pa so se zgodile pomembne spremembe – npr. v Argentini, Mehiki in Kolumbiji, kjer je UPN delno legalizirana. Afrika ostaja celina z največ omejitvami. Le nekaj držav (npr. Južnoafriška republika, Tunizija) omogoča UPN na zahtevo. Večina afriških držav dovoljuje UPN le v izjemnih okoliščinah, kar pomeni veliko tveganje za nevarne splave in visoko umrljivost (10).

V številnih državah, v katerih je UPN formalno dovoljena, so v praksi še vedno prisotne ovire: zahtevana soglasja (npr. staršev), dolgi čakalni roki, pomanjkanje izvajalcev zaradi ugovora vesti ali nefinanciranje posega iz javnih sredstev (11). Pravni okvir tako ni le rezultat zakonodajnega procesa, temveč odraz političnih, religioznih in kulturnih silnic v določeni državi.

3.1 Umetna prekinitev nosečnosti v Sloveniji

Slovenija ima liberalno in dostopno ureditev UPN. Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok (ZZUUP) iz leta 1977 določa, da ima vsaka razsodna nosečnica pravico do prekinitve nosečnosti do 10. tedna gestacijske starosti, šteto od prvega dne zadnje menstruacije (13). UPN je prepoznana kot individualna pravica posameznice in ne pravica para ali zakoncev. Upoštevajo se medicinske, kazenskopravne in socialne indikacije za prekinitev nosečnosti. UPN je namenjenih 13 členov tega zakona. Zakon določa, da je UPN medicinski poseg, ki se opravi na zahtevo nosečnice, če njena nosečnost ne traja več kot 10 tednov (14). Po 10. tednu nosečnosti o zahtevi nosečnice odloča Komisija I. stopnje za UPN na

podlagi tehtanja nevarnosti, ki bi jo za nosečnico pomenila UPN ali porod. Komisija II. stopnje za UPN pa obravnava pritožbe nosečnic, ki se ne strinjajo z odločitvijo Komisije I. stopnje za UPN. V Sloveniji imamo 14 komisij I. stopnje v regionalnih ginekološko-porodniških oddelkih in eno komisijo II. stopnje na Ginekološki kliniki Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana. Mladoletna nosečnica lahko sama zaprosi za UPN, če zdravnik oceni, da je razsodna, kar pomeni pomemben korak k zaščiti pravic mladih žensk. V Sloveniji ni obveznega svetovanja ali čakalne dobe pred postopkom, kar pomeni, da se ženski omogoči hitra odločitev na podlagi lastne presoje. Svetovalne storitve so na voljo, vendar niso obvezne (15).

Zakon temelji na ustavni določbi 233. člena Ustave Socialistične republike Slovenije (SRS), ki jo je spremenil 55. člen Ustave Republike Slovenije (svobodno odločanje o rojstvih otrok) iz leta 1991. Po tem ustavnem jamstvu je odločanje o rojstvih otrok svobodno, država pa mora zagotoviti možnosti za uresničevanje te svoboščine in ustvarjati razmere, ki staršem omogočajo, da se odločajo o rojstvih svojih otrok (14). Pomembno je, da Slovenija ohrani pridobljene pravice in nadaljuje podporo strokovnemu, razsodnemu in dostojanstvenemu odločanju žensk o lastnem telesu.

4 Dostopnost in izvedba umetne prekinitve nosečnosti

Dostopnost do UPN je v veliki meri odvisna od zakonodajnega okvira, pa tudi od konkretne izvedbe storitve v praksi. Celo v državah, v katerih je UPN zakonsko dovoljena, lahko ženske naletijo na številne ovire – administrativne, geografske, ekonomske ali osebne. Eden ključnih dejavnikov je gestacijska starost, do katere je postopek dovoljen. Večina evropskih držav omogoča UPN do 10. ali 12. tedna nosečnosti, v Združenem kraljestvu je meja 24 tednov, na Švedskem 18 tednov, na Nizozemskem pa do meje viabilnosti (sposobnosti za življenje) ploda. Poleg tega obstajajo izjeme, ko je UPN dovoljena tudi po zakonski meji – npr. pri hudih anomalijah ploda ali ogroženem zdravju nosečnice. Pomembna razlika obstaja tudi pri tem, kdo lahko izvaja postopek. V številnih državah UPN izvajajo zgolj ginekologi v bolnišnicah ali licenciranih centrih. V državah, kot so Nizozemska, Francija in Združeno kraljestvo, lahko UPN z zdravili predpišejo tudi splošni zdravniki. UPN z zdravili je vse bolj razširjena, saj vključuje uporabo zdravil – najpogosteje kombinacijo mifepristona in mizoprostola – za prekinitev nosečnosti in je za žensko manj invazivna kot kirurška metoda. V nekaterih državah, kot so Madžarska, Poljska in Litva, je UPN z zdravili prepovedana, kar dodatno omejuje dostopnost postopka. Statistični podatki kažejo, da se večina UPN v Sloveniji izvede pred 10. tednom (okoli 91 %) in večinoma (okrog 80 %) z zdravili (16). Kirurške metode, kot sta VA in D&C, kljub temu ostajajo pomembna vrsta metod za UPN, predvsem takrat, kadar je UPN z zdravili kontraindicirana ali je to izbira pacientke.

Na dostopnost vplivajo tudi socialni dejavniki: revščina, nizka izobrazba, geografska oddaljenost, jezikovne ovire in pomanjkanje informacij. V številnih državah

nevladne organizacije igrajo ključno vlogo pri zagotavljanju informacij, svetovanju in včasih tudi dostopu do zdravil za UPN. Digitalne platforme, kot sta *Aid Access in Women on Web*, so v zadnjem desetletju postale pomemben vir pomoči ženskam v državah z omejitvami (10).

5 Etični, socialni in zdravstveni vidiki umetne prekinitev nosečnosti

Umetna prekinitev nosečnosti (UPN) je nujna zdravstvena oskrba, hkrati pa je etično vprašanje, socialni pojav in pomemben kazalnik javnega zdravja. Etika UPN pogosto temelji na vprašanju, kdaj se začne človeško življenje, ter na tehtanju med pravico ženske do telesne avtonomije in potencialnimi pravicami ploda. Nasprotniki UPN, pogosto iz religioznih razlogov, poudarjajo svetost življenja od spočetja in pravico nerojenega otroka do življenja. Stigmatizacija žensk, ki se odločijo za splav, je v številnih družbah še vedno prisotna. Povezana je z občutki sramu, krivde in izolacije, kar lahko negativno vpliva na duševno zdravje. Pomembno je poudariti, da raziskave kažejo, da večina žensk po UPN ne izkazuje povečane stopnje depresije ali travme, če imajo dostop do varne storitve in podpore (17).

Zdravstveni vidiki UPN so tesno povezani z varnostjo postopka in kakovostjo izvedbe. V državah z legalizirano UPN je postopek varen in redko povzroči zaplete. V državah, v katerih je UPN prepovedana ali močno omejena, pa ženske posegajo po nevarnih metodah – uporabi kemičnih snovi, travmatičnih postopkih ali pomoči neizurjenih oseb. Po ocenah v svetu vsak dan zaradi nevarnega splava umre okoli sto žensk (3). Zdravstveni sistem ima ključno vlogo pri zagotavljanju informacij, dostopnosti kontracepcije, kakovostni oskrbi in psihološki podpori pred postopkom in po njem. Zdravstveni delavci morajo delovati etično, spoštovati človekove pravice in podpirati odločanje po pojasnilu, hkrati pa se zavedati vpliva svojih osebnih prepričanj. Ugovor vesti je legitimna pravica, vendar ne sme ogroziti dostopnosti do zakonitih zdravstvenih storitev (17).

Za ohranjanje pravice do varnega splava je ključno zavedanje, da je dostop do varne UPN temeljna človekova pravica, enako kot je temeljna človekova pravica do kontracepcije, zdravljenja neplodnosti in varnega poroda. **Varna UPN je temeljna zdravstvena storitev oz. oskrba, ki rešuje življenje.** Takšna so stališča SZO (3), Mednarodnega združenja ginekologov in porodničarjev (ang. *International Federation of Obstetrics and Gynecology* – FIGO) (18) in Ameriškega kolidža porodničarjev in ginekologov (ang. *American College of Obstetricians and Gynecologists* – ACOG) (19). Lekcije iz zgodovine, ki jih ne smemo pozabiti, nam povedo, da sta ignoranca in ambivalentnost glede splava med zdravstvenimi delavci velika grožnja dostopnosti in pravici do splava povsod po svetu. Zgodovina kaže, da lahko traja več kot sto let, preden ponovno pridobimo to izgubljeno pravico. Naša dejanja ali nedejanja vplivajo na vse,

zato so izjemnega pomena. **Zdravstveni delavci se moramo zavedati odgovornosti za ohranitev pravice do splava.**

Mahmoud F. Fathalla, nekdanji predsednik FIGO in največji zagovornik reproduktivnih pravic v zadnjem stoletju, nam polaga na srce: »Ženske ne umirajo zaradi bolezni, ki jih ne bi mogli zdraviti. Umirajo zato, ker se družbe še niso odločile, da so njihova življenja vredna rešitve.« »Moramo se zavedati:

- Zdravstveni delavci smo zagovorniki reproduktivnih pravic.
- Zdravstvena stroka ima znanje, znanje pa je moč.
- Zdravstveni delavci smo odgovorni za izobraževanje javnosti, oblikovalcev politik in zakonodajalcev o vplivu omejevalnih zakonov in politike.
- Stroka mora, v sodelovanju z drugimi deležniki, podpirati ženske v njihovem opolnomočenju.
- Umrljivost in obolevnost zaradi nevarnega splava sta tudi posledica apatije in prezira do žensk.
- Ginekologi moramo izpolniti svojo kolektivno odgovornost na nacionalni in svetovni ravni za varovanje reproduktivnih pravic.« (20).

6 Zaključek

Varna UPN je temeljna človekova pravica in nujna zdravstvena oskrba, ki rešuje življenje. Zgodovina nas uči, da je UPN vedno obstajala ne glede na zakonodajo – vprašanje je zgolj, ali bo dostopna na varen način ali nezakonito in z nevarnimi metodami. Legalizacija UPN pomeni zmanjšanje smrtnosti in zapletov, večjo avtonomijo žensk in boljšo kakovost življenja, zato mora biti varna, dostopna in zakonita UPN sestavni del zdravstvenega varstva. Primer Slovenije kaže, da je mogoče vzpostaviti zakonodajo, ki spoštuje pravico ženske, hkrati pa zagotavlja kakovostno zdravstveno oskrbo. Pomembno je ohraniti pridobljene pravice in izobraževati nove generacije zdravstvenih delavcev za ohranitev teh pravic.

Ključna sporočila

1. **UPN je temeljna človekova pravica** in pomemben del reproduktivnega zdravja žensk.
2. **Restriktivne zakonodaje vodijo v nevarne** in nezakonite splave.
3. **Slovenski zdravniki so pomembno prispevali** k razvoju varnejših metod, kot je vakuumska aspiracija.
4. **Dostop do varne UPN pomembno vpliva na zmanjšanje smrtnosti in zapletov.**
5. **Zagotavljanje varne in dostopne UPN je ključna odgovornost** zdravstvenih delavcev.

7 Literatura

1. World Health Organization. First ever country level estimates of unintended pregnancy and abortion. Geneva: World Health Organization; 2022. Dostopno na: <https://www.who.int/news/item/24-03-2022-first-ever-country-level-estimates-of-unintended-pregnancy-and-abortion>
2. Bearak JM, Popinchalk A, Beavin C, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, et al. Country-specific estimates of unintended pregnancy and abortion incidence: a global comparative analysis of levels in 2015–2019. *BMJ Global Health*. 2022;7(3):e007151.
3. World Health Organization. Abortion. Geneva: WHO; 2024. Dostopno na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
4. World Health Organization. Maternal Mortality. Geneva: WHO; 2025. Dostopno na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
5. Joffe C. Abortion in Historical Perspective. In: Lichtenberg S, et al., eds. *A Clinicians Guide to Medical and Surgical Abortion*. San Francisco: Churchill Livingstone; 1999.
6. Tomažević T. Slovenski prispevek k zgodovini tehnike vakuumske aspiracije. V: Pinter B, Pretnar-Darovec A, ur. *Umetna prekinitev nosečnosti v Sloveniji: zbornik. I. spominski sestanek prof. dr. Lidije Andolšek-Jeras*. Ljubljana: Ginekološka klinika, Klinični center; 2004. p. 17–9.
7. Čavić M, Tomažević T. Prednosti prekinitve nosečnosti z aspiracijo. *Medicinski razgledi*. 1968;7:25–32.
8. Tunc TE. Designs of devices: The vacuum aspirator and American abortion technology. *Dynamis*. 2008;28:353–76.
9. Pinter B, Vogrin V. Family Planning: Legal Regulations And Practice in Slovenia. *Medicine, Law & Society*. 2025;18(1):133–54. Dostopno na: <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:doc-D4B6KX2N/e207d628-oabf-421a-84d5-fb184ccod7ao/PDF>
10. Center for Reproductive Rights. The World's abortion laws. New York: Center for Reproductive Rights. 2024. Dostopno na: <https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/>
11. Fiala C et al. Abortion: legislation and statistics in Europe. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2022;27(4):345–52.
12. Amnesty International. Poland: Submission to the UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 76th Session, 9–29 September 2024. London: Amnesty International; 2024. Dostopno na: https://www.amnesty.org/en/wp-content/uploads/2024/09/EUR3784192024ENGLISH.pdf?utm_source=chatgpt.com
13. Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok, UL SRS, št.11/77. Dostopno na: <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO408>
14. Lukanović A. Etične dileme pri delu komisije II. stopnje za umetno prekinitev nosečnosti. V: Lukanović A, Požun P, Lukanović D, ur. *Etični izzivi v ginekologiji, perinatologiji in reproduktivni medicini*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center; 2020. p. 31– 8.
15. Maček M. Pravni vidiki umetne prekinitve nosečnosti v Sloveniji. V: Pinter B, Pretnar-Darovec A, ur. *Umetna prekinitev nosečnosti v Sloveniji: zbornik. I. spominski sestanek prof. dr. Lidije Andolšek-Jeras*. Ljubljana: Ginekološka klinika, Klinični center; 2004. p. 23–6.
16. Exelgyn. Abort report [Internet]. Paris: Exelgyn. 2025. Dostopno na: <https://abort-report.eu/>
17. World Health Organization. Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization. 2022. Dostopno

- na: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>
18. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). Safe Abortion. London: FIGO; 2025. Dostopno na: <https://www.figo.org/figo-resources/safe-abortion>
 19. American College of Obstetricians and Gynecologists. Abortion. Washington: ACOG; 2025. Dostopno na: <https://www.acog.org/topics/abortion>
 20. Fathalla MF. Abortion: Professional responsibility beyond safe healthcare. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2020;62:1–2.

PROFESIONALNI PRISTOP K ŽENSKI V STISKI

GABRIJELA SIMETINGER

Izvleček

Osnovna človekova pravica je spoštovanje osebne avtonomije v pomenu imeti otroke ali ne imeti otrok ter biti starš v varni in trajnostno usmerjeni družbi. Spolnost in reprodukcija vplivata na zdravje in zdravstveno varstvo, vendar nista povsem problem zdravstva. Njuna izbira je osebna in zato zdravstveno osebe nima pravice posegati v te odločitve. Sprejemanje nosečnosti, ne toliko kot nameravanje, je pogosteje splošen odnos posameznika do nosečnosti, bodisi da gre za potencialno bodisi za dejansko nosečnost.

Izhodišča za načrtovanje družine, kot so zadovoljstvo, načrti, nameni, želje in občutki, so večplastna in se med seboj prepletajo, zato je to kompleksno vprašanje, ki zahteva na posameznika osredinjeno oskrbo pri obravnavanju pacientk, ki se odločijo za umetno prekinitve nosečnosti. To pomeni, da smo zdravstveni delavci odgovorni za to, da je zagotovljena nestigmatizirajoča in protirasistična individualna oskrba, med katero bo ženska obravnavana kot osebnost, ne samo kot pacientka. Pomembno jo je obravnavati v kontekstu njenega življenjskega smisla in njenih vrednot, s tem pa se v ospredje postavljajo individualne potrebe pacientke glede na njene življenjske izkušnje. Z uporabo pristopa oskrbe na podlagi informacij o travmi ovrednotimo in se zavemo vseprisotnosti travmatičnih izkušenj žensk v sodobni družbi. Namen in cilj sta preprečevanje nastajanja travm ali podoživljanja travm pacientk z zagotavljanjem sočutne, ne obsojajoče oskrbe za vse bolnice ne glede na znano travmo v preteklosti.

Pri svetovanju, namenjenem posameznici, smo zdravstveni delavci posredovalci informacij in ostajamo nevtralni v procesu odločanja. Informacije, ki jih podajamo, so nepristranske in nanje ne smejo vplivati osebna prepričanja. Delamo po principu skupnega odločanja, kar pomeni, da sodelujemo v procesu s pacientko, medtem ko odločitev samo po sebi sprejme bolnica. Zdravstveni delavec se mora zavedati svojih lastnih predsodkov in se izogibati komunikaciji o njih, ne sme biti motiviran zaradi lastnih vrednot in slediti svojim prepričanjem. Bistveno je skrbno poslušanje na način: »Govori manj, poslušaj in veliko izprašuj.« V prispevku predstavljamo veščine, ki povzemajo vse do sedaj povedano – uporabljamo orodja za lažjo komunikacijo poslušanja, razjasnujemo potrebe in želje ter podpiramo izbiro po pojasnilu brez obsojanja. Pri tem je pomembno, da s pravimi informacijami rušimo strahove, mite in napačna prepričanja o splavu. Podana je obravnava posameznice, potem ko izve, da je test nosečnosti pozitiven. Ginekološki pregled, ki sledi obravnavi, naj bo narejen tako, da preprečuje nastajanje ali podoživljanje pacientkinih travm. Ženski moramo omogočiti avtonomijo, ji dati varnost in občutek, da v postopku sodeluje ter ohrani dostojanstvo.

Učni cilji

- Zavedati se širine **kompleksnosti problema načrtovanja družine in obravnave ženske**, ki želi umetno prekiniti nosečnost.
- Spoznati, kako naj poteka **obravnavo po pristopu na posameznika osredinjene oskrbe** in po pristopu na podlagi informacij o travmi.
- Naučiti se, kako **k pogovoru pristopimo spoštljivo, osredotočeno na pacient-kino** avtonomijo, da ji omogočimo ozaveščeno izbiro.

1 Uvod

Mnoge ženske zaradi različnih osebnih stisk niso pripravljene imeti otroka. Ob nenačrtovani nosečnosti v sebi vedo, da želijo nosečnost umetno prekiniti. V Sloveniji je pravica do svobodnega odločanja o rojstvu otrok urejena z Ustavo Republike Slovenije (1) in vsakršni posegi vanjo so nedopustni. Za zagotavljanje pogojev za svobodno uresničevanje te pravice smo poleg države v okviru javnih inštitucij odgovorni zdravstveni delavci. Ali je ta pravica res zagotovljena v zadovoljstvo žensk, kako se ta pravica uresničuje, kako jim je dostopna/omogočena pot, kakšne in koliko ovir imajo na poti do umetne prekinitve nosečnosti in ali se v samem postopku počutijo varne, slišane in razumljene? Vse to je odvisno predvsem od pristopa zdravstvenih delavcev, ki ženske spremljamo v postopku te obravnave. Ženske v obravnavi ne smejo biti diskriminirane, zagotovljeni jim morajo biti zasebnost, diskretnost in občutek varnosti.

Zdravstveni delavci moramo zagotoviti sočutno in celostno obravnavo, ki pa je prevečkrat in pre pogosto pomanjkljiva. Storitev, povezana z načrtovanjem družine ali umetno prekinitvijo nosečnosti (UPN), mora biti dosegljiva, lahko dostopna, sprejemljiva, na voljo, prilagodljiva, cenovno dostopna in primerna za posameznico. O načrtovanju družine tako s pacientkami ne govorimo zato, da bi zmanjšali število neželenih nosečnosti v populaciji, temveč zato, da jih podpremo v lastni oz. svobodni odločitvi o rojstvu otrok (2).

2 Kaj ženske v postopku obravnave zmoti?

Raziskava Nike Kovač, objavljena v knjigi Moja odločitev: Pričevanja, pravice in predsodki o splavu (3), razkriva napake, ki jih v procesu umetne prekinitve nosečnosti naredimo zdravstveni delavci. Ženske povedo, da so v tem procesu zanje najpomembnejši pogovor, varno okolje in občutek, da se lahko o svojem stanju pogovorijo brez obsojanja in občutka krivde. V pogovoru so jih najbolj zmotila prepričevanja o nasprotni odločitvi in nalaganje občutka krivde. Npr. vprašanja »Ali vi ne bi imeli še enega fantka?«, »Kako lahko storite kaj takega?«, pripombe »in to na božični večer« ali razlage, da starejši kot si, težje je imeti otroke.

Osnovna človekova pravica je spoštovanje osebne avtonomije v pomenu imeti otroke ali ne imeti otrok ter biti starš v varni in trajnostno usmerjeni družbi. Čeprav spolnost in reprodukcija vplivata na zdravje in zdravstveno varstvo, nista povsem problem zdravstva (2). Izbira glede spolnosti in reprodukcije je osebna, zato zdravstveno osebe nima pravice posegati v takšne odločitve.

Ženske, obravnavane glede UPN, sta v raziskavi Nike Kovač prizadela nespoštljiv odnos zdravstvenega osebja in pomanjkanje zasebnosti (3). Ob hospitalizaciji so bile v sobi z drugimi pacientkami. Npr. ena pacientka je bila v sobi z žensko, ki je spontano splavila, druga je dobila razlago o svojem zdravstvenem stanju v prisotnosti drugih ljudi, ki niso zdravstveni delavci. Spet tretji so postopek vstavljanja tabletk vaginalno opravili kar v sobi ob prisotnosti drugih pacientk. Poleg tega je postopek umetne prekinitve nosečnosti za ženske različno boleč in nekatere niso prejele zadostnih protibolečinskih sredstev.

Po 2. členu Zakona o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok (4) in Kodeksu etike v zdravstveni negi Slovenije (5) smo dolžni poskrbeti, da se pravica do pouka, svetovanja in seznanjanja s postopkom, potekom in posledicami uporabe sodobnih načinov in sredstev za uravnavanje rojstev ter pravica do uporabe protibolečinskih sredstev uresničujeta v praksi. Dolžni smo varovati zasebnost pacientk, zato med nedopustne pritiske na ženske štejemo vsakršne neprimerne komentarje, podajanje pomanjkljivih informacij o postopkih, prepričevanje o sprejemanju drugačne odločitve in zavračanje opravljanja samih postopkov.

Čustveni stres, ki ga ženske doživijo ob umetni prekinitvi nosečnosti, je zelo redko povezan s samo odločitvijo. Povezan je »predvsem z okoliščinami, v katerih je splav narejen, ne pa s samim posegom« (3). Ženskam pomaga, če imajo ustrezne informacije in so med obravnavo podprte.

V prispevku povzemam obravnavo po poglavju *Person-centered reproductive health conversations and contraceptive counseling* iz 22. izdaje knjige *Contraceptive technology* (2). To poglavje nam predstavi način, kako voditi komunikacijo s pacientkami glede njihovih spolnih in reproduktivnih pravic na način zavedanja možnosti preteklih travm in z upoštevanjem le-teh. Tako v obravnavi ne povzročimo novih travm oz. s površno obravnavo ne prizadenemo posameznice.

3 Na posameznika osredinjena oskrba

Pri obravnavanju umetne prekinitve nosečnosti se ravnamo po pristopu na posameznika osredinjene oskrbe (ang. *person-centered care*). To pomeni, da smo zdravstveni delavci odgovorni za to, da je zagotovljena nestigmatizirajoča in protirasistična individualna oskrba, med katero bo ženska obravnavana kot osebnost in ne samo kot bolnica. Pomembno jo je obravnavati v kontekstu njenega življenjskega smisla in njenih vrednot. To je ključni pristop k obravnavi ženske v osredinjeni oskrbi. Ženska vloga mora biti v središču pozornosti – natančno poslušanje tega, kar želi, in tega, kar

prejme med obravnavo, mora biti skladno. Takšen pristop naj bi se uporabljal v vseh medicinskih obravnavah, ki niso povezane samo s svetovanjem o načrtovanju družine. Te večšine moramo uporabljati tudi v procesu učenja, usposabljanja (vadba večšin) in komuniciranja z mlajšimi kolegi in študenti. Del tega pristopa je na pacientko osredinjena oskrba (ang. *patient-centered care*), ki v ospredje postavlja individualne potrebe pacientke glede na njene življenjske izkušnje. To pomeni zagotavljanje spoštljive oskrbe, odzivne na pacientkine preference, potrebe in vrednote, ki vodijo praktične odločitve zdravstvenega osebja. Pristop na žensko osredinjene oskrbe temelji na spoštljivem poslušanju njenih pripovedi in spoštovanju povedanega, upoštevajoč njene življenjske izkušnje. Razumeti je treba težo priznanja in spopadanja z družbeno vlogo in stigmatizacijo glede revščine, spolnih manjšin (LGBTQIA+: lezbijke, geji, biseksualne, transspolne, queer, interpolne, aseksualne in druge osebe) in drugih ženskih vprašanj.

Z uporabo pristopa **oskrba na podlagi informacij o travmi** (ang. *trauma informed care*) ovrednotimo in se zavemo vseprisotnosti travmatični izkušnji žensk v sodobni družbi. Namen in cilj sta preprečevanje nastajanja travm ali podoživljanja travm bolnic z zagotavljanjem sočutne, ne obsojajoče oskrbe vsem pacientkam ne glede na znano travmo v preteklosti. Temeljni standard tega pristopa je voden v smeri pacientkinih potreb, pri tem pa ima bolnica avtonomijo in nadzor nad obravnavo. Pacientka mora na vsakem koraku obravnave podati privoljenje/soglasje za preiskavo.

4 Načrtovanje družine

O načrtovanju družine s pacientkami ne govorimo zato, da bi zmanjšali število neželenih nosečnosti v populaciji, temveč zato, da jih podpremo v lastni oz. svobodni odločitvi o rojstvu otrok. Izhodišča načrtovanja družine, kot so zadovoljstvo, načrti, nameni, želje in občutki, so večplastna in se med seboj prepletajo, zato je to kompleksno vprašanje. Nekatere ženske imajo težnje in sredstva za nosečnost, druge tega nimajo. Načrtovanje nosečnosti ni ključno za to, kako ljudje doživljajo svoja življenja. Nekateri o tem ne razmišljajo in nimajo namenov glede zanositve. Na nekatere vplivajo kulturni in verski razlogi, razširjene družine in prepričanje, da je rojevanje otrok določeno z usodo ali višjo silo. Drugi se tega lotijo z zavedanjem pomembnosti in čakajo, dokler niso izobraževalne in finančne okoliščine ter partnerski odnos primerni za vzgojo otroka. Načrtovanje družine je eden pomembnejših ciljev sodobne družbe.

Sprejemanje nosečnosti je pogostejša opredelitev splošnega odnosa posameznika do nosečnosti, bodisi da gre za potencialno bodisi za dejansko nosečnost. Načrtovanje je le eden od načinov, kako ljudje opredeljujejo svoje reproduktivne želje. Nekateri pripisujejo največji pomen svojim občutkom in sprejemljivosti glede zanositve in rojstva otroka. Npr. ali bo nosečnost pozdravljena s srečo ali nesrečo, drugi imajo ambivalenten odnos do tega. Prvi temu rečejo srečni dogodek, drugi so do dogodka indiferentni, če se zgodi, se zgodi.

5 Pogovor z žensko in celostna obravnava

V pogovor z žensko vstopamo spoštljivo, osredotočeno na njeno avtonomijo in z namenom omogočanja izbire po pojasnilu. To storimo tako, da v praksi uporabimo principe oskrbe na podlagi informacij o travmi. Temeljna načela, definicija, vrednote in principi prakse na podlagi informacij o travmi so: varnost, zanesljivost, izbira, sodelovanje in opolnomočenje.

- **Varnost** po definiciji pomeni zagotavljanje telesne in čustvene zaščite za vse udeležene. V praksi si prizadevamo ustvarjati prijetno okolje. Spodbujamo raznolikost posameznic in jih pravilno usmerjamo. O okoliščinah in posledicah se pogovarjamo/razlagamo v podpornem in nekonfliktnem jeziku.
- **Zanesljivost** pomeni zagotavljanje zaupnosti, podajanje jasnih pričakovanj in doslednih meja. Nanaša se na iskrenost. V praksi podajamo jasne informacije o pričakovanjih, o poteku postopkov in jasno izrazimo strpnost in sprejemanje posameznice.
- **Izbira** – možnost lastne izbire in samonadzor sta prednosti. Nanaša se na pravico do samoodločanja in avtonomije. V praksi posameznico ozavešimo o možnih postopkih, ki so ji na voljo. Jasno izrazimo možnosti prilagajanja med postopki. Upoštevamo raznolikosti glede na raso, spol in kulturno pripadnost.
- **Sodelovanje** – širjenje in razporejenost moči pri delu s posamezniki. Ideja je delati skupaj in ne za nekaj/nekoga. Prisluhnemo idejam in iščemo povratne informacije. Raziskujemo izkušnje in okoliščine drugih iz njihove perspektive. Prepoznavamo izmenjavo moči.
- **Opolnomočenje** – pomeni prepoznavanje pozitivnih lastnosti in veščin za vzpostavitev občutka upanja in možnosti. V praksi razvijamo pozitivne vrline in zmoglosti. Zagotovimo, da je delo pozitivno ovrednoteno in podprto. Uporabljamo osebni in vključujoči jezik (6).

5.1 Izbira po pojasnilu

Pri **izbiri po pojasnilu** (ang. *informed choice*) ali modelu svetovanja, namenjenega posameznici, smo zdravstveni delavci posredovalci informacij in moramo ostati nevtralni v procesu odločanja. Informacije, ki jih podajamo, naj bodo nepristranske in nanje naj ne vplivajo osebna prepričanja. Informator ne sodeluje aktivno v procesu odločanja. Informacije posameznici le poda in ji pusti, da jih obdela sama. Pomembno je, da ji za premislek namenimo čas. Ni mogoče pričakovati, da bi se posameznica po samem obisku in prejemu informacij takoj odločila. Nadalje je podajanje informacij o postopkih, ki niso v skladu z željami posameznice, izguba časa. Namen pristopa je namreč podati zanj ustrezne informacije in ne nujno podati informacij o vseh postopkih.

Ko govorimo o procesu **skupnega odločanja** (ang. *shared decision making process*), to pomeni, da sodelujemo v procesu, odločitev samo po sebi pa mora sprejeti ženska

sama. Ta pristop odločanja povečuje motivacijo za samooskrbo in izboljša izide in zdravstvena stanja. V tem procesu naj bodo pacientkine potrebe in želje središče pogovora.

Zdravstveni delavec se mora zavedati svojih predsodkov in se izogibati komunikaciji o njih, ob tem pa ne sme biti motiviran zaradi lastnih vrednot in ne sme slediti svojim prepričanjem. Postavimo jasna vprašanja in aktivno poslušamo odgovore. Razložimo strokovno podlago na način, da bo ženska informacije razumela.

5.2 Veščine za uporabo na posameznika osredinjene oskrbe

Bistveno je skrbno poslušanje na način: »Govori manj, poslušaj in veliko izprašuj.« Poslušalec ima aktivno vlogo, ker ima veliko odgovornost. Ne absorbira pasivno besed, ki so mu povedane. Aktivno poskuša sprejemati dejstva, občutke in slišano ter s poslušanjem poskuša pomagati sogovorniku reševati težavo. Obstajajo številni načini in teorije svetovanja in komunikacije. Predstavljamo veščine, ki povzemajo vse predstavljeno: uporabljamo orodja za lažjo komunikacijo poslušanja, razjasnjujemo potrebe in želje ter podpiramo izbiro po pojasnilu brez obsojanja.

5.2.1 Pomembna na posameznika osredinjena vprašanja

Na posameznico osredinjena vprašanja so zelo uporabna in na vseh področjih uporabljena pri zagotavljanju zdravstvenih storitev in v pogovorih, povezanih z zdravjem.

5.2.1.1 Vprašanja za kramljanje

Vprašanja za kramljanje o nepomembnih rečeh (ang. *small talk*) je treba načrtno vključiti v pogovor. Na ženske vplivajo razbremenilno in z njimi gradimo medsebojno zaupanje. Zaželeni so na začetku pogovora in v vmesnem času, ko pripravljamo prostor za pregled ali naslednji postopek. Npr. »Kakšno delo opravljate? Kaj študirate?«.

5.2.1.2 Odprta vprašanja

Zaprta vprašanja, na katera lahko odgovorimo z »da« in »ne«, niso zaželeni. Ko moramo nekomu pomagati razjasniti preference in želje, so bolj zaželeni odprta vprašanja, ki so osredotočena na določeno področje. Zdravstveni delavci pogosto mislimo, da nimamo časa za odprta vprašanja, čeprav so pomembna za prihodnje načrtovanje pacientkinih reproduktivnih želja. Na posameznico osredinjena oskrba daje prednost odprtim vprašanjem.

5.2.1.3 Druga vprašanja

Vključena morajo biti tudi vprašanja, s katerimi **nestigmatizirajoče** pridobimo spolno anamnezo.

- **Vprašanja, ki ponujajo storitve**, npr. »Ali bi se želeli pogovoriti o metodah prekinitve nosečnosti?«.
- Vprašanja za **pridobivanje preferenc**, s katerimi izvemo, kaj si posameznica želi, kaj je zanj najpomembnejše v samem postopku prekinitve. Za nekatere je najpomembnejši odnos osebja do njih, za druge, da postopek opravijo čim hitreje in živijo naprej.
- Če posameznica ni prepričana o odgovoru, ji damo 3–4 sekunde, da razmisli o odgovoru. Premor je lahko neprijeten, vendar ji s tem damo čas za razmislek. Pomembno je, da uporabljamo pristope in veščine, ki pomagajo zgraditi zaupanje. Ko delimo nove informacije, se prepričamo, da jih je sogovornica razumela.

5.2.2 Pomembnost potrditve in priznanja

Ko nam ženska odgovori na vprašanje, tj. nam zaupa težavo in izrazi svoje občutke, njen odgovor najprej sprejmemo, preden nadaljujemo razlago. To pomaga pri pridobivanju anamneze, hkrati pa vzajemno gradimo zaupanje s tem, ko ji pokažemo, da jo poslušamo. Pokažemo empatijo, pokažemo, da jo razumemo, poudarjamo prednosti.

5.2.2.1 Empatija

Bistveno je, da je naša čustvena zaznava pristna in da temelji na našem resničnem odzivu na to, kar smo slišali. Ključno v tem pristopu je, da pokažemo retoriko empatije, tj. verbalno in neverbalno, s sprejemanjem in priznavanjem pacientkinih občutkov. Če nekdo izrazi čustva, jih sprejmemo in potrdimo. Ta način je spoštljiv, prijazen in vzame samo nekaj sekund. Povemo, da je njegova reakcija razumljiva in morda skupna reakcijam drugih v podobnem položaju. Izogibati se je treba nekaterim pogostim odzivom, ki lahko ovirajo učinkovito izražanje empatije, kot so podcenjevanje intenzivnosti čustev – uporaba besedne zveze »Vem, kako se počutite.« – in nepravilno prepoznavanje posameznikovih čutenj. Vsak od nas ima svoje definicije, kaj zanj pomeni jeza, frustracija, tesnoba in žalost. Da pokažemo empatijo, ne pomeni, da čustvo poimenujemo. Ne rečemo »Vidim, da ste jezni.«, ampak rečemo »Vidim, da vas to vznemirja.«.

Primeri, s katerimi pokažemo empatijo: »Vidim, da je to za vas res skrb vzbujajoče.«, »Zdi se mi, da se je težko spoprijeti s tem.«, »To situacijo je zelo težko obvladati.«, »Ne morem si niti predstavljati, kako hudo je to za vas.«.

5.2.2.2 Pozitivna povratna informacija

Eden od načinov potrjevanja v pogovoru je, da opazimo in poudarimo skrb ženske za lastno zdravje. S tem pokažemo, da smo pozorni, da jo obravnavamo individualno in da smo tam zato, da ji pomagamo. Izogibamo se splošnim pohvalam, ki niso osebne. Ljudje začutimo neiskrene pohvale. Primeri pozitivne povratne informacije:

»Potrebne je veliko moči, da se nekdo tako postavi zase.«, »Vidim, da ste veliko razmišljali o tem.«, »Jasno je, da se želite zaščititi.«.

S tem pokažete, da ste opazili, da njihovo vedenje podpira njihovo zdravje in dobro počutje na način, ki je v skladu z njihovimi vrednotami. Pohvalimo zdravo prehranjevanje, prekinitev kajenja, redno vadbo ...

5.2.2.3 *Ovrednotenje – potrditev po preverbi/damo priznanje*

To je način, da potrdimo pacientkine misli oz. mnenje, kadar ne moremo uporabiti nobene od zgoraj naštetih tehnik. Tehnika je uporabna, kadar ženska ne pove nič lastnega, kar lahko potrdimo. Npr. »Razumem, zakaj mislite tako.«.

5.2.2.4 *Iskanje sporazuma/sklepa pri ženski, ki ima napačne informacije*

Žensko neposredno vprašamo o njenem znanju in prepričanjih o splavu. Pri tej tehniki poskušamo najti vsako sled resnice in to potrditi. Iskanje sporazuma je neka srednja pot. Potrdimo njeno resnico, rečemo »ampak« ter ji nato posredujemo pravilne informacije, za katere želimo, da jih pacientka prejme. Šele nato vprašamo, kar želimo vedeti.

Pri tem je pomembno, da s pravimi informacijami rušimo strahove, mite in napačna prepričanja. Eno od številnih prepričanj je, da splav onemogoča poznejše zanositve.

5.2.3 *Informacije podajamo v kontekstu*

Zdravstveni delavci podajamo informacije, mišljenje, sklepe in priporočila. Pomembno je, da delimo prave informacije. Da si sogovornica informacije zapomni, jih mora najprej slišati, razumeti in si jih nato zapomniti ter jih v glavi obdelati in integritati. Da ta postopek uspešno izpeljemo, sta potrebna aktivno poslušanje in neverbalna komunikacija. Izvajalec pacientkine osredinjene oskrbe pomaga, s tem da daje prednost bistvenim točkam, poudari pomembna dejstva, personalizira informacije, razčleni vsebino in ne poda vseh informacij naenkrat ter vsako informacijo spremlja z vprašanjem.

5.2.3.1 *Neverbalna komunikacija*

Pomemben del komunikacije je tudi neverbalna komunikacija, ker se ljudje sporazumevamo tudi neverbalno in s tem marsikaj sporočamo. Priporočljivi elementi neverbalne komunikacije so: séd/drža naj bo v isti višini ali pod ravnino pogleda ženske, vzdržujemo stik z očmi, nagnemo se naprej, ker s tem pokažemo zanimanje za to, kar ženska govori, nasmehnemo se v odziv na pozitivnost, uporabljamo geste in kimanje v znak strinjanja, za vzpodbudo za nadaljevanje pogovora uporabljamo potrditvene vokalizacije/medmete (mhm, mm, aha), med pogovorom vzdržujemo spoštljivo medosebno razdaljo in ne vstopamo v osebni prostor sogovornice, vzdržujemo odprto

telesno držo in nimamo prekrizanih rok, uporabljamo ekspresiven ton glasu, posredujemo empatijo z obrazno mimiko, umirimo raven svojega govora, tako da bo slišen, vendar ne preveč glasen.

5.2.3.2 Aktivno poslušanje

Aktivno poslušanje vključuje empatično poslušanje z vživljanjem v posameznika in reflektivno poslušanje. Reflektivno poslušanje je na posameznika osredinjen način, s katerim nadzorujemo čas in se osredotočamo na težavo. Reflektivno poslušanje: pokažemo, da poslušamo in da smo slišali, kaj ji je pomembno, omogočimo ženski, da izrazi na glas svoje prioritete, preference in želje, z vprašanji usmerimo žensko in ji s tem razjasnimo, kaj jo zanima, kaj je zanjo pomembno. Damo ji možnost, da popravi in pojasni sporočeno ter potrdi slišano. Reflektivno poslušanje omogoča učinkovito, nadzorovano dolžino pogovora in ohranjanje pozornosti na težavi. Omogoča povzemanje povratnih informacij in vključevanje le-teh v nadaljnje odločitve. Reflektivno poslušanje ne pomeni, da ko nam nekdo nekaj pove, dobesedno ponovimo, kar je bilo rečeno. Preoblikujemo besede, ki jih je sogovornica povedala z drugimi besedami, da bomo ujeli bistvo tega, kar je bilo mišljeno. To sta smiselna členitev povedanega in aplikacija slišane. Na koncu sledijo vprašanja, s katerimi preverimo, ali je ženska slišala in razumela povedano. Če se želimo prepričati, jo prosimo, da ponovi, in tako vidimo, kako je razumljeno povezala.

6 Pogovor in komunikacija, specifično povezana z nosečnostjo

Za učinkovito in dobro svetovanje pri ženskah s pozitivnim testom nosečnosti je ključno, da imamo razjasnjen svoj osebni pogled in svojo morebitno pristranskost glede splava, posvojitve in tega, ali naj nekdo v tem času postane starš ali ne. V pogovoru z žensko s pozitivnim testom nosečnosti uporabimo govor, ki podaja dejstva in stvarne trditve. Izjava, ki je stvarna, ne vsebuje subjektivnega vidika tistega, ki jo sporoča. Postavimo odprto vprašanje, ki pacientki omogoča razmislek in podajo lastnega odgovora. Npr. »Kaj menite, kaj bi lahko naredili?«.

V vprašanju beseda »želite«, npr. »Kaj želite storiti?«, ni najbolj zaželena. Nekatere ženske ne želijo storiti nič, medtem ko drugim to daje občutek, da morajo nekaj storiti.

Načini svetovanja, ko je test nosečnosti pozitiven, in posvet glede možnosti nadaljevanja nosečnosti so: **poslušamo in odgovarjamo** brez obsojanja, pokažemo **empatijo, poizvedujemo** o njenih mnenjih in željah, ne da bi zahtevali konkreten odgovor, **normaliziramo** neodločnost in nihajoč čustveni odziv, **spoštujemo**, ko nam pacientka pove za svojo odločitev, podajamo **informacije brez subjektivne** obarvanosti in vključevanja lastnih predsodkov, z **občutkom ji ponudimo pogovor** o vseh možnostih, če jo to zanima, **pozorni** smo na znake zlorabe, **ocenimo njeno podporno** okolje, pripravljeni smo na jok, zato imamo na dosegu papirnate robčke.

Ko je test nosečnosti pozitiven, se pri svetovanju o nadaljevanju nosečnosti izogibamo načinom, kot so predpostavljane o čustvenih reakcijah ženske na izid pozitivnega testa nosečnosti, spraševanje o tem, kaj se je zgodilo in kaj je naredila narobe med uporabo kontracepcije, če zaznamo, da se ženska o tem trenutno ne želi pogovarjati (lahko pa se želi razbremeniti), spraševanje o prihodnjih željah glede načrtovanja družine, razpravljanje o možnostih in usmerjanje v nasprotju s tem, kar je ženska jasno navedla kot svojo željo, npr. poudarjanje, da je nadaljevanje nosečnosti možnost, čeprav je jasno izrazila željo po prekinitvi nosečnosti.

Če ima ženska vprašanja glede (ne)učinkovite uporabe kontracepcije, ji razložimo podatke za tipično rabo kontracepcije in pojasnimo prednosti učinkovitih kontracepcijskih metod. Sicer pa lahko razgovor o kontracepciji po UPN prihranimo za čas po tem, ko se pacientka že odloči za splav. Če ne prej, jo o vseh možnostih kontracepcije po UPN informiramo ob napotitvi na UPN, ker je po naših podatkih ta ženska od tri- do osemkrat bolj ogrožena za ponovno UPN v naslednjih letih kot ženska v splošni populaciji (7).

Če je imela ženska več partnerjev, je pomembno, da ji glede na ultrazvočno velikost gestacijske vrečke in zarodka pomagamo opredeliti, kdaj približno je zanosila, sploh če to vpliva na odločitve o nadaljevanju nosečnosti. Pri tem je pomembno zagotoviti spoštljivo in ne-obsojajočo obravnavo. Ženski, ki se ne more odločiti, kaj bi storila, predstavimo možnosti ter jo opomnimo, do kdaj ima možnost opravljati splav glede na višino nosečnosti. Ko je ženska noseča in ve, da nosečnosti ne želi nadaljevati, ocenimo njena nagibanja k odločitvi glede načina prekinitve nosečnosti ter ji zagotovimo želeno možnost. Povzamemo, kaj lahko pričakuje v postopku prekinitve glede na zakonske omejitve in glede na višino nosečnosti.

7 Ginekološki pregled, narejen z uporabo pristopa oskrbe na podlagi informacij o travmi

Sočutnemu jemanju anamneze naj sledijo vsi postopki z uporabo pristopa oskrbe na podlagi informacij o travmi. Takšen pristop bo vsem pacientkam z različnimi življenjskimi izkušnjami in iz različnih ozadji/okolij zagotovil varnost, moč izbire in odločanja, nadzor nad dogodki in ohranil dostojanstvo med celotnim procesom. S tem ne bomo dodatno prizadeli že travmatiziranih žensk. Pri tem je pomembno, da je ženska slišana, da prejme zanesljive informacije, pri tem pa so upoštevane njene preference in želje, ki ji bodo omogočile izbiro nadaljnjega postopka.

Po pristopu oskrbe na podlagi informacij o travmi v praksi (8) pred vsakim fizičnim postopkom ali posegom razložimo, kako bo postopek ali pregled potekal, ko je ženska še oblečena. Nato vprašamo za privoljenje in hkrati razložimo, zakaj je določen postopek v procesu UPN pomemben. Pred ginekološkim pregledom je pomembno, da povprašamo po preteklih izkušnjah, ali je imela bolnica kakšno slabo izkušnjo s

pregledom ali drugače v življenju (možnost spolne zlorabe). Če je ženski neprijetno, jo med pregledom pokrijemo z rjuho. Vsak trenutek, gib (premikanje luči, natikanje rokavic) sproti pojasnimo, kaj bomo storili, in sproti razložimo, kaj vidimo oz. zatipamo. Pri tem jo opogumljamo, da izrazi svoje skrbi in potrebe. Po vsakem koraku vprašamo za dodatno privoljenje in počakamo na potrditev. Če je mogoče, med pregledom vzdržujemo očesni stik in opazujemo njeno počutje (obrazno mimiko, zadrževanje diha, odmikanje in napetost mišic). Ženski razložimo, da če se bo slabo počutila, lahko kadar koli prekinemo pregled. Pri tem se izogibamo nenadnim dotikom kože. Opozorimo jo na različne občutke, npr. da se je bo dotaknilo nekaj hladnega. Pri pregledu rahločutno izbiramo besede, uporabljamo medicinski jezik in ne besede iz vsakdanjega pogovora. Po koncu preiskave jasno navedemo ugotovitve in pacientko vprašamo, ali ima še kakšno vprašanje. Z opisanim postopkom ženski omogočimo avtonomijo, ji damo moč in varnost, oba tem pa ona čuti, da sodeluje v postopku, in s tem ohrani dostojanstvo.

8 Zaključek

Na posameznika osredinjena oskrba je zlati standard v vseh obravnavah naših pacientk in pacientov, tako ta tudi ženskam z upoštevanjem njihovih reproduktivnih pravic in vrednot omogoča najboljše možnosti za načrtovanje družine. Z upoštevanjem tega pristopa in z uporabo pristopa oskrbe na podlagi informacij o travmi poskrbimo, da žensk ne (re)travmatiziramo. Misli, občutja, želje in ukrepi glede starševstva in nosečnosti so kompleksni, spremenljivi in odvisni od položaja. Pomembna je uporaba ustreznih vprašanj, aktivnega poslušanja ter smiselno odgovarjanje na postavljena vprašanja in dvome. Med celotno obravnavo mora imeti ženska občutek varnosti in avtonomije, moči in nadzora nad dogajanjem, da ohrani svoje dostojanstvo.

Ključna sporočila

1. Med obravnavo ženske, **ki pride zaradi prekinitve neželene nosečnosti, imamo spoštljiv, empatičen odnos**. Odprti smo za sprejemanje drugačnosti, brez izražanja lastnih predsodkov in prepričanj, neprijazne neverbalne komunikacije in brez spodbujanja občutkov krivde. Vse to dosežemo **z aktivnim poslušanjem in postavljanjem pravih vprašanj**.
2. Pomembno je **spoštovanje odločitve ženske in njene pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok**. Nedopustno je razpravljanje o možnostih in usmerjanje v nasprotju s tem, kar je ženska jasno navedla kot svojo željo. Npr. poudarjanje, da je nadaljevanje nosečnosti možnost, čeprav je jasno izrazila željo po prekinitvi nosečnosti.
3. Vsaka razlaga o **postopkih in možnostih izbire naj bo ženski pojasnjena na razumljiv način**. Razložiti ji je treba, zakaj kot izvajalec potrebuješ določene informacije. Podati ji je treba natančne informacije glede postopkov, ki jih nameravamo opraviti. Pred vsakim korakom je potrebna verbalna privolitev.

9 Literatura

1. Ustava Republike Slovenije (URS). Uradni list RS, št. 33/91-I, 42/97 – UZS68, 66/00 – UZ80, 24/03 – UZ3a, 47, 68, 69/04 – UZ14, 69/04 – UZ43, 69/04 – UZ50, 68/06 – UZ121,140,143, 47/13 – UZ148, 47/13 – UZ90,97,99, 75/16 – UZ70a in 92/21 – UZ62a. 1991 [citirano 1. maj 2025]. Dostopno na: <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=USTA1>
2. Carson P. Person-centered reproductive health conversations and contraceptive counseling. Chapter 4. In: Cason P, Cwiak C, Edelmant A, Kowel D, Marrazzo JM, Nelson AL et al. Contraceptive Technology. 22nd edition. New York, NY: 2025. p 79–124.
3. Kovač N. Moja odločitev: Pričevanja, pravice in predsodki o splavu. Maribor: Založba Aristelj; 2020.
4. Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok (ZZU-UP). Uradni list SRS, št. 11/77, 42/86 in Uradni list RS, št. 70/00 – ZZNPOB. 1977 [citirano 1. maj 2025]. Dosegljivo na: <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO408>
5. Kodeks etike v zdravstveni negi Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2024 [citirano 1. maj 2025]. Dosegljivo na: <https://zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2025/03/Kodeks-etike-v-zdravstveni-negi-2024.pdf>
6. The five principles of trauma-informed care. Institute on trauma and trauma informed care, Informed by Fallot & Harris (2009) creating cultures of trauma-informed care. 2021 [citirano 2. marec 2025]. Dosegljivo na: <https://socialwork.buffalo.edu/social-research/institutes-centers/institute-on-trauma-and-trauma-informed-care/what-is-trauma-informed-care.html>

7. Pinter B, Korošec S. Svetovanje o kontracepciji po umetni prekinitvi nosečnosti. V: Pinter B, ur. Kontracepcija danes. Zbornik prispevkov: VIII. Spominski sestanek akad. prof. dr. Lidije Andolšek-Jeras. Ljubljana: Slovensko društvo za reproduktivno medicino. 2012. p. 87–91.
8. Soran D. A practical guide to the trauma-informed physical examination. JAAPA. 2024 Mar 1;37(3):42–45.

VLOGA SOCIALNE SLUŽBE PRI NAČRTOVANJU DRUŽINE

LILJANA DREU

Izvleček

Po ustavi Republike Slovenije (RS) je odločanje o rojstvih otrok svobodno. To je temeljna človekova svoboščina, iz katere izvirajo pravica do ugotavljanja in zdravljenja zmanjšane plodnosti, do preprečevanja zanositve (začasne in stalne) in za ženske pravica do umetne prekinitve nosečnosti (Ustava RS, čl. 55). Država RS naj bi zagotavljala možnosti za uresničevanje te svoboščine in uresničevanje pravic s tega področja. Pri uresničevanju svoboščin gre za ustvarjanje pogojev, ki človeku omogočajo svobodno odločanje, in za odpravljanje razmer, ki ga omejujejo v svobodi odločanja na raznih področjih: npr. na področju zdravstva, vzgoje in izobraževanja, družinskih razmerij, otroškega varstva, zaposlovanja, delovnoppravnega varstva, socialne varnosti, stanovanjskih razmer. Za uresničevanje svoboščine o rojstvih otrok država zagotavlja dostopnost do zdravstvenih in drugih storitev, tako da z zakonom določi zdravstvene ukrepe kot temeljno možnost za uresničevanje te svoboščine na zdravstvenem področju. Področje ureja Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok (ZZUUP) iz leta 1977 (UL 11/77). Človeku se lahko po njegovi volji bodisi prepreči bodisi omogoči nosečnost in rojstvo otroka. Ukrepi za preprečitev neželene nosečnosti ali rojstva so: kontracepcija, sterilizacija in umetna prekinitve nosečnosti. Socialno delo je opredeljeno kot stroka, ki zaradi zavezanosti k delovanju na načelih enakosti, socialne pravičnosti in solidarnosti bistveno pripomore k temu, da se zmanjšuje revščina in povečuje socialna vključenost. Na področju varovanja reproduktivnega zdravja žensk in moških je socialno svetovanje del zdravstvenih storitev pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok. Pravica se povezuje s področjem načrtovanja družine, ki ne pomeni zgolj splava in kontracepcije, pač pa tudi usmeritev za odgovorno starševstvo, ki ni samo stvar žensk, ampak celotne družbe. Kljub načelni svobodi odločanja o rojstvu otrok so izbire, ki jih ima ženska na razpolago v času nosečnosti in poroda, odvisne od:

- podpore v njenem ožjem socialnem okolju (starši, partner, prijateljske in sosedske mreže, sodelavci in delovno okolje),
- vključenosti v socialne in zdravstvene mreže storitev, ki vplivajo na kakovost oskrbe reproduktivnega zdravja, varen potek nosečnosti in poroda (država in njeni predpisi).

Psihosocialno podporo ženski med neželjeno nosečnostjo predvideva zakon: »V postopkih za umetno prekinitev nosečnosti morajo zdravniki, medicinske sestre in socialni delavci nosečnico seznanimi z njenimi pravicami po zakonu in z drugimi možnostmi za rešitev njenega problema. Zdravstvene organizacije, ki so udeležene v postopkih za umetno prekinitev nosečnosti, morajo obravnavati nosečnice hitro in neovirano ter določiti delavca, ki bo sprejemal pisne zahteve nosečnic za prekinitev nosečnosti oz. zahtevek vzel na zapisnik ter nosečnice usmerjal v nadaljnjem postopku.« (UL SRS 11/77). Na Ginekološki kliniki v Ljubljani nosečnica odda pisno zahtevo za umetno prekinitev nosečnosti v Svetovalno socialni službi. Do desetega tedna nosečnosti skupaj z nosečnico izpolnimo potrebno dokumentacijo in določimo termin za umetno prekinitev nosečnosti. Postopek za umetno prekinitev nosečnosti po desetem tednu nosečnosti vodijo in o zahtevi nosečnice odločajo komisije I. in II. stopnje za umetno prekinitev nosečnosti. Komisijo I. stopnje sestavljajo socialni delavec in dva zdravnika. Eden od zdravnikov mora biti specialist za ženske bolezni in porodništvo oz. ginekologije in porodništva, ta je tudi predsednik komisije. Komisijo II. stopnje sestavljajo socialni delavec in trije zdravniki ustreznih specialnosti, od katerih je predsednik komisije specialist ginekologije in porodništva. Člani komisije I. in II. stopnje imajo namestnike. Komisije sprejemajo tudi zahteve za sterilizacijo. O zahtevi odloči komisija, potem ko seznani tistega, ki sterilizacijo zahteva, z njenim pomenom in posledicami. Posebno skrb je treba posvetiti tveganim skupinam nosečnic: tistim nosečnicam, ki so noseče več kot deset tednov, tistim, ki so že večkrat prekinile nosečnost, zlasti če še niso rodile, mladoletnim in bolnim nosečnicam. Včasih pa se sodelovanje socialne službe nadaljuje po obravnavi na komisiji, ker je bila zahteva za umetno prekinitev nosečnosti zaradi visoke nosečnosti zavrnjena in se ženska spopada z rojstvom otroka, ki ga ni želela, ter želi in potrebuje informacije o morebitni oddaji otroka v posvojitev ter drugih možnih oblikah pomoči v danem položaju.

Učni cilji

- Seznanitev z vlogo socialne službe pri načrtovanju družine.
- Seznanitev z zdravstvenimi ukrepi pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok in omejitvami iz zdravstvenih razlogov.
- Prepoznavna tveganih skupin nosečnic.

1 Uvod

Svetovalno socialno delo temelji na varovanju in zagovarjanju reproduktivnih pravic žensk, na osebni pomoči, na čustvenem odnosu in vpletenosti v življenjsko stisko nosečnice, na osebnem zavzemanju za aktivno iskanje možnih izbir in sprejemljivih rešitev za dober razplet trenutne situacije.

Na Ginekološki kliniki UKC Ljubljana se na področju načrtovanja družine socialne delavke vključujemo v obravnavo v skladu z Zakonom o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok. Človek ima pravico, da svobodno odloča o rojstvu otrok. Ženski in moškemu morajo biti dostopne vse možnosti, s katerimi se jima v okviru zdravstvenega varstva pomaga uresničiti ta pravica. Zakon določa zdravstvene ukrepe pri uresničevanju te pravice in njene omejitve iz zdravstvenih razlogov: preprečevanje zanositve, umetno prekinitev nosečnosti ter ugotavljanje in zdravljenje zmanjšane plodnosti (1). Tako se zaradi neželene nosečnosti srečamo z nosečnico, ki v naši službi poda zahtevo za umetno prekinitev nosečnosti (UPN), če nosečnost ne traja več kot deset tednov. Socialne delavke sodelujemo kot imenovane članice v komisiji I. in II. stopnje za UPN. Komisije obravnavajo zahteve za UPN po desetem tednu ter zahteve za sterilizacije in vazektomije (1, 2).

S socialnim svetovanjem pri varovanju reproduktivnega zdravja in podpori reproduktivnih izbir smo lahko pomemben del pomoči posameznikom in parom v različnih življenjskih obdobjih. Posebno skrb namenjamo ranljivim skupinam nosečnic. Naš pristop k obravnavi teh ranljivih skupin nosečnic temelji na definiciji zdravja Svetovne zdravstvene organizacije (SZO): »Zdravje je stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega blagostanja in ne le odsotnost bolezni in moči.« Proučujemo socialne vidike zdravja, to so razmere, v kateri se ljudje rodijo, odraščajo, živijo in delajo. Prav te socialne determinante določajo neenakosti v zdravju. Pomembni nalogi socialne delavke pri vsaki obravnavi sta posredovanje informacij in zagotavljanje opore.

2 Umetna prekinitev nosečnosti do desetega tedna nosečnosti

UPN je medicinski poseg, ki se opravi na zahtevo nosečnice, če nosečnost ne traja več kot deset tednov. Glede pravic nosečnice, ki so vezane na trajanje nosečnosti do desetega tedna, po zakonu velja ob prvem pregledu nosečnice ugotovljeno trajanje nosečnosti, če je bila neposredno po njem podana zahteva za prekinitev nosečnosti (1, 2). V skladu z Navodili za izvrševanje ZZUUP morajo zdravstvene organizacije, katerih strokovne enote so udeležene v postopkih za UPN, obravnavati nosečnice hitro in neovirano ter določiti delavca, ki bo sprejemal pisne zahteve nosečnic za UPN ter nosečnice usmerjal v nadaljnjem postopku (2).

Nosečnica, ki želi opraviti UPN do desetega tedna nosečnosti, pride z napotnico ginekologa, z ultrazvočno preiskavo potrjeno vitalno nosečnostjo in izvidom krvne skupine (če je Rh D negativna potrebuje še izvid ICT) v Svetovalno socialno službo Ginekološke klinike. Preverimo, ali ima ustrezno dokumentacijo in ali je višina nosečnosti ustrezna. Skupaj z nosečnico izpolnimo oz. pripravimo dokumentacijo, kot so zahteva za UPN, s katero nosečnica poda pisno zahtevo za UPN, sprejem v bolnišnico, sprejem in odpust bolnice, prijava fetalne smrti. Določimo termin za UPN v sodelovanju s kliničnimi oddelki. V skladu z zakonom nosečnico seznanimo s postopkom, potekom

in posledicami UPN ter metodami in sredstvi za preprečevanje nosečnosti. Ob UPN z zdravili nosečnico opozorimo, da si naj po zaužitju prvega odmerka zdravila ne premisli zaradi tveganj za plod in da naj postopek izpelje do konca. Seznanimo jo tudi s pomembnostjo pregleda po UPN in povečano verjetnostjo ponovne zanositve, če se ne bo ustrezno in pravočasno zaščitila.

Nosečnici, če želi, zagotovimo psihosocialno oporo. Strokovno svetovanje, ki omogoča čustveno razbremenitev in zaupen pogovor, je ženski v oporo pri sprejemanju reproduktivnih odločitev brez dodatnih psihičnih pritiskov. S preučevanjem možnosti, ki jih ima na voljo za rešitev težave, se ženska sama odloča med danimi možnostmi. Seznanjena mora biti z varnostjo in učinkovitostjo zgodnjega splava ter socialnovarstvenimi pravicami v obdobju materialne ali nematerialne stiske, če obdrži nosečnost in otroka rodi.

Mladoletno nosečnico obravnavamo s posebno skrbnostjo glede na njene družinske in socialne razmere. Spoštovati moramo njeno osebno odločitev tako glede prekinitve nosečnosti kot glede obvestila staršem. Če se srečamo z nosečnico, mlajšo od 15 let, in obstaja sum, da je bilo storjeno kaznivo dejanje spolnega napada na osebo, mlajšo od 15 let (če partner ni primerljive starosti), o tem obvestimo policijo. Po Kazenskem zakoniku se oseba, ki spolno občuje ali stori kakšno drugo spolno dejanje z osebo drugega ali istega spola, ki še ni stara 15 let, kaznuje z zaporom od treh do osmih let (1. odst. 173. čl. Kazenskega zakonika, KZ-1-UPB2). Dejanje pa ni protipravno, če je bilo storjeno z osebo primerljive starosti in če ustreza stopnji njene duševne in telesne zrelosti (5. odst. 173. čl. KZ-1-UPB2) (3). Če so podani razlogi za sum, da je bilo storjeno kaznivo dejanje spolnega napada na osebo, mlajšo od 15 let, mora policija ukreniti vse potrebno, da se izsledi storilec kaznivega dejanja, da se storilec ali udeleženec ne skrije ali ne pobegne, da se odkrijejo in zavarujejo sledovi delikta in predmeti, ki utegnejo biti dokaz, in da se zberejo vsa obvestila, ki bi utegnila biti koristna za uspešno izvedbo kazenskega postopka. Tabela 1 prikazuje število mladostnic, mlajših od 20 let, obravnavanih zaradi UPN na Ginekološki kliniki UKC Ljubljana v letih 2020–2024.

Tabela 1: Število mladostnic, mlajših od 20 let, obravnavanih zaradi UPN na Ginekološki kliniki UKC Ljubljana v letih 2020–2024.

Leto	Vse UPN	Kom. 1. in 2. st.	15 let in mlajši	19 let
2020	32	4	1	6
2021	50	10	3	16
2022	59	13	2	26
2023	49	15	2	24
2024	73	11	2	26
Skupaj	263	53	10	98

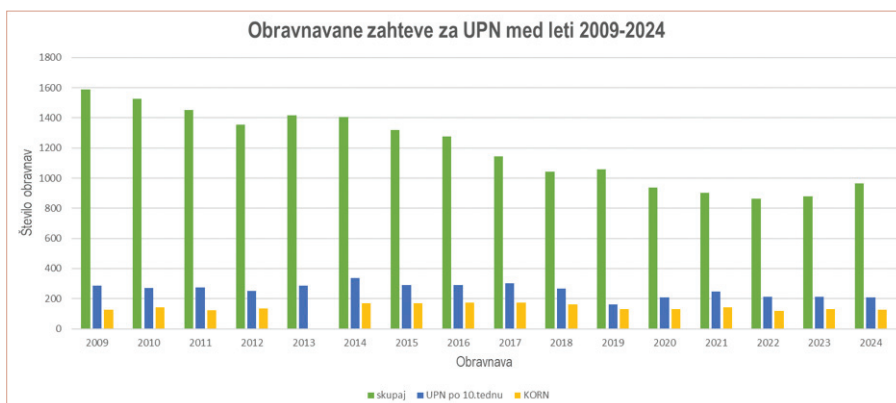
Pomembna dimenzija spolnega zdravja mladostnic in odraslih žensk je motiviranje in spodbujanje varne spolnosti, torej spolnosti, ki je prijetna, ki je ne spremlja strah pred neželeno nosečnostjo in boleznimi in ki je ne spremlja uporaba sile. To pomeni, da morajo ženske izbrati pravega spolnega partnerja in pravi čas za spolne odnose ter se zavarovati pred spolno prenosljivimi okužbami, tako da privolijo le v varne oblike spolnosti, še zlasti z uporabo kondoma, ter takšno spolnost, pri kateri so spoštovani zdravje, človeški ponos in dostojanstvo. Vsak obisk ženske v naši službi je lahko priložnost za krepitev moči žensk, za boljše reproduktivne izbire in odločitve. Ključni vidiki podpore in potreb žensk so, da pridejo čim prej do ginekološkega pregleda in do UPN, da jim zagotovimo zaupnost storitev, da so vsaj del posveta same, da dobijo objektivne, natančne informacije, da jih poslušamo brez obsojanja in s spoštovanjem, da dobijo dovolj informacij o svojih možnostih, da lahko postavljajo vprašanja, da dobijo informacije o naslednjih korakih glede na to, kaj se odločijo, da se lahko odločajo brez stigme in negativnosti, da imajo priložnost za razmislek o možnostih kontracepcije po UPN in ne nazadnje kdo jih lahko zagotovi podporo pozneje, če bi jo želele ali potrebovale (4).

3 Umetna prekinitev nosečnosti po desetem tednu nosečnosti

»UPN, ki traja več kot deset tednov, se lahko opravi na zahtevo nosečnice le, če je nevarnost posega za življenje in zdravje nosečnice ter za njena bodoča materinstva manjša od nevarnosti, ki grozi nosečnici ali otroku zaradi nadaljevanja nosečnosti in zaradi poroda.« (18. čl. ZZUUP) Postopek za UPN po desetem tednu nosečnosti vodijo in o zahtevi odločajo komisije I. in II. stopnje za UPN. Komisijo I. stopnje sestavljajo socialni delavec in dva zdravnik. Eden od zdravnikov mora biti specialist za ženske bolezni in porodništvo oz. specialist ginekologije in porodništva, ta je tudi predsednik komisije. Komisijo II. stopnje sestavljajo socialni delavec in trije zdravniki, predsednik komisije mora biti specialist ginekologije in porodništva. Komisija II. stopnje rešuje ugovore zoper sklepe komisij I. stopnje, s katerimi se ne dovoli prekinitev nosečnosti ali sterilizacija. Člani komisije I. in II. stopnje imajo namestnike (1). V Sloveniji imamo štirinajst komisij I. stopnje za UPN (v vsaki porodnišnici eno). Člane komisije I. stopnje imenuje upravna enota in komisija deluje v sklopu ginekološko-porodniških oddelkov. Člane komisije II. stopnje imenuje ministrstvo za zdravje in ta komisija je ena za celo Slovenijo, deluje pa na Ginekološki kliniki UKC Ljubljana.

Nosečnica, pri kateri traja nosečnost več kot deset tednov in želi UPN, poda pisno zahtevo oz. prošnjo skupaj z izvidi o višini nosečnosti pri komisiji I. stopnje. Zahtevo za komisijo sprejme socialna delavka, ki se z nosečnico pogovori in pridobi osnovne podatke. Nosečnica predstavi okoliščine, zaradi katerih je prišla in želi UPN. Zahtevo nosečnice, pri kateri nosečnost traja več kot deset tednov, obravnava komisija I. stopnje. Komisija I. stopnje za UPN razpravlja o zahtevah enkrat tedensko, v Ljubljani običajno ob torkih. Na seji komisije za UPN je ženska, ki zahteva UPN, navzoča.

Okrog 70 odstotkov zahtev je na komisiji I. stopnje zaradi ugotovljene nepravilnosti pri plodu. Te nosečnice so predhodno obravnavane na Konziliju za obravnavo razvojnih nepravilnosti (KORN), ki ga sestavljajo specialisti ginekologije in porodništva, pediatrije, klinične genetike in ev. strokovnjaki drugih strok. Po obravnavi dokumentacije o opravljenih preiskavah izdajo mnenje glede prognoze za plod. Mnenje konzilija je lahko obema komisijama za UPN v veliko pomoč pri odločanju o upravičenosti za UPN, ni pa obvezujoče. Približno tretjina nosečnic po desetem tednu nosečnosti ima socialne indikacije za UPN. Slika 1 prikazuje število obravnavanih zahtevkov oz. vlog za UPN na Ginekološki kliniki UKC Ljubljana v letih 2009–2024.



Legenda: UPN – umetna prekinitev nosečnosti, KORN – Konzilij za obravnavo razvojnih nepravilnosti.

Slika 1: Število obravnavanih zahtevkov za UPN na Ginekološki kliniki UKC Ljubljana v letih 2009–2024.

Ko komisija I. stopnje odobri UPN, socialna delavka žensko z vso dokumentacijo naroči na UPN. Ob naročanju žensko natančno seznamimo s postopkom, potekom in posledicami UPN. Vedno se pogovarjamo tudi o pomenu pravočasne zaščite pred ponovno nosečnostjo. Nekaj žensk, ki izpolnjujejo zakonske pogoje, se ob tej priložnosti odloči za sterilizacijo. Med celotnim postopkom z žensko ustvarimo varen prostor, da lahko ženska podeli svoje misli, morebitne strahove in skrbi, in jo opolnomočimo v nadaljnjih korakih.

Če komisija I. stopnje meni, da za UPN niso izpolnjeni pogoji po 18. členu ZZUUP, zavrne zahtevo za UPN. V tem primeru lahko nosečnica zahteva, da o njeni zahtevi odloči komisija II. stopnje. Ta mora o tem odločiti v sedmih dneh (1).

Nosečnica, ki ugovarja zoper sklep komisije I. stopnje, s katerim se UPN ne dovoli, predloži komisiji II. stopnje vso dokumentacijo s komisije I. stopnje. Komisija II. stopnje lahko zahteva dodatna mnenja in izvide. Nosečnice, ki pridejo na komisijo II. stopnje, pogosto spadajo med najbolj ranljive skupine žensk, ki jih obravnavamo.

Pogostejše so pozno ugotovile nosečnost, so bile brez zdravstvenega zavarovanja, nekatere zlorablajo nedovoljene psihoaktivne snovi, so žrtve nasilja, imajo težave v duševnem zdravju ali so mladostnice. Neredko se v njihovem vsakdanu prepleta več dejavnikov in so v obravnavi centra za socialno delo že dalj časa. Te ženske imajo pogostejše od drugih nižje socialno-ekonomsko stanje, nedokončano ali nižjo stopnjo izobrazbe, so brez zaposlitve, nimajo urejenih stanovanjskih razmer in so v nestabilni partnerski zvezi, samske ali pa odvisne od družine, države in dobrodelnih organizacij. Njihove potrebe so bolj kompleksne. Nosečnice v socialni stiski se odzivajo zelo čustveno in zaradi večje ranljivosti potrebujejo spodbudo in oporo pri iskanju pomoči. Občutek brezizhodnosti pri spopadanju s socialnimi težavami jih spravlja v obup in zato pogosto odnehajo.

Socialne delavke smo nosečnici na voljo z razbremenilnim pogovorom. Ta vsebuje elemente aktivnega poslušanja o problemski situaciji, zagotavljanje opore in pomoči ter sledenje njenim potrebam, stališčem in željam glede na položaj »tukaj in zdaj«. S svetovalnim delom povečamo motivacijo za sprejemanje pomoči ter omogočanje dostopnosti do zdravstvene, socialne, psihološke ali psihiatrične pomoči. Še posebej je to pomembno, če je ugovor za UPN na komisiji II. stopnje zavrnjen. V tem primeru nas tudi zakon zavezuje, da nosečnico napotimo v ginekološko ambulantno. Če je nosečnica socialno ogrožena, se povežemo s pristojnim centrom za socialno delo (CSD) (2). V primeru nasilja v družini se prav tako povežemo s pristojnim CSD, podamo prijavo na policijo in žensko seznanimo z možnimi oblikami pomoči in njenimi pravicami po zakonu (5).

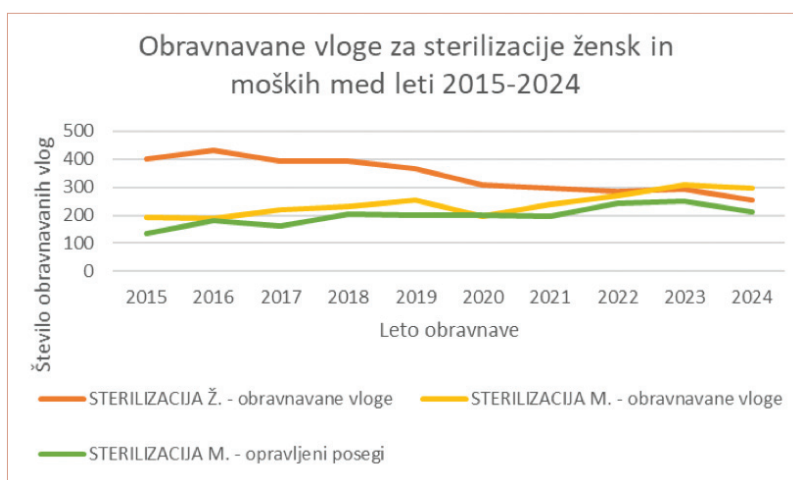
Nasilje v družini ima resne posledice za zdravje in življenje žensk in njihovih otrok. Redko prepoznane oblike spolnega nasilja so tudi preprečevanje uporabe kontracepcije, siljenje k splavu ali prepoved splava na zahtevo partnerja. Zato moramo pri ženskah, ki so večkrat prekinile nosečnost ali pozno pridejo na UPN, pomisliti tudi na to možnost. S sočutno obravnavo lahko ženski pomagamo prekriti krog nasilja, ki ga sama ne zmore. Včasih ostanemo v stiku z žensko, ki razmišlja o oddaji otroka v posvojitev po porodu in potrebuje informacije in podporo.

V veliki stiski je tudi nosečnica oz. par s prenatalno ugotovljeno nepravilnostjo pri plodu, še posebej, ko medicinska indikacija ni zelo jasna. Žal tudi z vsemi sodobnimi medicinskimi metodami ni mogoče vedno zagotoviti natančne prenatalne diagnoze in napovedati prognoze. Ti pari prav tako potrebujejo strokoven, spoštljiv in sočuten pristop. Na voljo mora biti dovolj časa, da lahko nosečnica oz. par pove vse, kar želi, kaj vse je že bilo do komisije narejeno, katere preiskave je nosečnica že opravila, s kom vse sta se že posvetovala. Par povprašamo, kako se ob vsem skupaj počuti, kaj ga najbolj skrbi. Pokažemo, da razumemo njuna občutja skrbi in strahove. Če je mogoče, ne hitimo in si pridobimo dodatna mnenja in izvide. Par tako lažje sprejme lastno odločitev, včasih tudi odstopi od zahteve za UPN, se sprijazni in sprejme negotovost. V vsakem primeru je pomembno, da dobita čim bolj popolne informacije o nadaljnjih korakih. Seznanjena morata biti, da jima je vedno, ne glede na odločitev komisije, na voljo tudi psihološka pomoč.

4 Preprečevanje zanositve – sterilizacija

Sterilizacija ženske ali sterilizacija moškega (tj. vazektomija) je medicinski poseg za stalno preprečitev zanositve, ki se lahko opravi samo na zahtevo tistega, ki naj bi bil steriliziran in je dopolnil 35 let. Ne glede na to se sterilizacija lahko opravi, če je potrebna iz zdravstvenih razlogov. Za tiste, ki so nerazsodni, sterilizacijo zahtevajo starši oz. skrbnik s soglasjem CSD. Zahteva za sterilizacijo se vloži pri komisiji I. stopnje za UPN (1). Na Ginekološki kliniki UKC Ljubljana zahtevo sprejme socialna delavka. Identiteto preverimo z osebnim dokumentom prosilke, prosilka poda pisno zahtevo za sterilizacijo in podpiše zavestno privolitev v poseg. Enako velja za moške, ki želijo vazektomijo. Če je to zahteva za predčasno sterilizacijo iz zdravstvenih razlogov, je treba priložiti ustrezno zdravstveno dokumentacijo. Ob tem prosilko oz. prosilca seznanimo s pomenom in posledicami sterilizacije, tudi v pisni obliki. O zahtevi odloči komisija s sklepom. Če komisija I. stopnje za UPN zavrne zahtevo za sterilizacijo, lahko tisti, ki zahteva sterilizacijo, predlaga, da o njegovi zahtevi odloči komisija II. stopnje za UPN. Sterilizacija se opravi šele takrat, ko poteče šest mesecev od njene dovolitve, razen če je sterilizacija potrebna iz zdravstvenih razlogov. Posameznik ali posameznica lahko zahtevo za sterilizacijo tako vloži šest mesecev pred dopolnjenim 35. letom.

Na komisiji I. in II. stopnje v Ljubljani obravnavamo letno okrog 600 vlog. V letu 2023 smo obravnavali več vlog za vazektomijo kot za žensko sterilizacijo (slika 2). Več kot polovica prosilk namerava opraviti sterilizacijo ob načrtovanem operativnem posegu (ob carskem rezu ali drugem ginekološkem posegu, redko ob UPN). Vodimo tudi čakalno knjigo za vazektomije in naročamo moške na posege. Ženske se na posege naročajo same.



Slika 2: Število obravnavanih vlog za sterilizacijo žensk in moških (vazektomija) na Ginekološki kliniki UKC Ljubljana v letih 2015–2024.

Na našo službo se obračajo tako ženske kot moški z najrazličnejšimi vprašanji. Na večino vprašanj dobijo odgovore in podporo že v naši službi, sicer pa jih ustrezno usmerimo na zdravnika. Vsi ne realizirajo posega takoj, ko bi ga lahko, nekateri si tudi premislijo. V zadnjem času opažamo, da se vedno mlajši odločajo za tovrstno zaščito, polovica vseh vlog (ženskih in moških) je v starosti do 39 let. Mlajših prosilk je več med ženskami zaradi uveljavljanja pravice pred 35. letom ob predvidenem tretjem carskem rezu. Nekateri moški se odločijo za poseg zaradi neželene nosečnosti in UPN ter drugih težav z jemanjem kontracepcije pri partnerki. Večina prosilk in prosilcev je zaposlenih in ima želeno število otrok: dva ali več otrok ima 80 odstotkov moških in 75 odstotkov žensk.

5 Zaključek

Strokovno delo socialne delavke na Ginekološki kliniki je povezano z znanjem o reproduktivnem zdravju in načrtovanju družine, katerih temeljne smernice pri oblikovanju zakonodaje izhajajo predvsem iz Splošne deklaracije človekovih pravic (1948), ki jo je sprejela in razglasila Generalna skupščina združenih narodov, ter številnih mednarodnih aktov, kot je Mednarodna konferenca o prebivalstvu in razvoju leta 1994 v Kairu, na kateri so reproduktivnim pravicam priznali status človekovih pravic (6). Reproductivne pravice vključujejo dostop do informacij o reproduktivnem in spolnem zdravju ter dostop do zdravstvenega varstva na področju spolnega in reproduktivnega zdravja, kar med drugim vključuje tudi brezplačno kontracepcijo, UPN in zdravljenje neplodnosti za vse z urejenim zdravstvenim zavarovanjem (7). Socialne delavke na področju načrtovanja družine ob zdravstveni obravnavi podpiramo uresničevanje pravic na področju svobodnega odločanja o rojstvu otrok ter izvajanje socialnih pravic v obdobju materialne in nematerialne stiske. Podpiramo posameznice in posameznike, da se med seboj pogovarjajo o načrtovanju družine in reproduktivnem zdravju in s tem k sprejemanju odgovornejših odločitev o svojem zdravju. Načrtovanje družine ni le preprečevanje zanositve in UPN in ni samo stvar žensk, temveč zadeva celotno družino in družbo. Namenjeno je koristi otrokom in usmerjeno k odgovornemu starševstvu.

Ključna sporočila

1. **Spolne in reprodukativne pravice spadajo med temeljne človekove pravice.**
2. **Odločanje o rojstvih otrok je svobodno. Država zagotavlja možnosti za uresničevanje te pravice** in ustvarja razmere, ki omogočajo staršem, da se odločijo za rojstva svojih otrok.
3. Na **reprodukativne izbire in odločitve naših uporabnic in uporabnikov vplivajo nekatere psihosocialne okoliščine.**
4. Praksa, ki temelji na perspektivi moči, pomeni, da bo vse, kar delaš kot socialni delavec, utemeljeno s tem, da pomagaš odkriti, lepšati, raziskati in izkoristiti pacientovo moč in vire, ko mu pomagaš, da doseže svoje cilje, uresniči svoje sanje in razbije okove ovir in nesreč.

6 Literatura

1. Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok, UL SRS, št.11/77. Dostopno na: <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO408>
2. Navodilo za izvrševanje ZZUUP, UL SRS, št.15/77. Dostopno na: <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=NAV O493&utm=>
3. Kazenski zakonik, Uradni list RS, št. 50/12. Dostopno na: https://www.uradni-list.si/_pdf/2012/Ur/u2012050.pdf#!u2012050-pdf
4. Rowlands S, ed. Abortion care. Cambridge: Cambridge University Press; 2014.
5. Zakon o preprečevanju nasilja v družini; UL RS16/o8. Dostopno na: <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO5084&utm=>
6. Kralj A, Renner T, Leskošek V, Mencin M, Nastran Ule M.. Pravica do abortusa. Ljubljana: UL Fakulteta za družbene vede, Založba FDV; 2021.
7. Kovač N. Moja odločitev: Pričevanja, pravice in predsodki o splavu. Maribor: Aristej; 2022.

KIRURŠKA UMETNA PREKINITEV NOSEČNOSTI

NINA JANČAR

Izvleček

Kirurška umetna prekinitev nosečnosti (UPN) se v zadnjih letih v Sloveniji in po svetu čedalje manj uporablja, saj jo je v večini primerov nadomestila UPN z zdravili. Pred uvedbo UPN z zdravili pa je bila kirurška prekinitev nosečnosti postopek, ki se je uporabljal praktično za vse UPN. UPN mora biti varna. Varna UPN je izvedena z metodo, ki jo priporočajo aktualna priporočila Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) in je primerna za trajanje nosečnosti, izvede pa jo zdravstveni delavec, ki je za to ustrezno usposobljen.

Kirurška UPN je invaziven poseg v maternično votlino z namenom odstranitve vseh delov nosečnosti, to je ploda, plodovnice, plodovih ovojev in posteljice. Tega osnovnega kirurškega postopka se mora med specializacijo za poklic ginekologa in porodničarja naučiti prav vsak specializant. Pomemben mejnik v razvoju varnega postopka prekinitve nosečnosti je bila vpeljava vakuumske aspiracije, pri kateri je imela ključno vlogo slovenska ginekologija.

Tehnike kirurške UPN se razlikujejo glede na trajanje nosečnosti. Kirurško UPN praviloma izvedemo: pri nosečnosti od 9 do 12 tednov, pri sumu na hidatidno molo, pri potekajočem splavu z močno krvavitvijo, pri ženskah s hudo astmo ali alergijo na zdravila, ki se uporabljajo za UPN z zdravili, in na željo pacientke.

Učni cilji

- Spoznati **tehnike kirurške prekinitve nosečnosti**.
- Spoznati **predoperativno pripravo in izvedbo** kirurške prekinitve nosečnosti.
- Prepoznati **zaplete pri kirurški prekinitvi nosečnosti** in njihovo zdravljenje.

1 Uvod

Varna UPN je izvedena z metodo, ki jo priporočajo aktualna priporočila Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) in je primerna za trajanje nosečnosti, izvede pa jo zdravstveni delavec, ki je za to ustrezno usposobljen (1). Čeprav je UPN z zdravili v današnjem času najpogostejša oblika prekinitve nosečnosti, se kirurška UPN še vedno izvaja in je v določenih situacijah edina primerna oblika prekinitve nosečnosti. V nekaterih primerih izvedemo kombinirano prekinitev nosečnosti – predpriprava materničnega vratu z zdravili, ki ji sledi kirurška UPN. Kirurška prekinitev nosečnosti je

invaziven poseg v maternično votlino z namenom odstranitve vseh delov nosečnosti, to je ploda, plodovnice, plodovih ovojev in posteljice. Tega osnovnega kirurškega postopka se mora med specializacijo za poklic ginekologa in porodničarja naučiti prav vsak specializant (2, 3).

2 Slovenski prispevek k razvoju tehnike vakuumske aspiracije

Poleg prehoda od nedovoljenega k dovoljenemu splavu je k varnosti umetne prekinitve nosečnosti največ pripomogla uvedba vakuumske aspiracije (VA). Za širitev te tehnike prekinitve nosečnosti po svetu so zaslužni prav slovenski zdravniki (4, 5).

Tehnika VA je bila najprej opisana v Rusiji, malo za tem na Kitajskem (6). Idejo o novem načinu prekinitve nosečnosti je iz Rusije v Ljubljano leta 1963 prinesel prof. dr. Franc Novak. Leta 1964 sta po ruskem besedilu mlada slovenska ginekologa Tomaž Tomaževič in Milan Čavić pod mentorstvom prof. dr. Draška Vilfana skonstruirala lasten vakuumski aspiracijski sistem. Nanj je bilo mogoče nastaviti na vrhu zaobljene kovinske nastavke z bočno odprtino, ki so imeli premer 6, 8 in 12 mm. Električno vakuumsko črpalko so si izposodili na Inštitutu za elektroniko in vakuumsko tehniko v Ljubljani. Skozi dve posodi so črpalko, nastavek in cevi povezali v vakuumski aspiracijski sistem. Na omenjenem inštitutu so skonstruirali in nato tudi serijsko izdelovali novi tip vakuumskega aspiratorja, ki je onemogočal edino resno nevarnost nove metode – nevarnost zračne embolije (7). Naprava, ki je zelo podobna prvotni, je še vedno v uporabi (slika 1).



Slika 1: Vakuumski aspirator, ki se uporablja za kirurške prekinitve nosečnosti do 12. tedna nosečnosti.

Leta 1968 je prof. dr. Franc Novak tehniko vakuumske aspiracije predstavil v ZDA. V zgodnjih sedemdesetih letih preteklega stoletja so tehnologijo vakuumske aspiracije za prekinitev nosečnosti sprejeli po vsem svetu (4). Z ljubljansko raziskavo *The Ljubljana Abortion Study*, ki je potekala med letoma 1971 in 1973, so znanstveno potrdili prednosti VA v primerjavi z dilatacijo in kiretažo (D&C). VA je enostavnejša in varnejša, pri njej je manjša izguba krvi, manj vnetij in krajša hospitalizacija (8).

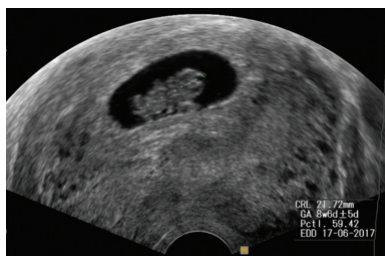
3 Predpriprava na kirurško UPN

V Sloveniji pri izvedbi kirurške UPN sledimo smernicam SZO (3) in njihovih posodobitvam, ki temeljijo na z dokazi podprti medicini (3, 9). Pri izvajanju kirurške UPN upoštevamo lokalne okoliščine in slovensko zakonodajo.

Večino UPN v današnjem času izvedemo z zdravili, protokol UPN z zdravili smo v Sloveniji uvedli leta 2004. Do leta 2009 smo na Ginekološki kliniki UKC Ljubljana večino nosečnosti do 10. tedna prekinjali kirurško – z VA v splošni anesteziji ali z endometrijsko aspiracijo (EA) brez anestezije. VA je bilo leta 2009 okoli 84 odstotkov. Po letu 2009 pa se je začel delež UPN z zdravili povečevati. Na Ginekološki kliniki UKC Ljubljana sedaj večino nosečnosti do 10. tedna prekinemo z zdravili, kirurških prekinitev je zgolj 1–3 odstotke. V slovenskem merilu je bilo leta 2013 po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje RS (interni vir) 44 odstotkov vseh UPN opravljenih s kirurško metodo, leta 2023 pa se je ta delež zmanjšal na 17 odstotkov.

3.1 Pred izvedbo kirurške UPN

Pred vsako UPN moramo pacientko povprašati o osebni in ginekološki anamnezi. Pri osebni anamnezi nas zanimajo podatki o kroničnih boleznih, morebitnih motnjah strjevanja krvi in alergijah. Povprašamo o predhodnih nosečnostih, morebitnih prirojenih in pridobljenih boleznih rodil ter o ginekoloških in drugih operacijah. Potrebujemo podatek o prvem dnevu zadnje menstruacije in o tem, ali so ciklusi redni ali ne. Višino nosečnosti določimo z ginekološkim pregledom, palpacijo in vaginalno (ali abdominalno v drugem in tretjem trimesečju) ultrazvočno (UZ) preiskavo (slika 2).



Slika 2: Ultrazvočna slika normalne od osem- do devettedenske nosečnosti.

Od laboratorijskih preiskav je obvezna določitev krvne skupine AB0 in faktorja RhD. Druge krvne preiskave opravimo le po potrebi. Vsaka pacientka podpiše privolitve po pojasnilu za poseg (1, 9).

3.2 Kdaj izvedemo kirurško UPN

Absolutne indikacije za izvedbo kirurške prekinitve nosečnosti so: sum na hidatidno molo, splav v teku z močno krvavitvijo, ženske s hudo astmo, ženske z alergijo na zdravila, ki se uporabljajo za UPN z zdravili. Kirurška UPN mora biti na voljo tudi na željo ženske.

Prednosti kirurške UPN (9):

- je hiter postopek, ki je končan v predvidljivem času,
- izvaja se v zdravstvenih ustanovah,
- uspešnost postopka zlahka preverimo s količino materiala, ki smo ga pridobili iz maternice, ob posegu lahko izvedemo sterilizacijo ali vstavimo maternični vložek, lahko jo izvedemo v analgesedaciji, lahko jo izvedemo, kadar so kontraindikacije za UPN z zdravili.

Pomanjkljivosti kirurške UPN so (9):

- invaziven poseg v maternično votlino,
- možnost poškodbe materničnega vratu,
- možnost poškodbe maternice,
- majhna možnost poškodbe sosednjih organov.

Za izvedbo kirurške UPN praktično ni absolutnih kontraindikacij (9).

4 Izvedba kirurške UPN

Po smernicah SZO so kirurške prekinitve nosečnosti razdeljene na kirurške UPN do 14. tedna nosečnosti in kirurške UPN od 14. tedna nosečnosti. Pri vseh kirurških UPN je izredno pomembna aseptična tehnika z uporabo sterilnih inštrumentov. Po smernicah SZO se do 14. tedna nosečnosti izvede ročna VA ali električna VA, od 14. tedna pa napredna VA ali dilatacija in evakuacija (D&E). SZO predvideva, da kirurška UPN vključuje: antibiotično profilakso, protibolečinsko terapijo, ki lahko vključuje lokalno anestezijo, minimalno ali globoko sedacijo in v nekaterih primerih splošno anestezijo, predpripravo materničnega vratu, izvedbo kirurške UPN z ustrežno metodo ter spremljanje pooperativnega stanja in odpust bolnice (9). Opisana dejanja lahko po SZO opravljajo različni zdravstveni delavci, poleg zdravnikov tudi medicinske sestre (3, 9). V Sloveniji kirurško UPN izvajajo izključno zdravniki (1, 10). Pri nas zaradi lokalnih

okoliščin in zakonodaje kirurško UPN razdelimo na štiri obdobja: do 7. tedna, do 10. tedna, do 15. tedna in od 15. tedna.

4.1 Kirurška UPN do 7. tedna nosečnosti

V nižji nosečnosti, do 7. tedna, izvedemo običajno EA. Uporabimo plastične kanile debeline 5, 6 ali 7 mm. Pri mnogorodnicah dilatacija materničnega vratu pogosto ni potrebna. Če je potrebna dilatacija materničnega vratu, pred tem apliciramo lokalni anestetik v maternični vrat (paracervikalni blok) in tako omilimo bolečine zaradi dilatacije materničnega vratu. Vsebino maternične votline aspiriramo z vakuumskim aspiratorjem (slika 1), s katerim ustvarimo podtlak do 600 mmHg, kar je približno 800 mbar ali 0,8 bar. Kontrolne kiretaže maternične votline po EA ne izvajamo (9). Na sliki 3 so prikazani pripomočki za EA. Pri RhD-negativnih ženskah apliciramo zaščitni odmerek humanega imunoglobulina anti-D (Rhesonativ 625 i. e./ml raztopina za injiciranje) po posegu (2). Smernice SZO navajajo, da pri trajanju nosečnosti manj kot 12 tednov ni treba testirati Rh-faktorja, niti ni treba aplicirati imunoglobulina anti-D. Testiranje Rh-faktorja in aplikacijo imunoglobulina anti-D je po priporočilih SZO treba izvajati le pri nosečnostih 12 tednov in več (9). Pri nas rutinsko določamo krvno skupino in RhD-faktor pred vsako prekinitvijo nosečnosti in vsem RhD-negativnim ženskam apliciramo imunoglobulin anti-D (2).



Slika 3: Pripomočki za izvedbo endometrijske aspiracije.

4.2 Kirurška UPN do 10. tedna nosečnosti

Za kirurško UPN od 8. do 10. tedna nosečnosti potrebujemo celoten zdravstveni tim. Poleg ginekologa in medicinske sestre ali tehnika na oddelku potrebujemo še anesteziologa, anesteziološko medicinsko sestro ali tehnika in operacijsko medicinsko sestro. Poseg izvedemo v splošni anesteziji (lahko se opravi tudi v paracervikalnem bloku

ali analgosedaciji), po posegu pacientko 3–4 ure opazujemo na oddelku. Pri ženskah, ki so prvič noseče, priporočamo predpripravo materničnega vratu z zdravili za lažjo dilatacijo materničnega vratu. Uporabimo 200–400 µg mizoprostola vaginalno približno 2 uri pred posegom ali gel PGE₂. SZO pa priporoča ta zdravila: mifepriston 200 mg per os 24–48 ur pred posegom, mizoprostol 400 µg sublingvalno 1–2 uri pred posegom ali mizoprostol 400 µg vaginalno ali bukalno 2–3 ure pred posegom. Smernice SZO odsvetujejo uporabo osmotskih dilatatorjev pri nosečnostih, ki trajajo manj kot 12 tednov (9). Sondiranja maternice ne priporočajo. Če ga že izvedemo, potem se ustavimo po prehodu skozi notranje maternično ustje. Za prekinitev nosečnosti do 10. tedna lahko uporabimo dilatacijo in kiretažo (D&C) ali dilatacijo in vakuumsko aspiracijo (D&VA). Druga metoda je varnejša (8). Maternični vrat najpogosteje razširimo z uporabo Hegarjevih dilatatorjev, ki si sledijo z naraščajočo debelino po pol milimetra. Maternični vrat dilatiramo do ustreznega premera, 8,5 ali 10,5 mm. Pri vstavljanju dilatatorjev se vedno ustavimo, takoj ko začutimo, da smo prestopili notranje maternično ustje (9).

Za izpraznitev maternične votline uporabimo kovinske kanile debeline 8 ali 10 mm, odvisno od trajanja nosečnosti. Z vakuumskim aspiratorjem ustvarimo podtlak do 600 mmHg. Kiretaža maternične votline pri prekinitvah nosečnosti z D&VA tudi pri nosečnostih do 10. tedna ni potrebna in jo odsvetujejo smernice SZO (3, 9). Na sliki 4 so prikazani instrumenti za izvedbo prekinitve nosečnosti do 10. tedna.



Slika 4: Instrumenti za izvedbo prekinitve nosečnosti do 10. tedna.

Pri RhD-negativnih ženskah moramo aplicirati zaščitni odmerek humanega imunoglobulina anti-D (Rhesonativ 625 i. e./ml raztopina za injiciranje) po posegu (1). Smernice Nacionalnega inštituta za odličnost v zdravstvu in oskrbi (ang. *National Institute for Health and Care Excellence Guidelines – NICE*) Združenega kraljestva priporočajo, da ob kirurški prekinitvi nosečnosti uporabimo antibiotično zaščito, in sicer doksiciklin 100 mg/12 ur sedem dni (11). Možna alternativa je tudi intravenozna aplikacija enkratnega odmerka širokospektralnega antibiotika ob samem posegu. V

Sloveniji uporabljamo: cefazolin 1 ali 2 g, amoksisicilin s klavulansko kislino 1,2 g ali klinedamicin 600–900 mg pri alergijah na penicilin. Smernice SZO priporočajo aplikacijo enkratnega odmerka antibiotika (nitroimidazoli, tetraciklini ali penicilini) pred ali med posegom pri vseh kirurških UPN ne glede na tveganje posameznice za pelvično vnetno bolezen (3, 9).

4.3 Kirurška UPN do 15. tedna

Prekinitev nosečnosti po 10. tednu običajno izvedemo z zdravili, kirurško prekinitev v tej višini nosečnosti izvajamo zelo redko. Do 12. tedna nosečnosti je tehnika enaka kot do 10. tedna, le da maternični vrat dilatiramo do 12,5 mm in uporabimo kovinsko kanilo debeline 12 mm. Pri višjih nosečnostih uporabimo metodo dilatacije in evakuacije maternične votline (D&E), po možnosti s predpripravo materničnega vratu. Smernice SZO pri nosečnostih, krajših od 12 tednov, svetujejo predpripravo materničnega vratu z zdravili (glej podpoglavje 4.2), pri nosečnostih, ki trajajo 12 tednov in več, pa lahko uporabimo osmotske dilatatorje, predpripravo z zdravili ali pa kombinacijo obeh režimov (9). Potrebujemo posebne prijemalke in klešče. Na sliki 5 so prikazani instrumenti za kirurško prekinitev nosečnosti do 15. tedna. Aplikacijo Rhesonativa pri RhD-negativnih ženskah svetujejo tudi smernice SZO pri kirurških UPM pri nosečnostih 12 tednov in več (3, 9). V Sloveniji rutinsko določamo krvno skupino in RhD-faktor pred vsako prekinitvijo nosečnosti in vsem RhD-negativnim ženskam apliciramo imunoglobulin anti-D (2). Smernice SZO priporočajo aplikacijo enkratnega odmerka antibiotika (nitroimidazoli, tetraciklini ali penicilini) pred ali med posegom pri vseh kirurških UPN ne glede na tveganje posameznice za pelvično vnetno bolezen (3, 9). Kiretažo maternične votline pri prekinitvah nosečnosti z D&VA tudi pri nosečnostih do 14. tedna smernice SZO odsvetujejo (3, 9).



Slika 5: Instrumenti za kirurško prekinitev nosečnosti do 15. tedna.

4.4 Kirurška UPN po 15. tednu

Pri tej višini nosečnosti napravimo običajno UPN z zdravili. Pri nosečnostih po 22. tednu je treba pred prekinitvijo nosečnosti napraviti feticid (12). Feticid naredimo zato, da plod med UPN oz. po ekstrakciji iz maternice ne kaže znakov življenja. Asistolijo ploda pri nas dosežemo z intrakardialno aplikacijo kalijevega klorida (KCl), ki jo izvedemo pod UZ-kontrolo na dan začetka UPN. KCl injiciramo v plodovo srce, uspešnost postopka potrdimo z odsotnostjo srčnih utripov ploda. Običajno apliciramo 2–10 ml dvomolarnega KCl (kalijev klorid B. Braun, 149 mg/ml konc. za razt. za inf. 20 ml), največji dovoljeni odmerek je 20 ml (12). Smernice SZO prav tako priporočajo intrakardialno ali intrafunikularno injekcijo 4–6 mEq KCl, vendar že pri nosečnostih po 20. tednu. Smernice SZO kot alternativo opisujejo še intraamnijsko ali intrafetalno injekcijo 1–2 mg digoksina, ki pa ni tako učinkovit kot KCl, je pa preprostejši za uporabo, saj ob aplikaciji ne potrebuje UZ-vodenja. Po smernicah SZO je mogoča še intrakardialna aplikacija 200–240 mg lidokaina (9).

Pri kirurških prekinitvah uporabimo metodo dilatacije in evakuacije maternične votline (D&E). Priporoča se predpriprava materničnega vratu, pri nas najpogosteje z mizoprostolom 400 µg vaginalno, bukalno ali per os (2). Smernice SZO priporočajo te možnosti: mifepriston 200 mg per os 24–48 ur pred posegom, mizoprostol 400 µg sublingvalno 1–2 uri pred posegom ali mizoprostol 400 µg vaginalno ali bukalno 2–3 ure pred posegom ali uporabo osmotskih dilatatorjev ali pa kombinacijo (osmotski dilatatorji, mifepriston in mizoprostol) (9). Kadar je potreben patomorfološki pregled ploda, je do 24. tedna mogoča še dilatacija in ekstrakcija ploda v celoti po dilataciji MV do 5 cm (D&X) (13).

5 Zapleti pri kirurški UPN

Med posegom lahko pride do poškodbe materničnega vratu, poškodbe maternice in poškodbe sosednjih organov, predvsem črevesa, sečnega mehurja in sečevodov (10). Do poškodb materničnega vratu pride pogosteje pri ženskah, ki so prvič noseče, do poškodb maternice in posledično tudi večjega tveganja za poškodbe sosednjih organov pa pri ženskah, ki so že rodile, in pri tistih, ki so imele predhodne kirurške posege na maternici, kot so carski rez, operacije miomov in zlasti adenomioze ter po korekciji prirojenih nepravilnosti maternice, vključno s histeroskopsko resekcijo septuma (14). Mogoči so tudi zapleti zaradi anestezije in anafilaktične reakcije zaradi uporabljenih zdravil. Po posegu lahko pride do hujše krvavitve, ki zahteva dodaten poseg, aplikacijo uterotonikov, aplikacijo preparatov železa in v hudih primerih transfuzijo krvi in krvnih komponent (10).

SZO ne priporoča rutinske uporabe uterotonikov ob kirurški UPN (9). Po priporočilih SZO se uterotoniki aplicirajo, če nam pri kirurški prekinitvi nosečnosti, ki

traja 14 tednov in več, ne uspe evakuirati vseh plodovih delov ali če se po kirurški prekinitvi nosečnosti pojavi hujša krvavitev iz nožnice. Priporočajo se uterotoniki (9):

- 400–600 µg mizoprostola sublingvalno ali bukalno,
- 0,2 mg metilergometrina oralno ali intramuskularno,
- infuzija 20 I.E oksitocina v 500 ml pet odstotne glukoze ali druge infuzijske tekočine.

Pri nas uporabimo običajno metilergometrin 0,2 mg/1 ml v ampuli (pol ampule apliciramo intramuskularno, pol pa intravenozno) ali pa 5–20 I.E. oksitocina (5 ali 10 I.E apliciramo v bolusu, preostalo pa razredčeno, v intravenozni infuziji).

Po posegu lahko pride do okužbe maternice in medenične vnetne bolezni. Vnetje maternice se najpogosteje zgodi zaradi nepopolne odstranitve tkiva iz maternice, medenično vnetje pa zaradi vnosa bakterij med posegom (10, 15). Znaki so pri obeh podobni: povišana telesna temperatura, bolečine v trebuhu, smrdeč izcedek. Zdravimo ju z antibiotiki peroralno ali intravenozno, odvisno od klinične slike in laboratorijskih vrednosti vnetnih parametrov (10, 15).

Če z UZ-preiskavo ugotovimo, da je tkivo zaostalo v maternici, je potreben ponoven poseg. Po smernicah SZO je nepopolni splav definiran kot prisotnost dilatiranega materničnega ustja in nadaljevanje krvavitve iz maternice ob ne popolnoma izpraznjeni maternični votlini (9). Smernice SZO pri klinično stabilnih bolnicah priporočajo spremljanje, ponoven poseg z vakuumsko aspiracijo (kiretažo odsvetujejo) ali zdravljenje z mizoprostolom 600 mikrogramov oralno ali 400 mg sublingvalno, vaginalno ali bukalno, odmerek lahko ponavljamo na tri ure (9).

Metoda izbora za zdravljenje zaostalega tkiva v maternici je tudi histeroskopija, če je na voljo. Če se izvede abrazija, je veliko večja nevarnost za trajne posledice oz. Ashermanov sindrom, kar pomeni tvorbo adhezij v maternični votlini ali celo popolno obliteracijo maternične votline. Glavni posledici Ashermanovega sindroma sta odsotna ali šibka menstruacija in posledična neplodnost. Ashermanov sindrom je zelo zahteven za zdravljenje in zdravljenje pogosto ni v celoti uspešno (16), zato se je treba izogibati grobe kiretaže maternice ob UPN in abrazije, če je po splavu ali porodu prisotno rezidualno tkivo (3, 9).

6 Kontrolni pregled po kirurški prekinitvi nosečnosti

Kot po vsakem kirurškem posegu je tudi po tem potreben kontrolni pregled pri izbranem ginekologu. Kontrolni pregled opravimo 2–4 tedne po posegu. Redko se zgodi, da kirurška UPN ni uspešna in se nosečnost nadaljuje. Takrat je potrebna ponovna prekinitiv nosečnosti – z zdravili ali kirurško. Na kontrolnem pregledu se tudi ugotovi, ali je v maternici zaostalo tkivo in ali je nastal t. i. placentarni polip. V teh primerih bolnico napotimo na histeroskopsko operacijo (17).

7 Zaključek

Kirurška UPN spada med temeljne ginekološke posege, čeprav jo sedaj redkeje izvajamo. Zelo pomembno je, da se naučimo varne tehnike, saj je noseča maternica zelo ranljiva. Nekateri zapleti pri in po posegu so lahko zelo resni, kot sta poškodba sosednjih organov ali nastanek Ashermanovega sindroma. Ashermanov sindrom je najhujši zaplet, saj ima lahko za posledico absolutno neplodnost.

Ključna sporočila

1. Kirurška **UPN je osnovni kirurški postopek**, ki se ga mora med specializacijo za poklic ginekologa in porodničarja naučiti vsak specializant.
2. V predoperativni pripravi moramo opraviti ultrazvok za natančno določitev višine nosečnosti in preveriti **pacientkino krvno skupino AB0 ter RhD-faktor**.
3. Kirurška UPN mora biti **izvedena pravilno in previdno**, saj je noseča maternica zelo ranljiva.
4. Ob kirurški UPN **se priporoča antibiotična** zaščita.

8 Literatura

1. World Health Organization. Abortion: Safety. Geneva: WHO; 2020. Dostopno na: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/abortion-safety>
2. Vogler A. Tehnike umetne prekinitev nosečnosti v 1. in 2. trimesečju nosečnosti. V: Pinter B, Pretnar-Darovec A, ur. Umetna prekinitev nosečnosti v Sloveniji: zbornik. I. spominski sestanek prof. dr. Lidije Andolšek-Jeras. Ljubljana: Ginekološka klinika, Klinični center; 2004. p. 25–8.
3. World Health Organization. Abortion care guideline. Geneva: WHO; 2022. Dostopno na: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>
4. Joffe C. Abortion in historical perspective. In: Lichtenverg S, Paul M, Borgatta L, Grimes D, Stubblefield P, eds. A clinicians guide to medical and surgical abortion. San Francisco: Churchill Livingstone, 1999:3–10.
5. Tomaževič T. Slovenski prispevek k zgodovini tehnike vakuumske aspiracije. Pinter B, Pretnar-Darovec A, ur. Umetna prekinitev nosečnosti v Sloveniji: zbornik. I. spominski sestanek prof. dr. Lidije Andolšek-Jeras. Ljubljana: Ginekološka klinika, Klinični center; 2004. p. 17–9.
6. Hedgeson JE: Abortion by vacuum aspiration. In: Hedgeson JE, ed: Abortion and Sterilization: Medical and Social Aspects. New Yourk: Grune & Stratton, 1981:225–40.
7. Cavic M, Tomazevic T. Advantages of vacuum aspiration. Med Razgledi. 1968;7:25–32.
8. Andolšek L. The Ljubljana abortion study 1971 – 73. Bethesda, MD: The National Institute of health. Center for population research. 1974.

9. World Health Organization. Clinical practice handbook for quality abortion care. Geneva: WHO; 2023. Dostopno na: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240075207>
10. Rebolj Stare M. Umetna prekinitev nosečnosti. V: Takač I, Geršak K, ur. Ginekologija in perinatologija, druga, prenovljena in dopolnjena izdaja. Maribor: Univerzitetna založba univerze v Mariboru; 2025. p. 190–4.
11. National Guideline Alliance (UK). Antibiotic prophylaxis for medical and surgical abortion: Abortion care: Evidence review D. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2019 Sep. (NICE Guideline, No. 140.) Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK561076/>
12. ND 0563 Izvedba feticida, selektivnega feticida ali fetoredukcija s kalijevim kloridom – Ko perinatologija. Dostopno v dokumentih EDS UKC Ljubljana.
13. Chasen ST, Kalish RB, Gupta M, Kaufman JE, Rashbaum WK, Chervenak FA. Dilation and evacuation at > or = 20 weeks: comparison of operative techniques. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;190:1180–3.
14. Dudhe SS, Waghulkar S, Mishra GV, Parihar P, Nimodia D. A Rare Occurrence of Uterine Perforation Following the Dilation and Curettage for Missed Abortion. *Cureus.* 2024;16(9):e70079.
15. Jančar N. Vnetja ženskih spolovil in pelvična vnetna bolezen. V: Takač I, Geršak K, ur. Ginekologija in perinatologija, druga, prenovljena in dopolnjena izdaja. Maribor: Univerzitetna založba univerze v Mariboru; 2025. p148–58.
16. Drobnič S. Ashermanov sindrom in druga znotrajmaternična patologija. V: Vogler A, Vrtačnik Bokal E, ur. IX. spominski sestanek akad. prof. dr. Lidije Andolšek-Jeras. Kirurško zdravljenje neplodnosti. Ljubljana: Slovensko društvo za reproduktivno medicino; 2013. p. 56–60.
17. Foreste V, Gallo A, Manzi A, Riccardi C, Carugno J, Sardo ADS. Hysteroscopy and Retained Products of Conception: An Update. *Gynecol Minim Invasive Ther.* 2021;10(4):203–9.

ZDRAVILA ZA UMETNO PREKINITEV NOSEČNOSTI Z ZDRAVILI

PRIMOŽ CIGLAR, SAŠO DROBNIČ

Izvleček

Umetna prekinitev nosečnosti (UPN) z zdravili, kot sta mifepriston in mizoprostol, pomeni pomembno izbiro za varno in učinkovito umetno prekinitev nosečnosti. Razvoj teh zdravil sega v sredino prejšnjega stoletja, ko so z uporabo naravnih prostaglandinov uredili njihove abortivne lastnosti. Ključni korak k varnejši in učinkovitejši UPN z zdravili je bil razvoj kemično stabilnih prostaglandinskih analogov in antagonista progesterona – mifepristona. Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) za UPN z zdravili priporoča uporabo mifepristona, mizoprostola in letrozola kot učinkovite možnosti za UPN z zdravili, ki se uporabljajo samostojno ali v kombinaciji. Slovenija je bila ena izmed držav, ki so sodelovale pri razvoju protokola UPN z zdravili z mifepristonom in mizoprostolom v okviru raziskav SZO v Sodelujočem centru za klinične raziskave v humani reprodukciji, ki je deloval na Ginekološki kliniki UKC Ljubljana. Na podlagi objavljenih smernic SZO smo leta 2004 v Sloveniji uvedli protokol, ki je pomembno prispeval k boljši in varnejši oskrbi pacientk ter bistveno izboljšal dostop do učinkovitih in varnih metod UPN. V primerjavi s kirurško prekinitvijo je UPN z zdravili manj invazivna, varnejša in uspešna v več kot 95 odstotkih. Pomembno je poznati indikacije, kontraindikacije, mehanizme delovanja, farmakokinetiko, protokole zdravljenja ter spremljanje in obvladovanje neželenih učinkov za optimalno obravnavo pacientk.

Učni cilji

- Predstaviti **razvoj zdravil za UPN z zdravili**.
- Opisati **mehanizme delovanja, farmakokinetiko in klinične protokole** uporabe mifepristona, mizoprostola in letrozola.
- Poudariti **pomembne indikacije, kontraindikacije, neželene učinke in varnostne ukrepe** pri medikamentozni prekinitvi nosečnosti.

1 Uvod

Umetna prekinitev nosečnosti (UPN) z zdravili se je v zadnjih desetletjih uveljavila kot ena najvarnejših, najučinkovitejših in do žensk prijaznih metod za prekinitev nosečnosti. Kombinacija dveh učinkovin – mifepristona, antagonista progesteronskih

receptorjev, in mizoprostola, analoga prostaglandina E_1 – je uveljavljena shema za UPN z zdravili. Skupaj z vakuumsko aspiracijo sta to enakovredni metodi, ki ju Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) priporoča kot varni in učinkoviti možnosti za umetno prekinitev nosečnosti. V državah, v katerih mifepriston ni dostopen, SZO kot varno alternativo priporoča letrozol, zaviralec aromataze, ki v kombinaciji z mizoprostolom omogoča visoko učinkovitost prekinitve nosečnosti. SZO v svojih najnovejših tehničnih priporočilih iz leta 2022 poudarja, da morajo biti vse tri učinkovine dostopne kot del osnovne zdravstvene oskrbe (1). V osemdesetih letih prejšnjega stoletja smo na Ginekološki kliniki Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana kot Sodelujoči center za klinične raziskave v humani reprodukciji pri SZO začeli tudi pri nas preizkušati mifepriston (2) in po letu 2000 tako prispevali k razvoju protokolov za UPN z zdravili (3). Na podlagi smernic SZO je bila UPN z zdravili leta 2004 uvedena na Ginekološki kliniki UKC Ljubljana, nato pa se je z izobraževanji zdravstvenih delavcev leta 2010 (4), 2012 in 2016 razširila po celi Sloveniji.

2 Zgodovina in razvoj zdravil za UPN

Prve učinkovine za UPN z zdravili so opisali po letu 1950. Med prvimi je bil aminopterin, antagonist folne kisline, njegov razvoj pa so hitro opustili zaradi izrazite toksičnosti. V sedemdesetih letih prejšnjega stoletja so raziskave potrdile učinkovitost prostaglandinov pri indukciji splava v zgodnji nosečnosti, predvsem prostaglandina E_2 (PGE_2) in $F_{2\alpha}$ ($PGF_{2\alpha}$). Uporaba prvih sintetičnih prostaglandinskih analogov je bila omejena zaradi hudih neželenih učinkov, predvsem gastrointestinalnih težav in bolečin v trebuhu. Ščasoma so razvili kemijsko stabilnejše in varnejše analoge z bolj specifičnim delovanjem na miometrij in blažjimi stranskimi učinki, kar je omogočilo širšo klinično uporabo. Med prvimi takšnimi zdravili je bil sulproston, ki so ga zaradi resnih stranskih učinkov, vključno z akutnim miokardnim infarktom pri nosečnicah, hitro umaknili s trga. Njegov naslednik, gemeprost, ima boljši varnostni profil, vendar je zaradi termolabilnosti manj primeren za širšo uporabo (3–6).

Na začetku devetdesetih let so raziskovalci v Franciji in Veliki Britaniji dokazali učinkovitost mizoprostola pri indukciji splava, predvsem v kombinaciji z mifepristonom. Glavne prednosti mizoprostola so termostabilnost, nizka cena ter več načinov aplikacije. Pri prekinitvi nosečnosti z zdravili se po priporočilih SZO mizoprostol uporablja predvsem peroralno in vaginalno (3–6). Francija je bila prva država, ki je leta 1988 odobrila uporabo mifepristona za prekinitev zgodnje nosečnosti, a so jo zaradi političnih pritiskov začasno ustavili. Po obsežnih raziskavah, ki so potrdile varnost in učinkovitost, so na zahtevo javnosti ponovno uvedli uporabo mifepristona. Kmalu zatem so zdravilo registrirale tudi druge države, med njimi so Švedska, Velika Britanija, Nemčija, Kitajska in leta 2000 ZDA (3–6).

2.1 Uvedba UPN z zdravili v Sloveniji

Ginekološka klinika UKC Ljubljana je kot del multicentrične študije SZO sodelovala pri razvoju protokola za UPN z mifepristonom in mizoprostolom, ki smo ga v Sloveniji uvedli leta 2004 (2–4). Ob uvedbi nove metode mifepriston in mizoprostol v Sloveniji še nista bila registrirana, zato sta bila uvožena kot nujno potrebni zdravili (mizoprostol kot zdravilo Cytotec 200 µg za neregistrirano rabo in mifepriston kot Mifegyne 200 mg za registrirano rabo), kar je omogočilo njuno klinično uporabo. Pozneje sta bila registrirana mifepriston kot Mifegyne 200 mg leta 2014 (7, 8) in mizoprostol kot Topogyne 400 µg leta 2019 (7, 9).

3 Opis zdravil

3.1 Mifepriston

Mifepriston (RU-486, razvojna oznaka za mifepriston, poimenovana po farmacevtskem podjetju Roussel-Uclaf, v katerem je bila učinkovina razvita) je sintetični steroid in derivat noretindrona, ki se razlikuje od drugih modulatorjev progesteronskih receptorjev po tem, da je močen antiprogestogen. Deluje kot kompetitivni antagonist progesteronskih receptorjev, hkrati pa vpliva tudi na glukokortikoidne in androgene receptore, čeprav je učinek pri zadnjih dveh, v terapevtskem odmerku 200 mg, klinično zanemarljiv (1, 8, 9).

3.1.1 Mehanizem delovanja

Vezava mifepristona na progesteronske receptore preprečuje aktivacijo progesterona, kar vodi do razgradnje decidualnega tkiva, mehčanja materničnega vratu ter povečane občutljivosti miometrija za učinke prostaglandinov. Ta učinek omogoča v kombinaciji z mizoprostolom lažji iztis nosečnostnega tkiva (1, 8, 9).

3.1.2 Farmakokinetika

Mifepriston se hitro absorbira po peroralni uporabi in doseže najvišjo plazemsko koncentracijo v 1–2 urah. Bruhanje v prvih 45 minutah po zaužitju lahko zmanjša učinkovitost zdravila, zato je v takih primerih priporočena ponovna aplikacija. V jetrih se z encimom CYP3A4 metabolizira v aktivne presnovke, ki se vežejo na plazemske beljakovine (94–99 %), predvsem na alfa-1-kisli glikoprotein, kar omogoča stabilne koncentracije zdravila ne glede na odmere. SZO za umetno prekinitev nosečnosti z zdravili priporoča odmerke 200 mg, saj je ta enako učinkovit in hkrati cenovno ugodnejši kot večji odmerki (do 800 mg) (1, 8, 9). Večina presnovkov se izloči z blatom (90 %), manjši del pa z urinom (10 %). Razpolovna doba mifepristona je 83–90 ur, kar zagotavlja dolgotrajen učinek po enkratnem odmerku (1, 8, 9).

3.1.3 Neželeni učinki

Pacientke mifepriston dobro prenašajo. Najpogostejši neželeni učinki so slabost, utrujenost, krči in zmerna krvavitev iz nožnice. Pogoste so prebavne težave (bruhanje, driska), glavobol, omotica in blago povišana telesna temperatura. Resna krvavitev se pojavi pri približno 5 odstotkih žensk in le redko zahteva hemostatsko abrazijo (v približno 1,4 %) (8, 9). V literaturi so opisani posamezni primeri hudo potekajočih septičnih okužb, zlasti s *Clostridium sordellii*. Poznejše študije in poročila ameriškega Centra za nadzor in preprečevanje bolezni (ang. Centers for Disease Control and Prevention – CDC) so potrdile, da so to izjemno redki zapleti, ki niso povezani z delovanjem samega zdravila (10).

3.1.4 Interakcije

Induktorji encima CYP3A4 (rifampicin, karbamazepin, barbiturati, glukokortikoidi) pospešijo presnovo in s tem zmanjšajo učinkovitost mifepristona. Inhibitorji CYP3A4 (ketokonazol, eritromicin, kloramfenikol, spironolakton, sok grenivke) upočasnijo presnovo in povečajo serumske koncentracije ter s tem tveganje za neželene učinke (1, 8, 9).

3.1.5 Dojenje

Mifepriston se v nizkih koncentracijah izloča v materino mleko. Med uporabo zdravila je priporočljivo dojenje začasno prekiniti in ga nadaljevati dva dni po zaužitju zdravila (4, 8, 9).

3.1.6 Teratogenost

Podatki o teratogenosti mifepristona pri ljudeh so omejeni. Francoska prospektivna študija je pri dveh od 38 novorojenčkov, rojenih po neuspešni prekinitvi nosečnosti z mifepristonom, opisala Hornerjev sindrom (okvara simpatičnega oživčenja obraza, ki se klinično kaže s ptozo, miozo, anhidrozo in enoftalmusom na eni strani obraza). Vzročna povezava med izpostavljenostjo mifepristonu in sindromom ni bila dokazana (11). Na voljo so le omejeni podatki iz študij na primatih, ki pa niso neposredno prenosljivi na človeka. Trenutni dokazi ne kažejo povečanega tveganja za prirojene nepravilnosti (4, 8, 9).

3.1.7 Indikacije za uporabo mifepristona

Mifepriston se v ginekologiji in porodništvu uporablja za:

- indukcijo splava v prvem in drugem trimesečju nosečnosti (v kombinaciji z analogi prostaglandinov (PG));
- zorenje materničnega vratu pred operativnimi posegi (600 mg 36–48 ur pred posegom);
- indukcijo poroda pri mrtvem plodu (4, 8).

3.1.8 Kontraindikacije

Kontraindikacije za rabo mifepristona so:

- nepotrjena nosečnost;
- sum na zunajmaternično nosečnost;
- kronična odpoved nadledvične žleze;
- dolgotrajna kortikosteroidna terapija;
- znana alergija na mifepriston ali druge učinkovine pripravka;
- huda astma, neobvladljiva z zdravili;
- prirojena porfija (4, 8).

Posebna previdnost velja za pacientke z:

- odpovedjo ledvic;
- odpovedjo jeter;
- dojenjem;
- podhranjenostjo (4, 8).

V Sloveniji je mifepriston za UPN z zdravili in uporabo v ginekologiji in porodništvu registriran pod imenom Mifegyne 200 mg tablete® (8). Osnovno odmerjanje mifepristona za UPN je registrirano glede na originalni francoski protokol UPN z zdravili, po katerem je bila izvedena registracija zdravila v Evropi. V tem protokolu se uporabljajo večji odmerki mifepristona in manjši odmerki mizoprostola peroralno. V večini držav sveta uporabljamo z dokazi podprt protokol SZO (12), tudi v Sloveniji.

3.2 Mizoprostol

Mizoprostol spada med sintetične analoge prostaglandinov PGE₁. Mizoprostol je bil razvit kot zdravilo za preprečevanje razjed na dvanajstniku ob dolgotrajni terapiji z nesteroidnimi antirevmatiki. Stranski učinek mizoprostola je indukcija dozorevanja materničnega vratu in povečana krčljivost maternice. Na podlagi z dokazi podprte medicine se je začel uporabljati tudi kot zdravilo za UPN z zdravili. Dostopen je v številnih državah sveta, večinoma je registriran za preprečevanje razjed v prebavilih v obliki tablet s 25–200 µg mizoprostola (npr. Cytotec ali Cyprostol, ki v Sloveniji nista registrirani) ali za indukcijo poroda. Lahko se uporablja neregistrirano za UPN z zdravili (4). V Evropi in tudi v Sloveniji je mizoprostol registriran posebej za UPN z zdravili in pripravo materničnega vratu v pripravku Topogyne 400 µg (7).

V ginekologiji in porodništvu se poleg mizoprostola uporabljajo še drugi sintetični analogi prostaglandinov, kot sta PGE₂ (dinoproston) in PGF_{2α} (karboprost). Med temi je mizoprostol prva izbira pri UPN z zdravili zaradi najboljšega farmakološkega profila (3, 4, 9, 11, 13). PGE₂ se najpogosteje uporablja pri indukciji poroda, saj povzroča dilatacijo materničnega vratu in manj izrazite krče miometrija. PGF_{2α} se uporablja

predvsem za zdravljenje poporodnih krvavitev, a zaradi izrazitih gastrointestinalnih neželenih učinkov (slabost, bruhanje, driska) ni primeren za rutinsko uporabo pri prekinitvi nosečnosti (3, 4, 9, 11, 13).

3.2.1 *Mehanizem delovanja*

Mizoprostol deluje kot sintetični analog PGE₁, ki z vezavo na receptorje prostaglandina E (EP1-4) v gladkih mišicah maternice poveča vtok kalcijevih ionov, kar sproži krče miometrija in mehčanje materničnega vratu (3, 4, 9, 11, 13).

3.2.2 *Farmakokinetika*

Po absorpciji se mizoprostol hitro pretvori v aktivno obliko z razpolovno dobo 20–40 minut, kar zahteva večkratni odmerek. Če pacientka bruha v 30 minutah po zaužitju tablete, je priporočljivo, da vzame dodatno tableto (9, 11, 13). Absorpcija je odvisna od načina aplikacije, kar je prikazano v tabeli 1. Vaginalna uporaba ima najboljše farmakokinetični in varnostni profil, zato je najpogostejše priporočena pri UPN z zdravili (1, 3, 4, 9).

Tabela 1: Absorpcija mizoprostola glede na način aplikacije (1, 8, 12, 14).

Tip aplikacije	Čas do maksimalnega učinka	Trajanje učinka	Pogostost neželenih učinkov (%)
Peroralno (PO)	~30 minut	3–6 ur	Slabost 70 %, bruhanje 44 %, driska 36 %
Sublingvalno (SL)	~30 minut	4–6 ur	Pogostejši vročina in mrzlica
Bukalno (BU)	67 min (prvi krči), 90 min (maksimalni učinek)	4–6 ur	Manj prebavnih težav kot pri PO in SL
Vaginalno (VAG)	~98 minut	5–6 ur	Slabost 60 %, bruhanje 31 %, driska 18 %

Rektalna aplikacija mizoprostola se uporablja predvsem za zdravljenje poporodnih krvavitev v okoljih, v katerih sintetični uterotoniki, kot sta oksitocin in metilergometrin, niso na voljo (1, 8, 11, 13). Ta način aplikacije je praktičen ob močni vaginalni krvavitvi, saj zagotavlja primerljivo absorpcijo kot vaginalna uporaba, a povzroča manj neželenih učinkov. Učinek na ustavitev krvavitve nastopi hitro – v približno treh minutah (15, 16).

Izločanje mizoprostola poteka predvsem skozi jetra in prebavni trakt. Približno 1 odstotek aktivne oblike se izloči z urinom, zato ni potrebna prilagoditev odmerka pri ledvični insuficienci, razen pri bolnicah na dializi (9, 11, 13).

3.2.3 Neželeni učinki

Najpogostejši neželeni učinek je abdominalna bolečina, ki se pojavi predvsem v prvih štirih urah po aplikaciji in je posledica krčenja maternice. Za lajšanje bolečin se priporočajo nesteroidna protivnetna zdravila (ang. *non-steroidal anti-inflammatory drugs* – NSAIDs), ki ne vplivajo na učinkovitost postopka. Pogosto so prisotni tudi slabost, bruhanje, driska, omotica, glavobol, mrzlica in močnejše krvavitve. Za obvladovanje slabosti in bruhanja priporočajo uporabo antiemetikov (1, 9, 11, 13).

3.2.4 Interakcije

Mizoprostol nima znanih interakcij z drugimi zdravili, ker se ne presnavlja s citokromom P450. Sočasno zaužitje z antacidi ali hrano lahko nekoliko zmanjša njegovo peroralno biološko uporabnost (11, 13).

3.2.5 Dojenje

Po peroralni uporabi doseže mizoprostol v materinem mleku približno tretjino plazemskih koncentracij. Zaradi kratke razpolovne dobe se koncentracija hitro zmanjša, zato lahko doječe matere ponovno dojijo šest ur po vaginalni aplikaciji mizoprostola ali štiri ure po zadnji zaužiti tableti mizoprostola (4).

3.2.6 Teratogenost

Mizoprostol je povezan z razvojnimi nepravilnostmi ploda, vključno s skeletnimi anomalijami in Moebiusovim sindromom, za katerega je značilna eno- ali obojestranska pareza šestega in sedmega možganskega živca, ki so ji pridružene še nepravilnosti obraza in udov, lahko so prisotne duševna manjrazvitost ter težave z motoričnim razvojem (17). Podatki kažejo, da je tveganje za nepravilnosti po izpostavljenosti mizoprostolu približno enoodstotno, zato pacientkam svetujemo dokončanje že začete prekinitve nosečnosti (13).

3.2.7 Indikacije za uporabo mizoprostola

Mizoprostol se v ginekologiji in porodništvu uporablja za (3, 4, 9):

- medikamentozno prekinitve nosečnosti – UPN z zdravili v prvem in drugem trimesečju, samostojno ali v kombinaciji z mifepristonom;
- predoperativno mehčanje materničnega vratu (400 µg vaginalno ali sublingvalno);
- zdravljenje zadržanega splava (800 µg vaginalno ali 600 µg sublingvalno);
- zdravljenje nepopolnega splava (600 µg peroralno);
- indukcijo poroda pri intrauterini smrti ploda (20–25 µg);
- indukcijo poroda (25–50 µg vaginalno ali oralno);
- preprečevanje in zdravljenje poporodnih krvavitev (600 µg oralno, sublingvalno, rektalno).

3.2.8 Kontraindikacije

Kontraindikacije za rabo mizoprostola (3, 4, 9):

- znana alergija na prostaglandine;
- sum na zunajmaternično nosečnost;
- neopredeljene adneksalne mase;
- hemodinamska nestabilnost pri srčnih boleznih.

Posebna previdnost velja za pacientke (3, 4, 9):

- z molarno nosečnostjo;
- z motnjami strjevanja krvi;
- z antikoagulantnimi zdravili;
- kadilke, starejše od 35 let;
- z anemijo ($Hb < 100 \text{ g/l}$);
- s srčnimi boleznimi in hipotenzijo;
- z vstavljenim materničnim vložkom, ki ga je treba pred začetkom UPN z zdravili odstraniti;
- po predhodnih operacijah na maternici (carski rez, miomektomija);
- po petih ali več porodih;
- ki dojijo.

V Sloveniji je mizoprostol za UPN z zdravili in pripravo materničnega vratu registriran pod imenom Topogyne 400 µg tablete*. Osnovno odmerjanje in način aplikacije mizoprostola za UPN sta registrirana glede na originalni francoski protokol UPN z zdravili, po katerem je bila izvedena registracija zdravila v Evropi (9). V tem protokolu se uporabljajo večji odmerki mifepristona in manjši odmerki mizoprostola peroralno (9). V večini držav sveta, tudi v Sloveniji, uporabljamo z dokazi podprt protokol SZO (12).

3.3 Letrozol

SZO v svojih priporočilih iz leta 2023 navaja letrozol kot alternativo mifepristonu v državah, v katerih je ta prepovedan. Njegova uporaba za prekinitve nosečnosti je nenamenska (ang. *off-label use*), saj je registriran za zdravljenje hormonsko odvisnega raka dojke pri menopavznih ženskah in za stimulacijo ovulacije pri ženskah v rodni dobi (1, 18).

3.3.1 Mehanizem delovanja

Letrozol je inhibitor encima aromataze, ki pretvarja androgene v estrogene. Z zaviranjem aromataze se zniža koncentracija estrogena, kar povzroči zmanjšanje transkripcije in izražanja progesteronskih receptorjev v endometriju, s čimer moti progesteronsko vzdrževanje nosečnosti in vodi v njeno prekinitve (1, 18).

3.3.2 Farmakokinetika

Letrozol se peroralno dobro absorbira neodvisno od vnosa hrane, z biološko uporabnostjo več kot 90 odstotkov. Je visoko lipofilna molekula, ki se veže na beljakovine v plazmi. Presnova poteka v jetrih z encimom CYP2A6, ob tem pa nastajajo manj aktivni presnovki. Razpolovna doba je približno dva dni, večinoma se izloča z urinom, v manjšem delu z blatom (1, 11, 18).

3.3.3 Klinična uporaba letrozola pri UPN z zdravili

Letrozol se uporablja kot alternativa mifepristonu v okoljih, v katerih slednji ni dostopen. Študije so pokazale, da je kombinacija letrozola in mizoprostola uspešna v 92 odstotkih pri prekinitvi nosečnosti do 63. dne nosečnosti. Kratkotrajno jemanje letrozola ne povzroča neželenih učinkov (1, 11, 18).

4 Učinkovitost UPN z zdravili

Učinkovitost UPN z zdravili je odvisna od izbrane kombinacije zdravil, njihovega mehanizma delovanja in višine nosečnosti. SZO v svojih zadnjih smernicah iz leta 2022 (1) in povzetku iz leta 2023 priporoča uporabo mifepristona v kombinaciji z mizoprostolom, letrozola z mizoprostolom ali mizoprostola v monoterapiji, saj so to najvarnejši režimi (12). Protokoli UPN z zdravili so predstavljeni v drugih poglavjih tega učbenika.

Večina podatkov o uspešnosti UPN z zdravili zajema nosečnosti do 70. dne, uspešnost pri višjih gestacijah pa po podatkih iz literature ni bistveno manjša (1, 14, 19). Najučinkovitejša je kombinacija mifepristona in mizoprostola, z njo pa prekinemo nosečnost v 95–98 odstotkih primerov. Po dodatku mizoprostola splavi 70 odstotkov pacientk v dveh urah, nad 93 odstotkov v štirih in več kot 95 odstotkov v šestih urah (3, 5, 19). Samostojna uporaba mifepristona je klinično manj učinkovita, saj ne sproži popadkov in v študijah dosega od 60- do 80-odstotno uspešnost. V praksi po aplikaciji mifepristona pred dodatkom mizoprostola pride do spontane prekinitve nosečnosti le v približno 4 odstotkih primerov (4, 8). Mizoprostol je v monoterapiji uspešen v 85–90 odstotkih (1). Zadnje smernice SZO omenjajo tudi kombinacijo letrozola in mizoprostola kot varno in učinkovito alternativo, ki dosega do 92-odstotno uspešnost pri prekinitvi nosečnosti do 63. dne gestacije. Pomembna je v državah z omejenim dostopom do mifepristona (1, 12).

5 Zaključek

UPN z zdravili je varna, učinkovita in široko uveljavljena metoda za UPN. Njena uvedba v Sloveniji leta 2004 temelji na sodelovanju pri razvoju mednarodnih smernic v sklopu SZO in je pomembno prispevala k večji dostopnosti ter kakovosti oskrbe žensk

v naši državi. Kombinacija mifepristona in mizoprostola ostaja najzanesljivejši režim, medtem ko je letrozol v kombinaciji z mizoprostolom pomembna alternativa v okoljih z omejenim dostopom do mifepristona. Ključna sta strokovno znanje izvajalcev in ustrezna podpora pacientkam. UPN z zdravili omogoča manj invaziven pristop, večjo avtonomijo žensk in zmanjšuje potrebo po kirurških posegih, zato ostaja osrednji del sodobne, do ženske prijazne zdravstvene oskrbe.

Ključna sporočila

1. Kombinacija **mifepristona in mizoprostola je najučinkovitejša metoda** za UPN z zdravili.
2. Odmerjanje **mizoprostola prilagodimo glede na trajanje nosečnosti in individualne dejavnike**.
3. **Letrozol je pomembna alternativa** v okoljih, v katerih mifepriston ni na voljo.
4. **Slovenija** je ena izmed držav, ki so sodelovale pri pripravi smernic za UPN z zdravili in ki jih je že **zgodaj uvedla** v skladu s priporočili SZO.
5. **Strokovno znanje in ohranjanje dostopa do varne UPN z zdravili** sta ključna za zaščito reproduktivnega zdravja žensk.

6 Literatura

1. World Health Organization. Abortion care guideline. Geneva: WHO; 2022. Dostopno na: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>
2. Pinter B, Pretnar-Darovec A, Vogler A, Taneska P. Sodobni vidiki umetne prekinitve nosečnosti. V: Takač I, ur. 50 let načrtovanja družine v Mariboru: mednarodni znanstveni simpozij 15. 6. 2007. Maribor: Univerzitetni klinični center; 2007. p. 299-311.
3. Drobnič S, Pretnar-Darovec A. Naše izkušnje z abortivno tableto (RU 486) – medikamentna UPN v 1. trimesečju nosečnosti. V: Pinter B, Pretnar-Darovec A, ur. Umetna prekinitve nosečnosti v Sloveniji. Ljubljana: SPS Ginekološka klinika, Klinični center Ljubljana; 2004. Str. 35–7.
4. Pinter B. Predstavitev zdravil za prekinitve nosečnosti. V: Tul Mandić N, Štolfa Gruntar A, ur. Prekinitve nosečnosti z zdravili v 1. in 2. trimesečju nosečnosti: zbornik. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino; 2010. Str. 1–7.
5. Creinin MD, Chen MJ. Mifepristone and misoprostol regimens for early medical abortion. Contraception. 2016;93(3):197–8. Dostopno na: Regimens of misoprostol with mifepristone for early medical abortion: a randomised trial - Shannon - 2006 - BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology - Wiley Online Library.
6. Pretnar-Darovec A, Drobnič S. Abortivna tableta. Zdrav Vestn. 2002;71(5):307–9. Dostopno na: <https://>

www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-HHBQEKRQ

7. Javna agencija za zdravila in medicinske pripomočke. Vsa zdravila v obliki Excel. Ljubljana: Republika Slovenija. Dostopno na: <https://www.cbz.si>
8. Centralna baza zdravil. Mifegyne 200 mg tablete: Povzetek glavnih značilnosti zdravila 2024. Dostopno na: [https://www.cbz.si/cbz/bazazdr2.nsf/0/93DCAF1A4346B7F4C1257BDA008317EA/\\$File/s-029148.pdf](https://www.cbz.si/cbz/bazazdr2.nsf/0/93DCAF1A4346B7F4C1257BDA008317EA/$File/s-029148.pdf)
9. Centralna baza zdravil. Topogyne 400 mikrogramov tablete: Povzetek glavnih značilnosti zdravila. 2024. Dostopno na: [http://www.cbz.si/zzzs/pao/bazazdr2.nsf/0/E2EAA1D96F91785CC1257BDA00831809/\\$File/s-029223.pdf](http://www.cbz.si/zzzs/pao/bazazdr2.nsf/0/E2EAA1D96F91785CC1257BDA00831809/$File/s-029223.pdf)
10. Gynuity Health Projects. Fatal infection and mifepristone medical abortion: Technical version [Internet]. New York: Gynuity Health Projects. Dostopno na: FAQs on Sepsis and Mifepristone Medical Abortion.
11. Soon JA, Costescu D, Guilbert E. Medications used in evidence-based regimens for medical abortion: an overview. *J Obstet Gynaecol Can.* 2016;38(7):636–45.
12. World Health Organization. Clinical practice handbook for quality abortion care. Geneva: WHO; 2023. Dostopno na: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240075207>
13. Allen R, O'Brien BM. Uses of misoprostol in obstetrics and gynecology. *Rev Obstet Gynecol.* 2009;2(3):159–68.
14. Macnaughton H, Nothnagle M, Early J. Mifepristone and misoprostol for early pregnancy loss and medication abortion. *Am Fam Physician.* 2021;103(8):473–80. PMID: 33856168.
15. O'Brien P, El-Refaey H, Gordon A, Geary M, Rodeck CH. Rectally administered misoprostol for the treatment of postpartum hemorrhage unresponsive to oxytocin and ergometrine: a descriptive study. *Obstet Gynecol.* 1998 Aug;92(2):212–4.
16. Çaliskan E, Aykan B, Öztürk N, Dilbaz B, Dilbaz S, Haberal A. Is Rectally or Orally Administered Misoprostol and Oxytocin Combination More Effective in Prevention of Postpartum Hemorrhage When Compared With Oxytocin Alone?. *J Turk Ger Gynecol Assoc.* 2003 Dec;4(4):38–44.
17. Šervicl-Kuchler D. Moebiusov sindrom in anestezija - klinični primer. *Zdrav Vestn.* 2005;74(2):75–7. Dostopno na: <http://www.dlib.si/?URN=URN:NBN:SI:doc-SHLPSWKD>
18. Centralna baza zdravil. Femara 2,5 mg filmsko obložene tablete: Povzetek glavnih značilnosti zdravila. 2024. Dostopno na: [https://www.cbz.si/cbz/bazazdr2.nsf/0/7FC827225602A70BC12579C2003F544B/\\$File/s-029301.pdf](https://www.cbz.si/cbz/bazazdr2.nsf/0/7FC827225602A70BC12579C2003F544B/$File/s-029301.pdf)
19. American College of Obstetricians and Gynecologists. Medication abortion up to 70 days of gestation. ACOG Practice Bulletin No. 225. *Obstet Gynecol.* 2020;136:e31–47.

UMETNA PREKINITEV NOSEČNOSTI Z ZDRAVILI V PRVEM TRIMESEČJU NOSEČNOSTI

TINA KUNIČ PIRŠ, URŠA BENČINA

Izvleček

V Sloveniji je svobodno odločanje o rojstvu otrok ustavna pravica, kar vključuje tudi pravico do umetne prekinitve nosečnosti (UPN). Do 10. tedna nosečnosti se le-ta opravi na zahtevo ženske. Postopek UPN se začne s pregledom pri izbranem osebnem ginekologu. V Sloveniji je dostopnost do ultrazvočnega pregleda dobra in ne omejuje dostopnosti do UPN, kljub temu ultrazvočni pregled pri zelo zgodnji UPN z zdravili ni obvezen. Seznanjanje ženske z metodo UPN z zdravili je obvezno in mora vsebovati podatke o poteku UPN, mogočih zapletih in kontracepciji. Svetovanje pa je vedno neobvezno, izvaja ga za to usposobljena oseba. Tako pri seznanjanju kot pri svetovanju predstavimo vse ustrezne možnosti, prilagojene potrebam posameznika, pri tem pa se izogibamo vsiljevanju osebnih vrednot in prepričanj. Večina svetovnih zdravstvenih združenj za protokol UPN z zdravili v prvem trimesečju priporoča mifepriston v kombinaciji z mizoprostolom. UPN z zdravili v prvem trimesečju lahko ženska varno opravi v bolnišničnem ali domačem okolju z ustrezno podporo telemedicine, kar v zadnjih letih vedno pogosteje uporabljamo tudi v Sloveniji. Izbrani osebni ginekolog na kontrolnem pregledu potrdi uspešnost UPN. Zelo zgodnjo UPN z zdravili lahko opravimo, če je višina nosečnosti manj kot šest tednov, z ultrazvokom pa znotrajmaternična nosečnost še ni vidna. V tem primeru z meritvami hCG (humani horiogonadotropin) v krvi potrdimo uspešnost prekinitve in tako izključimo zunajmaternično nosečnost. Zapleti pri UPN z zdravili, kot so potreba po transfuziji, okužba in neuspela UPN, so redki. V Sloveniji je področje UPN dobro zakonsko urejeno, na nas, izvajalcih reproduktivnega zdravstvenega varstva, pa je, da je UPN učinkovita, dostopna, sprejemljiva, osredotočena na žensko, pravična in varna tudi v praksi.

Učni cilji

- **Poznati postopek** umetne prekinitve nosečnosti z zdravili v prvem trimesečju v Sloveniji in **razlike med priporočili posameznih zdravstvenih organizacij**.
- Poznati **protokol in način sledenja pri zelo zgodnji** umetni prekinitvi nosečnosti.
- Poznati **priporočila glede analgetične terapije, antibiotične zaščite ter zaščite z imunoglobulinom anti-D** ob umetni prekinitvi nosečnosti z zdravili v prvem trimesečju.

1 Uvod

V Sloveniji je svobodno odločanje o rojstvu otrok ustavna pravica (1). Opredeljuje jo Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok (ZZUUP). Med zdravstvene ukrepe, s katerimi se po tem zakonu uravnava rojstvo otrok, uvrščamo tudi umetno prekinitev nosečnosti (UPN). UPN je medicinski postopek, ki se opravi na zahtevo nosečnice, če nosečnost ne traja več kot 10 tednov. Če je trajanje nosečnosti več kot 10 tednov, o zahtevi nosečnice odloča Komisija I. stopnje za UPN (2). Varna UPN je ključni del spolnega in reproduktivnega zdravja ter pravic žensk, na kar opozarjajo številne zdravstvene organizacije na področju reproduktivnega zdravja (3–5).

2 Postopek UPN v prvem trimesečju

2.1 Zdravniški pregled

ZZUUP v 24. členu navaja, da ženska, pri kateri nosečnost ne traja več kot 10 tednov, vloži zahtevo za UPN skupaj z izvidom o trajanju nosečnosti in z drugimi medicinskimi izvidi pri zdravstveni organizaciji, ki opravlja umetno prekinitev nosečnosti (2). V ta namen v Sloveniji ženska z željo po UPN obišče izbranega osebnega ginekologa, ki na podlagi zadnje menstruacije in ultrazvočnih (UZ) meritev določi trajanje nosečnosti. Za opravljanje UPN na zahtevo ženske ob tem pregledu amenoreja ne sme trajati več kot 10 o/7 tednov oz. mora razdalja teme–trtica, izmerjena ob UZ-pregledu, ustrezati višini nosečnosti največ 10 o/7 tednov, to je 32 milimetrov. Višina nosečnosti, izmerjena glede na razdaljo teme–trtica, prevlada nad višino nosečnosti, ki je ocenjena glede na datum zadnje menstruacije. Če tedni nosečnosti na dan obravnave v ustanovi, ki opravlja UPN, presegajo 10 o/7 tednov, veljajo tedni nosečnosti, določeni ob pregledu pri ginekologu (2).

V Sloveniji je dostopnost do UZ-pregleda dobra in ne omejuje dostopnosti do UPN, zato ga ob zahtevi po UPN opravimo rutinsko. Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) (6, 7), Ameriški kolidž porodničarjev in ginekologov (ang. *American College of Obstetricians and Gynecologists* – ACOG) (8) in Kraljevi kolidž porodničarjev in ginekologov (ang. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* – RCOG) Združenega kraljestva (9) ne določajo spodnje meje višine nosečnosti, ki je primerna za UPN z zdravlili, niti ne svetujejo rutinskih UZ-pregledov. UZ naj bi opravili le v primeru suma na zunajmaternično nosečnost, torej ob bolečinah v trebuhu, krvavitvi ali večjem tveganju zanjo – zanositev ob materničnem vložku, zunajmaternična nosečnost v preteklosti, anamneza predhodnih operacij na jajcevodih ali medenične vnetne bolezni (5, 7, 9). Po priporočilih Kanadskega združenja ginekologov in porodničarjev (ang. *Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada* – SOGC) lahko trajanje nosečnosti ob nedostopnosti UZ ugotovimo na podlagi zadnje menstruacije in ginekološkega pregleda (10).

2.2 Seznanjanje in svetovanje

ZZUUP v 30. členu nalaga zdravstvenim delavcem, zdravstvenim organizacijam in socialnim delavcem, da seznanjajo ženske s postopkom, potekom in posledicami UPN ter z metodami in sredstvi za preprečevanje nosečnosti (2). Kot bistveni del kakovostne oskrbe seznanjanje in svetovanje prepoznava tudi SZO (7).

Seznanjanje naj vključuje te informacije:

- razpoložljive možnosti metod UPN (kirurška UPN, UPN z zdravili, možnost UPN v domačem okolju),
- tveganja ali prednosti posamezne metode,
- obvladovanje bolečine,
- razlaga postopka – kaj se bo dogajalo med postopkom (katera zdravila, testi, protibolečinska sredstva ...), kaj lahko bolnica pričakuje med postopkom in med okrevanjem (bolečine, krvavitev, neželeni učinki zdravil ...) in koliko časa naj bi trajal postopek,
- omogočiti je treba jasno privolitev po pojasnilu, ki mora biti podpisano brez prisile,
- kdaj se lahko vnovič začnejo normalne dejavnosti (šport, kopanje), vključno s spolnimi odnosi,
- kako prepoznati morebitne zaplete, ki zahtevajo predčasni pregled: simptomi nadaljevanja nosečnosti, dolgotrajna močna krvavitev ali povišana telesna temperatura,
- kdaj in kje naj se opravi kontrolni pregled,
- možnosti kontracepcije (7).

Nekatere posameznice si želijo poleg seznanjanja tudi svetovanje pred ali po UPN. To ni enako seznanjanju, ki je za strokovno izvedeno obravnavo nujno. Svetovanje je zagotavljanje podpore in informacij, ki jih podaja usposobljena oseba v okolju, primernem za odprto deljenje misli in občutkov. Zgotavljajo naj ga posamezniki s specializiranim usposabljanjem, npr. socialni delavci (7). Svetovanje je vedno neobvezno, tako je tudi po našem zakonu (ZZUUP) (2). Če bi bilo obvezno, to ne bi bilo pravo svetovanje, ampak nadzor nad žensko. Tako seznanjanje kot svetovanje morata biti spoštljiva in brez obsojanja. Predstavimo vse ustrezne možnosti, prilagojene potrebam posameznice, pri tem pa se izogibamo vsiljevanju osebnih vrednot in prepričanj (7).

3 Protokol UPN z zdravili

Združenja SZO, Nacionalni inštitut za odličnost v zdravstvu in oskrbi (ang. National Institute for Health and Care Excellence Guidelines – NICE) Združenega kraljestva, ACOG, RCOG, Mednarodno združenje ginekologov in porodničarjev (ang.

International Federation of Gynecology and Obstetrics – FIGO) in SOGC za UPN z zdravili v prvem trimesečju svetujejo uporabo mifepristona v kombinaciji z mizoprostolom. SZO, ACOG in RCOG svetujejo tudi alternativni protokol samo z mizoprostolom, ki je uporaben predvsem v državah, v katerih mifepriston ni dosegljiv. Ta protokol je sicer nekoliko slabše učinkovit v primerjavi s protokolom, pri katerem uporabimo kombinacijo mifepristona z mizoprostolom (6–9). Mehanizem delovanja, stranski učinki in kontraindikacije vseh učinkovin so podrobneje razloženi v drugem poglavju tega učbenika. Odmerki zdravil in načini aplikacije so povzeti v tabeli 1.

Tabela 1: Protokoli UPN z zdravili različnih zdravstvenih organizacij v prvem trimesečju pri neželeni nosečnosti (6–12).

Organizacija	Učinkovina	Interval med zdravili	Mizoprostol	Način aplikacije mizoprostola
SZO	Mifepriston 200 mg per os	24–48 ur	800 µg	vaginalno/bukalno/ sublingvalno; odmerki mizoprostola se lahko ponavljajo p. p., SZO ne določa največjega št. odmerkov
	/	/	800 µg	
Alternativni protokol	Letrozol 10 mg/dan per os 3 dni	24 ur	800 µg	
RCOG	Mifepriston 200 mg per os	24–48 ur	800 µg + 400 µg p. p. čez 4 ure	vaginalno/bukalno/ sublingvalno
	/	/	800 µg + 400 µg na 3 ure	
ACOG	Mifepriston 200 mg per os	24–48 ur	800 µg	vaginalno/bukalno/ sublingvalno
	/	/	800 µg + 400 µg na 3 ure, največ 3 odmerki	
SOGC	Mifepriston 200 mg per os	24–48 ur	< 9 t. n.: 800 µg + 400 µg p. p. čez 24 ur > 9 t. n.: 800 µg + 400 µg p. p. čez 4 ure	vaginalno/bukalno
FIGO	Mifepriston 200 mg per os	24–48 ur	< 10 t. n.: 800 µg > 10 t. n.: 800 µg + 800 µg na 3 ure	vaginalno/bukalno/ sublingvalno
GK UKC LJ	Mifepriston 200 mg per os	36–48 ur	800 µg + 400 µg čez 3 ure	vaginalno + bukalno

4 Protibolečinsko zdravljenje

Večina žensk, ki opravijo UPN z zdravili, med postopkom občuti bolečine. Večinoma jih opisujejo kot močnejše menstruacijske bolečine, nekatere kot začetne popadke. Bolečina pri večini žensk v postopku UPN z zdravili traja še 24 ur po aplikaciji mizoprostola, vsak dan je milejša in lahko traja do enega tedna po UPN. Najhujša bolečina se pojavi približno 2,5–4 ure po uporabi mizoprostola in traja približno eno uro (8,

13). Občutenje bolečine je zelo individualno. Običajno je bolečina hujša in traja dlje pri višji nosečnosti. Hujše bolečine običajno občutijo mlajše ženske, ki še niso rodile in ki imajo boleče menstruacije ali pa so anksiozne in prestrašene (6, 8, 14).

Ibuprofen je učinkovitejši pri zmanjševanju bolečin pri UPN z zdravili kot paracetamol, svetujejo ga tudi zdravstvene organizacije (8). Pri alergiji na nesteroidna protivnetna zdravila je paracetamol ustrezna izbira (5). Ibuprofen, ki se daje profilaktično ob administraciji mizoprostola, po študijah ni bistveno zmanjšal bolečin v primerjavi z ibuprofenom, ki se jemlje po potrebi, vendar se izkustveno priporoča preventivno jemanje (15). Nesteroidna protivnetna zdravila ne nasprotujejo delovanju mizoprostola in ne vplivajo na uspešnost UPN z zdravili. Opioidi ne zmanjšajo moči in trajanja bolečine (8). RCOG svetuje podporo bližnjega, če si ženska to želi, in gretje bolečega predela (9). SZO kot primerno dodatno zdravljenje priporoča tudi sedative oz. anksiolitike, npr. diazepam 5–10 mg (6, 7).

5 Antibiotična zaščita in imunoglobulin anti-D

Okužba roditelja po UPN z zdravili je zelo redka, znaša okrog 0,02 odstotka, vendar obstajajo smrtni primeri, povezani z okužbo s klostridijem (*Clostridium spp.*) (11). Rutinsko predpisovanje antibiotične terapije povečuje tveganje za antibiotično rezistenco, slaba je tudi compliance jemanja pri ženskah po UPN z zdravili. Prav tako je nejasen učinek antibiotične terapije na zmanjševanje verjetnosti okužbe (16). Nobeno mednarodno in nacionalno združenje (SZO, NICE, ACOG, RCOG, SOGC) zato ne priporoča preventivne antibiotične zaščite v času UPN z zdravili v prvem trimesečju (7–9, 11, 16). Pomembno je, da žensko opozorimo na simptome in znake okužbe po UPN z zdravili, ob katerih naj se zgloži na ponovni pregled pri ginekologu.

SZO, NICE in RCOG odsvetujejo uporabo imunoglobulina anti-D pri RhD-negativnih nosečnicah do 12. tedna nosečnosti (6, 7, 16). SZO je opravil sistematični pregled študij, ki so proučevale rutinsko aplikacijo imunoglobulina anti-D pri RhD-negativnih ženskah. Dokazi sicer govorijo v korist aplikacije imunoglobulina anti-D, saj so prepoznali manj senzibilizacij, ob tem pa niso ugotavljali neželenih učinkov aplikacije. Vendar pa je strokovni odbor SZO ob upoštevanju potrebnih virov, stroškovne učinkovitosti in izvedljivosti aplikacije ter tudi zelo nizke stopnje trdnosti dokazov o učinkovitosti imunoglobulina anti-D odločil, da dokazi ne podpirajo ukrepa (6). SOGC svetuje uporabo imunoglobulina anti-D od 8. tedna nosečnosti dalje, pri nižjih nosečnostih se lahko uporabi (10). ACOG svetuje administracijo imunoglobulina anti-D pri RhD-negativnih ženskah. Če bi testiranje krvne skupine in indirektni Coombsov test ter aplikacija imunoglobulina anti-D povzročili odlog začetka UPN z zdravili, se svetuje skupno odločanje z žensko (8). Antigen D so zaznali na plodovih eritrocitih že 38 dni po spočetju (17). Dejstvo je, da nastanek aloprotiteles anti-D lahko stimulira že 0,1–1 ml RhD-pozitivnih plodovih eritrocitov v krvnem obtoku matere. Med nosečnostjo

prihaja do spontanah fetomaternalnih krvavitev (FMK). Verjetnost za FMK se povečuje proti koncu nosečnosti (3 % v prvem, 12 % v drugem, 45 % v tretjem trimesečju) in je največja ob porodu (18). V Sloveniji mora po veljavnem Pravilniku o spremembah in dopolnitvah Pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni vsaka Rh D-negativna ženska po umetni ali spontani prekinitvi nosečnosti ali zunajmaternični nosečnosti prejeti zaščito z imunoglobulinom anti-D (19).

6 Zapleti

Krvavitev, ki je prisotna pri vsaki UPN z zdravili, je po navadi močnejša kot menstruacija, prisotni so krvni strdki in delci tkiva med izločanjem nosečnosti. Krvavitev traja v povprečju 12 dni, vsak dan je šibkejša (20). V manj kot 1/1000 primerov je zaradi krvavitve potrebna transfuzija. Bolečina po postopku je prisotna pri 80–90 odstotkih žensk (21). Če huda bolečina vztraja, je treba izključiti zunajmaternično nosečnost (1,3/1000) in pretrganje maternice (1/1000) (6, 7). Okužba rodil se razvije pri manj kot 1/100 prekinitvah. Pri 70/1000 prekinitvah je potrebna dodatna intervencija za dokončanje UPN zaradi zaostalega tkiva nosečnosti. Kljub UPN z zdravili se nosečnost nadaljuje v 1–2/100 primerov, ponovna UPN je lahko z zdravili ali kirurška (6, 7, 13).

6.1 Zadržani delci nosečnosti

UZ-pregled po UPN zanesljivo potrdi ali izključi izločenje nosečnosti, če seveda imamo informacijo o UZ vidni nosečnosti v maternici pred začetkom UPN z zdravili. Če je mogoče, UZ-preiskavo za oceno maternične votline opravimo vsaj tri tedne po koncu nosečnosti. Krvni strdki ali zadebeljena maternična sluznica sta namreč pogosti UZ-najdbi v maternični votlini po UPN, vendar sta velikokrat klinično nepomembni. Prav tako je lahko v zgodnjem obdobju po koncu nosečnosti izkrivljena dopplerska slika, saj lahko pokaže izrazito prekrvavitev v predelu miometrija, ki je pod ležiščem posteljice. Slika je lahko podobna tudi pri nekrotičnem decidualnem tkivu – poleg slike zadebeljenega endometrija lahko vidimo tudi povečane dopplerske pretoke. UZ-značilnosti, ki so visoko sumljive za zadržane delce nosečnosti (ZDN), so: dobro omejena ehogena masa v maternični votlini z značilnim žilnim pečljem ali brez njega (sledimo mu lahko v notranjost mase) ter povečana miometrijska prekrvavitev, ki je definirana kot prisotnost poudarjenega pretoka na barvni dopplerski preiskavi, izražena v celotni debelini določenega predela miometrija do stika z maternično votlino (22). UZ-preiskava nam torej lahko pomaga pri odločitvi, ali je bila UPN uspešna, pri manj izkušenih izvajalcih pa je lahko zavajajoča in vodi do nepotrebnih ukrepov. Če gre za asimptomatsko žensko, je svetovano ekspektativno vodenje, saj se ZDN pogosto izločijo z menstruacijo. Predvsem v prvih dveh tednih po UPN z zdravili odsvetujemo kirurško ukrepanje, saj obstaja večja verjetnost za zaplete, kot so predrtje maternice in Ashermanov

sindrom. Če se pojavijo simptomi, kot so močna krvavitev, bolečine v trebuhu ali znaki okužbe rodim, je svetovano čimprej kirurško zdravljenje (11, 23).

7 Kontrolni pregled

Namen kontrolnega pregleda je potrditev uspešne prekinitve nosečnosti ter ponovno svetovanje glede rabe kontracepcije. V Sloveniji je kontrolni pregled zakonsko predpisan 2–3 tedne po UPN (24). Uspešnost UPN lahko oceni že ženska sama, ko vidi izločeno nosečnost, lahko jo določi na podlagi količine in trajanja krvavitve ter prenehanja simptomov nosečnosti. Meritve hCG (humani horiogonadotropin) v krvi lahko natančno potrdijo uspešno UPN, saj vrednost hCG v krvi pade za več kot 50 odstotkov v 24 urah po izločenju nosečnosti. Povišana lahko ostane še 4–6 tednov. Urinski test hCG za potrditev uspešnosti UPN ni enako zanesljiv kot krvni test hCG. Mogoči so lažno pozitivni rezultati, če je test opravljen prezgodaj, opisani pa so tudi lažno negativni rezultati (11). SZO, RCOG in NICE ne priporočajo rutinskega pregleda z ultrazvokom ali meritvami hCG (humani horionski gonadotropin) v krvi ali urinu. Kontrola naj bi se v odsotnosti simptomov in znakov zapletov opravila na pacientkino željo (7, 16, 25). SOGC svetuje oceno uspešnosti 7–14 dni po UPN z anamnezo, serijskimi meritvami hCG v krvi oz. urinu ali ultrazvokom. Vedno bolj pa se uporablja telemedicina skupaj z meritvami hCG v krvi ali urinu. Izbrani način spremljanja je torej prav tako odvisen od želja ženske (11). ACOG svetuje pregled z anamnezo en teden po UPN in meritev hCG v urinu štiri tedne po UPN (8).

8 Zelo zgodnja umetna prekinitve nosečnosti z zdravili – VEMA

Priporočila mednarodnih združenj ne svetujejo rutinskih UZ-pregledov za določitev trajanja nosečnosti (5, 7, 9). Pri zelo zgodnji UPN z zdravili (ang. *Very Early Medical Abortion* – VEMA) gre za UPN, pri kateri je višina nosečnosti manj kot šest tednov, z UZ pa ni vidne znotrajmaternične nosečnosti (26). Čeprav pred postopkom nismo izključili zunajmaternične nosečnosti, je ob pravilnem postopanju VEMA varna in uspešna. Če se bojimo neodkrite zunajmaternične nosečnosti, so ženske podvržene serijskim meritvam hCG v krvi ali UZ in s tem odlogu UPN. Lahko pa nam VEMA pri izključevanju zunajmaternične nosečnosti tudi pomaga. Na dan administracije mifepristona določimo vrednost hCG v krvi. Po 24–48 urah ženska prejme 800 µg mizoprostola. Sedem dni po mifepristonu ponovno določimo vrednost hCG v krvi. Padec hCG, ki je večji od 80 odstotkov, pomeni uspešno prekinitve nosečnosti. Če vrednost vztraja, gre lahko za zunajmaternično nosečnost ali neuspešno prekinitve nosečnosti.

Pred postopkom moramo žensko seznaniti z majhno možnostjo neodkrite zunajmaternične nosečnosti in ji dati ustrezna navodila, kdaj mora poiskati takojšnjo medicinsko pomoč (22). Mifepriston in mizoprostol ne razrešita zunajmaternične

nosečnosti, hkrati pa nista škodljiva za žensko, ki ima zunajmaternično nosečnost. Odsotnost krvavitve po mizoprostolu lahko kaže na neuspelo prekinitev, lahko pa je to znak zunajmaternične nosečnosti. Tudi če je nosečnost zunajmaternična, lahko pride do krvavitve zaradi odziva decidue na zdravila (6, 26).

9 Prekinitev nosečnosti pri nevitarnih oblikah nosečnosti

Protokol za UPN z zdravili v prvem trimesečju uporabljamo tudi pri nevitarnih oblikah nosečnosti (zadržani splav in anembrionalna nosečnost) ali pri nepopolnem spontanem splavu (6, 7, 9, 11, 12, 23, 27). Odmerki zdravil in načini aplikacije so povzeti v tabelah 2 in 3.

Tabela 2: Protokoli UPN z zdravili različnih zdravstvenih organizacij v prvem trimesečju pri nevitarnih oblikah nosečnosti (6, 7, 9, 11, 12, 23, 27).

Organizacija	Mifepriston	Interval med zdravili	Mizoprostol	Način aplikacije mizoprostola
SZO	200 mg per os	24–48 ur	800 µg	vaginalno/ bukalno/ sublingvalno
Alternativni protokol	/	/	800 µg	
RCOG	200 mg per os		400 µg ali 600 µg	sublingvalno/bukalno/ vaginalno/oralno
ACOG	200 mg per os	24 ur	800 µg + 800 µg p. p. čez 3 ure	vaginalno/bukalno/ sublingvalno
Alternativni protokol	/	/	800 µg + 800 µg p. p. čez 3 ure	vaginalno
SOGC	200 mg per os	24–48 ur	< 14 t. n.: 800 µg 9.–14. t. n.: razmislek o vsaj enem 400–800 µg odmerku čez 3–24 ur	vaginalno/bukalno/ sublingvalno
Alternativni protokol	/	/	< 9 t. n.: 800 µg + 800 µg na 3 ure 9.–14. t. n.: 800 µg + 400–800 µg na 3 ure	vaginalno/bukalno/ sublingvalno
FIGO	200 mg per os	24–48 ur	< 10 t. n.: 800 µg > 10 t. n.: 800 µg + 800 µg na 3 ure	vaginalno/bukalno/ sublingvalno
GK UKC LJ	200 mg per os	36–48 ur	800 µg + 400 µg na 3 ure	vaginalno + bukalno

Tabela 3: Protokoli UPN z zdravili različnih zdravstvenih organizacij v primeru nepopolnega splava (6, 7, 9, 12, 20, 24).

Organizacija	Učinkovina	Odmerek in način aplikacije
SZO	Mizoprostol	600 µg per os ali 400 µg sublingvalno
RCOG	Mizoprostol	600 µg per os ali 400 µg vaginalno/ bukalno/sublingvalno
ACOG	Ekspektativno vodenje	
SOGC	Mizoprostol	600–800 µg vaginalno/oralno/sublingvalno
FIGO	Mizoprostol	600 µg per os ali 400 µg sublingvalno ali 800 µg bukalno
GK UKC LJ	Mizoprostol	400 µg bukalno

10 UPN z zdravili doma in telemedicina

Številne študije so dokazale varnost, sprejemljivost in zadovoljstvo žensk z UPN z zdravili doma do 12. tedna nosečnosti, kar odražajo smernice združenj SZO, NICE, RCOG, ACOG in SOGC. Ob tem je mogoča podpora s telemedicino, torej po telefonu ali z digitalnimi tehnologijami (7–9, 11, 16). Telefonska številka za nujne primere in vprašanja mora biti na voljo 24 ur na dan. Tudi na Ginekološki kliniki UKC Ljubljana in v večini slovenskih bolnišnic imajo ženske možnost UPN z zdravili doma, če izpolnjujejo kriterije. Protokol za UPN z zdravili doma je mogoč tako pri neželeni nosečnosti kot nevitálnih oblikah nosečnosti. Ženske ob pregledu v ambulantni prejmejo informacije o postopku, pisna in ustna navodila ter zdravila. V Ljubljani jim je na voljo telefonska številka dnevne klinike in ginekološke urgentne ambulante. V primerjavi s tujimi smernicami je zgornja meja za UPN z zdravili doma na Ginekološki kliniki UKC Ljubljana devet tednov nosečnosti. UPN z zdravili doma je mogoča tudi v večini drugih slovenskih bolnišnic.

11 Zaključek

Dostopna in varna UPN je človekova pravica ter ključni del spolnega in reproduktivnega zdravja. V Sloveniji je področje dobro zakonsko urejeno, na nas pa je, da je tako tudi v praksi. Med obravnavo ne smemo pozabiti na spoštljivo in neobsojajočo komunikacijo. UPN z zdravili v kombinaciji z mifepristonom in mizoprostolom je varna in učinkovita tako v bolnišničnem kot v domačem okolju. Hkrati moramo poskrbeti za ustrezno protibolečinsko terapijo. Enako velja pri zelo zgodnji UPN z zdravili, kar odražajo smernice združenj NICE, RCOG, ACOG, SOGC in SZO.

Ključna sporočila

1. V Sloveniji je **svobodno odločanje o rojstvu otrok** ustavna pravica, kar vključuje tudi pravico do UPN, ki se do 10. tedna nosečnosti opravi na zahtevo ženske.
2. Najpomembnejše zdravstvene organizacije in strokovna združenja na področju reproduktivnega zdravja za **UPN z zdravili v prvem trimesečju svetujejo mife-priston v kombinaciji z mizoprostolom**.
3. **Zelo zgodnja umetna prekinitev nosečnosti** je umetna prekinitev nosečnosti z zdravili, ki jo opravimo, ko je višina nosečnosti manj kot šest tednov, z ultrazvokom pa znotrajmaternična nosečnost še ni vidna.
4. UPN z zdravili v prvem trimesečju lahko **ženska varno opravi v bolnišničnem ali domačem okolju z ustrezno podporo telemedicine**.
5. Zapleti pri **UPN z zdravili**, kot so potreba po transfuziji, okužbe rodim in neuspela umetna prekinitev nosečnosti, **so redki**.

12 Literatura

1. Ustava Republike Slovenije (URS) (PISRS). Dostopno na: <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=USTA1>
2. Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok. 1977. Dostopno na: <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO408>
3. World Health Organization. Abortion. Geneva: WHO; 2024. Dostopno na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
4. International Federation of Gynecology and Obstetrics. Addressing Barriers to Safe Abortion. London: FIGO; 2025. Dostopno na: <https://www.figo.org/resources/figo-statements/addressing-barriers-safe-abortion>
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. Facts Are Important: Abortion Is Healthcare. Washington; ACOG; 2024. Dostopno na: <https://www.acog.org/advocacy/facts-are-important/abortion-is-healthcare>
6. World Health Organization. Clinical practice handbook for quality abortion care. Geneva: WHO; 2023. Dostopno na: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240075207>
7. World Health Organization. Abortion care guideline. Geneva: WHO; 2022. Dostopno na: <https://iris.who.int/handle/10665/349316>
8. American College of Obstetricians and Gynecologists. Medication Abortion Up to 70 Days of Gestation. Washington: ACOG; 2022. Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2020/10/medication-abortion-up-to-70-days-of-gestation>
9. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Best practice in abortion care. London: RCOG; 2022. Dostopno na: <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/best-practice-papers/best-practice-in-abortion-care-best-practice-paper/>

10. Guilbert E, Costescu D, Wagner M-S, Renner R, Norman WV, Gomes MA. Canadian protocol for the provision of medical abortion via telemedicine. SOGC; 2021. Dostopno na: <https://sogc.org/en/en/content/events/HUB-Pages/Abortion.aspx>
11. Costescu D, Guilbert E, Bernardin J, Black A, Dunn S, Fitzsimmons B, et al. Medical Abortion. *J Obstet Gynaec Canada*. 2016;38:366–89.
12. International Federation of Gynecology and Obstetrics. Mifepristone & Misoprostol and Misoprostol Only Dosing Charts. London: FIGO; 2023. Dostopno na: <https://www.figo.org/figo-mifepristone-misoprostol-and-misoprostol-only-dosing-charts-2023>
13. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Best practice in post-abortion care London: RCOG; 2022. Dostopno na: <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/best-practice-papers/best-practice-in-post-abortion-care-best-practice-paper/>
14. Bettahar K, Pinton A, Boisramé T, Cavillon V, Wylomanski S, Nisand I, et al. Interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2016;45:1490–514.
15. Fiala C, Agostini A, Bombas T, Cameron S, Lertxundi R, Lubusky M, et al. Management of pain associated with up-to-9-weeks medical termination of pregnancy (MToP) using mifepristone–misoprostol regimens: expert consensus based on a systematic literature review. *J of Obstet Gynaecol*. 2020;40(5):591–601.
16. National Guideline Alliance (UK). Abortion care. Guidance. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2019. Dostopno na: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng140>
17. Pravilnik o spremembah in dopolnitvah Pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Uradi list RS. EVA 2023-2711-0056. Dostopno na: <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2023-01-1071>
18. National Guideline Alliance (UK). Abortion care. Guidance. London: NICE; 2019. Dostopno na: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng140/resources/>
19. Cavet S, Fiala C, Scemama A, Partouche H. Assessment of pain during medical abortion with home use of misoprostol. *Eur J Contrac Reprod Health Care*. 2017;22(3):207–11.
20. Pymar H, Waddington A, Prager S, Shorter J, Thomas J. Guideline No. 460: Diagnosis and Management of Intrauterine Early Pregnancy Loss. *J Obstet Gynaecol Canada*. 2025;47:102914.
21. Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (PISRS). Dostopno na: <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=NAVO59>
22. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Clinical Guidelines for Early Medical Abortion at Home – England. London: RCOG. Dostopno na: <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/other-guidelines-and-reports/clinical-guidelines-for-early-medical-abortion-at-home-england/>
23. Bizjak I, Fiala C, Berggren L, Hognert H, Sääv I, Bring J, et al. Efficacy and safety of very early medical termination of pregnancy: a cohort study. *BJOG*. 2017;124(13):1993–9.
24. American College of Obstetricians and Gynecologists. Early Pregnancy Loss Washington: ACOG; 2018. Dostopno na: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2018/11/early-pregnancy-loss>

UMETNA PREKINITEV NOSEČNOSTI Z ZDRAVILI V DRUGEM IN TRETJEM TRIMESEČJU

RENATA KOŠIR POGAČNIK, LILI STEBLOVNIK

Izvleček

Umetna prekinitev nosečnosti (UPN) v drugem in tretjem trimesečju z uporabo zdravil je klinično zahtevna, a v primerjavi s kirurškimi metodami ob ustreznem pristopu varnejša in učinkovitejša metoda za prekinitev nosečnosti. UPN v drugem in tretjem trimesečju mora biti pravočasno dostopna in sprejemljiva za vse udeležene: nosečnico, njeno družino ter zdravstveno osebje. To je zelo stresen dogodek, za nosečnico pomeni psihofizični stres, za zdravstveno osebje klinični in včasih tudi moralno-etični izziv. Ravno zato so v klinično prakso uvedeni protokoli celostne obravnave, v katero je poleg zdravstvenega osebjia različnih poklicev vključen tudi psiholog. Postopki UPN z zdravili vključujejo kombinacijo mifepristona in prostaglandinov, najpogosteje mizoprostola, velikost odmerka se prilagaja glede na višino nosečnosti in prisotnost morebitnih dejavnikov tveganja ali kontraindikacij. Kadar izvajamo UPN z zdravili v višini nosečnosti manj kot 22 tednov ali pri plodovih, lažjih od 500 g, se UPN konča kot splav. Če je višina nosečnosti več kot 22 tednov ali je plod težji od 500 g, se UPN konča kot porod mrtvorojenega otroka. Pri UPN, ob viabilnosti ploda (sposobnosti za življenje) po 22. tednu nosečnosti, pred aplikacijo zdravil opravimo še dodatni postopek – feticid, s katerim zagotovimo, da se plod ne rodi živ.

Večina UPN z zdravili v drugem in tretjem trimesečju se v Sloveniji opravi na željo nosečnice zaradi hudih razvojnih nepravilnosti pri plodu s slabo prognozo. Redko so razlog za UPN izredne socialne okoliščine bodočih staršev. Indikacija za UPN je lahko bolezen, ki ogroža nosečnost, ali nosečnost, ki ogroža življenje nosečnice. Postopke UPN z zdravili uporabimo tudi za indukcijo poroda pri smrti ploda v maternici, za dokončanje splava pri zadržanem splavu ali splavu v teku, ki se začne kot odtekanje plodovnice pred viabilnostjo ploda. Želimo si, da bi bile vse UPN opravljene čimbolj zgodaj v nosečnosti, a so hkrati dostopne do višine nosečnosti, ko je to potrebno. Nekatere razvojne nepravilnosti, ki pomenijo slabo prognozo za plod, se lahko odkrijejo šele pozno v nosečnosti, zato mora biti pod ustrezno določenimi pogoji UPN mogoča tudi v drugem in tretjem trimesečju. Predvsem razvoj učinkovitega antiprogesterona mifepristona in dostopnost prostaglandinov sta omogočila uspešno uporabo zdravil za UPN v višji nosečnosti, kadar kirurška prekinitev ni primerna ali ni dostopna. Uporaba teh sredstev je preverjena s kliničnimi raziskavami in znanstveno utemeljena. Učinkovitost in varnost UPN z zdravili sta visoki, vendar je postopek povezan z večjim tveganjem za zaplete v primerjavi z UPN v prvem trimesečju. Z izvajanjem postopka v ustreznem bolnišničnem okolju, pod strokovnim

nadzorom in z ustrezno psihološko podporo lahko zmanjšamo verjetnost za večje zaplete pri UPN z zdravili v drugem in tretjem trimesečju.

Učni cilji

- Spoznati **klinične, pravne in etične razloge** za UPN v drugem in tretjem trimesečju.
- Poznati značilnosti delovanja **mifepristona in mizoprostola ter razlike med njima pri UPN v drugem in tretjem trimesečju** nosečnosti.
- Prepoznati pogostejše **zaplete pri UPN z zdravili v drugem in tretjem trimesečju** nosečnosti.

1 Uvod

Umetna prekinitev nosečnosti (UPN) z zdravili v drugem (14.–26. teden) in tretjem trimesečju (od 27. tedna dalje) je medicinsko, etično in pravno zahtevnejša kot v prvem trimesečju. Poteka v bolnišničnem okolju. Uporabljamo medikamentozne metode, ki so varnejše in v sodobnem času primernejše od kirurških (uporaba v izjemnih primerih). Postopki morajo biti varni, z majhnim tveganjem za obolenost in umrljivost žensk in z možnostjo ohranitve kakovostne reproduktivne sposobnosti. Ob medicinski in pravno podprti indikaciji za prekinitev ter želji nosečnice, zanikanje, odložitev ali oviranje postopkov niso sprejemljivi. V postopke prekinitve nosečnosti je vedno vključena obravnava bolečine z ustrezno ponudbo protibolečinskih sredstev. Če je potrebno, so vključeni zaščita z IgG anti-D, antibiotično in drugo zdravljenje ali simptomatska podpora.

Ob prekinitvi nosečnosti v drugem in tretjem trimesečju, ne glede na indikacijo, ženski zagotovimo psihološko podporo. Glede na indikacijo ob UPN ponudimo navodila za spremljanje v naslednji nosečnosti (napotitev na genetsko obravnavo), analiziramo morebitne vzroke neuspele nosečnosti (razlogi za smrt ploda v maternici ali začetek splava) in v primeru socialne indikacije usmerimo žensko k izbiri ustrezne kontracepcije. Po končanem postopku UPN prejme ženska zaključno mnenje z navodili za naslednjo nosečnost (ko so končane opravljene preiskave, razen v primeru socialne indikacije). Zdravstveni delavci ženski in njenemu partnerju ob UPN zagotavljamo ustrezno podporo. Ob postopkih smo profesionalni, brez moralnega obsojanja in ravnamo ne glede na naše osebno videnje UPN.

V tem poglavju bomo podrobneje obravnavali pomembne vidike UPN z zdravili v drugem in tretjem trimesečju. Kratica UPN bo v tem poglavju namenjena poimenovanju prekinitve nosečnosti z zdravili v drugem in tretjem trimesečju ne glede na razlog ali indikacijo.

2 Indikacije za prekinitev nosečnosti z zdravili v drugem in tretjem trimesčju

Odločitev za prekinitev nosečnosti po prvem trimesčju mora temeljiti na jasno opredeljenih medicinskih ali izjemoma socialnih razlogih v okviru zakonsko določenih okvirov. Večino UPN z zdravili v drugem in tretjem trimesčju v Sloveniji opravimo na željo nosečnice zaradi hudih nepravilnosti pri plodu s slabo prognozo. Najpogostejše so to razvojne, kromosomske ter genetske nepravilnosti. Nosečnica z ugotovljeno nepravilnostjo ploda opravi pregled z ultrazvokom (UZ) pri vsaj dveh specialistih ginekologije in porodništva na terciarni ravni, obravnavo pri genetiku, potrebne genetske preiskave, v določenih primerih tudi pregled pri specialistu ustrezne stroke za oceno prognoze ploda oz. novorojenčka. Pri obravnavi nosečnici in njenemu partnerju predstavimo možnosti zdravljenja, paliativne oskrbe ploda/novorojenčka ali možnost prekinitve nosečnosti. Če nosečnica želi prekiniti nosečnost, prognozo ploda prouči še bolnišnična Komisija za obravnavo razvojnih nepravilnosti (KORN) pri plodu (perinatolog, neonatolog, genetik, ev. specialist druge stroke), ki izda mnenje. Nosečnica lahko nato zaprosi za možnost prekinitve Komisijo za UPN. Izjemno redko so razlog za UPN izredne socialne okoliščine bodočih staršev (1–5).

Indikacija za UPN je lahko bolezen nosečnice. To so t.i. materine indikacije, ki vključujejo življenje ogrožujoča stanja, bolezni, ki zahtevajo zdravljenje nezdržljivo z nosečnostjo ali nosečnost resno ogroža zdravje ženske (npr. hudo poslabšanje srčno žilne bolezni). Med indikacije pri materi uvrščamo tudi težke socialne razmere, ki vplivajo na telesno ali duševno zdravje nosečnice.

UPN z zdravili uporabimo tudi ob neugodnem poteku nosečnosti (1, 5):

- za indukcijo poroda pri smrti ploda v maternici (odsotnost plodovih srčnih utripov po 22. tednu nosečnosti),
- za dokončanje splava pri zadržanem splavu (odsotnost plodovih srčnih utripov do 21. 6/7 tedna),
- za dokončanje splava v teku, ki se začne kot odtekanje plodovnice pred mejo ali na meji viabilnosti (sposobnosti za življenje) ploda s slabo prognozo.

V teh primerih je UPN zdravljenje ob medicinski indikaciji, zato presoja Komisije za UPN ni potrebna. Dobra klinična praksa je, da indikacijo potrđita vsaj dva specialista ginekologije in porodništva.

3 Zakonodaja

V Sloveniji Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok (ZZUUP) omogoča prekinitev nosečnosti do 10. tedna nosečnosti na zahtevo (6, 7). Po tem obdobju mora odločitev potrditi posebna komisija

zdravstvene ustanove – Komisija za UPN I. stopnje. Če Komisija za UPN I. stopnje vlogo za prekinitev nosečnosti zavrne, lahko nosečnica vloži vlogo za prekinitev nosečnosti pri Komisiji za UPN II. stopnje, ki deluje na državni ravni in se sestane enkrat tedensko na Ginekološki kliniki UKC Ljubljana. Komisija utemelji svojo odločitev na podlagi medicinske dokumentacije, ocene tveganja za zaplete in v skladu z etičnimi načeli ter po poglobljenem neposrednem razgovoru z nosečnico, in na njeno željo, njenim partnerjem. Po 10. tednu nosečnosti se prekinitev omogoči ob resni nevarnosti za življenje ali zdravje matere, ob ugotovljenih razvojnih nepravilnostih pri plodu, ki pomenijo slabo prognozo za plod, ali težki socialni stiski. Etičnost UPN v drugem in tretjem trimesečju je pogosto predmet strokovne in družbene razprave (8, 9). V ospredju sta pravica ženske do avtonomnega odločanja o svojem telesu ter moralni status ploda. Vloga zdravniške etike je v tem, da zagotovi sočutno, strokovno in zakonito oskrbo žensk, ki se znajdejo v težkem položaju, hkrati pa spoštuje načela neškodovanja in odgovornosti do življenja (10). Čeprav je presoja teže socialne problematike naloga komisije, zelo redka prekinitev nosečnosti zaradi socialne indikacije pri plodu, sposobnem za življenje, nemalokrat pomeni etično obremenitev za zdravstveno osebje.

4 Postopek UPN in protokoli uporabe zdravil

Mifepriston je sintetični steroid, ki deluje kot antagonist progesteronskih receptorjev, tako da tekmuje s progesteronom za vezavo na progesteronske receptorje. Poveča občutljivost miometrija za krčenje, tako da inducira delovanje prostaglandinov in pospešuje njihovo sintezo. Povzroči degeneracijo trofoblasta in decidue ter dozorevanje materničnega vratu. Uporablja se v začetnem odmerku 200 mg per os, učinek pa nastopi v 24–48 urah. Mifepriston se veže tudi na glukokortikoidne receptorje, pri ljudeh se kompenzacijsko povišajo vrednosti ACTH in kortizola, pri nekaterih ženskah sta lahko pogostejša bruhanje in slabost (11).

Mizoprostol je sintetični analog prostaglandina E₁ in je učinkovit uterotonik. Povzroča krčenje gladkih mišičnih vlaken miometrija, mehčanje materničnega vratu, vazodilatacijo, bronhodilatacijo ter zavira izločanje želodčne kisline. Mizoprostol je zelo varno zdravilo, saj je edini prostaglandin, ki ne povzroča bronhokonstrikcije. Daje se vaginalno, bukalno, sublingvalno ali oralno. Načine dajanja zdravila lahko med seboj kombiniramo. Farmakokinetika mizoprostola je odvisna od načina aplikacije; sublingvalna in bukalna pot imata hitrejši začetek delovanja in večjo biološko razpoložljivost, medtem ko je vaginalna pot povezana z daljšim in bolj enakomernim delovanjem. Odmerki zdravila so odvisni od višine nosečnosti (12).

Uporaba kombinacije mifepristona in mizoprostola je dokazano učinkovitejša kot uporaba samega mizoprostola. Raziskave so pokazale krajši čas do prekinitve, manjšo potrebo po dodatnih odmerkih in manjšo pogostost zapletov. V določenih primerih, predvsem po 24. tednu nosečnosti, lahko kot dodatno sredstvo uporabimo tudi

okситocin, zlasti pri zmanjšani občutljivosti maternice za primarna zdravila (1). Protokol UPN, ki izhaja iz mednarodnih priporočil Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), predlaga ga tudi Kraljevi kolidž porodničarjev in ginekologov (ang. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* – RCOG), uporabljamo pa ga tudi na Ginekološki kliniki v Ljubljani, se običajno začne z aplikacijo mifepristona, ki mu po 24–48 urah sledi aplikacija mizoprostola v ponavljajočih se odmerkih (5, 13). Povprečni čas do prekinitve je različen in se razlikuje glede na pariteto, višino nosečnosti in odziv maternice. Po 24. in 28. tednu nosečnosti se protokoli prilagodijo, odmerek mizoprostola se ob višji nosečnosti zmanjša, saj je občutljivost maternice za zdravilo večja (tabela 1). V priporočilih Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) priporočajo manjši odmerek mizoprostola po 24. tednu nosečnosti. Zaradi pomanjkanja rezultatov kliničnih raziskav ni jasnih priporočil za UPN z zdravili v višji nosečnosti, zato priporočajo odločanje o višini odmerka glede na klinično sliko (5). Z zmanjšanjem odmerka mizoprostola v višji nosečnosti zmanjšamo tveganje za hiperstimulacijo ali pretrganje maternice, zlasti pri ženskah s predhodnimi operacijami na maternici. V večji metaanalizi so leta 2023 ugotovili, da je tveganje za pretrganje maternice ob UPN z mizoprostolom v drugem trimesečju pri nosečnicah z brazgotino na maternici po carskem rezu 1,1-odstotno, medtem ko je pri nosečnicah brez predhodnega carskega reza ta delež manjši od 0,1 odstotka (14). Če po 24 urah postopka ni učinka, se postopek lahko enkrat ponovi. Priporočila SZO sicer ne navajajo jasno največjega odmerka mizoprostola, ki ga nosečnica prejme, svetujejo pa ustrezno klinično presojo, kadar je aplikacija potrebna dlje časa (5, 13).

Tabela 1: Protokol odmerkov mifepristona in mizoprostola glede na višino nosečnosti pri UPN v drugem in tretjem trimesečju. Povzeto po SZO in RCOG (5, 13).

	MIFEPRISTON 200 mg per os		
po 24–48 h	MIZOPROSTOL		
	do 24. tednov	24.–28. tednov	nad 28. tednov
VAGINALNO	800 µg	400 µg	200 µg
BUKALNO, 3 h	400 µg	200 µg	100 µg
BUKALNO, 3 h	400 µg	200 µg	100 µg
BUKALNO, 3 h	400 µg	200 µg	100 µg
BUKALNO, 3 h	400 µg	200 µg	100 µg

Potek obravnave na Kliničnem oddelku za perinatologijo Ginekološke klinike UKC Ljubljana pred postopkom UPN se nekoliko razlikuje glede na indikacije za prekinitev. Pri sumu na razvojne nepravilnosti pri plodu ultrazvočni pregled nosečnice opravita dva zdravnika specialista perinatologa, temu sledi posvet pri specialistu klinične genetike, ki lahko predlaga preiskavo genetskega materiala ploda, ki ga pridobimo z biopsijo horionskih resic ali amniocentezo. Glede na ultrazvočno ugotovljene

nepravilnosti nosečnica opravi še posvet pri specialistih drugih strok ali pa dodatne preiskave, npr. magnetnoresonančno (MR) slikanje ploda. KORN, ki je multidisciplinaren, se posvetuje o diagnozi in možnostih zdravljenja z oceno prognoze za plod. Nosečnica oz. par se lahko v primeru nepravilnosti pri plodu, ki pomenijo slabo prognozo za plod, odloči za medicinsko oz. paliativno podporo ali odda prošnjo za prekinitev nosečnosti, najprej pri Komisiji za UPN I. stopnje, po potrebi tudi pri Komisiji za UPN II. stopnje. Pri zadržanem splavu ali smrti ploda v maternici v drugem ali tretjem trimesečju diagnozo ultrazvočno potrđita dva specialista. Pred postopkom prekinitve nosečnosti pri nosečnici opravimo preiskave z namenom iskanja morebitnega vzroka za diagnozo. Po prejemu vseh izvidov primer obravnava Komisija za analizo mrtvorojenosti in razvojnih nepravilnosti (KAMRA). Ugotovitve, sklepe in morebitna navodila za naslednjo nosečnost prejme v obliki izvida tudi bolnica.

UPN v drugem in tretjem trimesečju se izvaja v bolnišničnem okolju. Pred začetkom moramo preveriti zdravstveno stanje nosečnice in morebitne kontraindikacije za predvidena zdravila (npr. porfirija, huda astma, neodzivna na zdravila, kronična odpoved nadledvične žleze). Nosečnico ginekološko pregledamo in določimo ginekološki status. Natančno mora biti postavljena višina nosečnosti, znana morata biti krvna skupina ter Rh-status. Pred začetkom postopka je pomembno svetovanje in informiranje nosečnice, saj s tem lahko zmanjšamo zaskrbljenost in strah pred postopkom. Postopek najpogosteje začnemo zjutraj, saj je čez dan lažje blažiti bolečine in stranske učinke zdravil. Ves čas postopka spremljamo vitalne znake, intenzivnost krčev in izgubo krvi. Uporabimo zdravila proti bolečinam, običajno so prva izbira nesteroidni analgetiki, po potrebi lahko uporabimo tudi opioidne analgetike peroralno (npr. tramadol) ali v intravenski obliki (npr. petidin) (5). Ob prvi aplikaciji mizoprostola takoj apliciramo tudi nesteroidne analgetike, ki pomembno zmanjšajo bolečine. Bolečine niso odvisne od načina oz. poti dajanja mizoprostola. Ob aplikaciji mizoprostola v nožnico je lahko prisotnih manj stranskih učinkov na prebavila. Kadar se pojavita slabost in bruhanje, bolnico najprej pomirimo, če pa se težave stopnjujejo, ji lahko apliciramo zdravilo proti slabosti (npr. tietilperazin). Nekatere bolnice razvijejo povišano telesno temperaturo do 38,5 st. C kot stranski učinek zdravila, lahko se pojavi tudi mrzlica. Če je bila telesna temperatura pred začetkom postopka normalna, potem to ni klinični znak okužbe. Kadar temperatura vztraja nad 38,5 st. C, moramo preveriti klinično sliko, odvzeti kri za preiskave (hemogram, diferencialna krvna slika, CRP) in nato ukrepati glede na klinične in laboratorijske znake morebitne okužbe. Ob čustveni stiski pri bolnici med postopkom vključimo v obravnavo kliničnega psihologa, vedno ponudimo razbremenilni pogovor s kliničnim psihologom tudi po končanem postopku.

Po splavu ali porodu mrtvorojenega ploda je nujna ocena posteljice in krvavitve iz maternice ter v primeru nepravilnosti posteljice ali večje krvavitve postopanje v skladu s standardnimi operativnimi postopki. Izpraznitev maternične votline lahko opravimo z abrazijo pod ultrazvočnim nadzorom, v višji nosečnosti se lahko odločimo

za iztikanje maternične votline ali luščenje posteljice. Po splavu ali porodu mrtvorojenega ploda opravimo transabdominalni ultrazvočni pregled maternice, po potrebi z dopplersko preiskavo, za oceno morebitnih zadržanih delov nosečnosti (ZDN). Ob ugotovljenih ZDN ocenimo njihovo velikost in prekrvljenost. Po UPN lahko bolnica prejme bukalno mizoprostol 200 µg za krčenje maternice in iztis ZDN. S tem zmanjšamo potrebo po kirurškem posredovanju. Kadar bolnice krvavitev po UPN ne ogroža, se glede na klinično sliko in izvid ultrazvočne preiskave maternice v porodnem bloku individualno odločimo za morebitno abrazijo maternične votline pod nadzorom ultrazvoka. ZDN se najpogosteje pojavijo po UPN v drugem trimesečju, iz raziskav pa sledi, da je delež lahko tudi do 40-odstoten v primerjavi z deležem ZDN pri porodu ob terminu (1–2 %) (5, 13). V primeru horioamnionitisa pošljemo vzorec posteljice na mikrobiološko preiskavo in uvedemo empirično antibiotično zdravljenje. Glede na Rh-status po potrebi apliciramo anti-D imunoglobuline (13).

Ob odpustu bolnici po splavu svetujemo bolniško odsotnost. Število dni bolniške odsotnosti temelji na tednih nosečnosti, ko smo začeli UPN. Če je šlo za porod mrtvorojenega ploda, torej se je postopek UPN začel po 22. tednu nosečnosti, bolnici na podlagi Zakona o starševskem varstvu in družinskih prejemkih (ZSDP-1) pripada šest tednov porodniške odsotnosti (16). Pri nekaterih bolnicah se v obdobju po UPN tvori mleko – takrat jim svetujemo hladne obkladke prsi in ob bolečinah analgetik. V redkih primerih je potrebna ablaktacija z zdravili (5).

4.1 Zapleti

Med najpogostejšimi zapleti pri UPN so krvavitve, okužbe in zaostali deli nosečnosti. Redkeje se UPN zaplete s pretrganjem maternice in njeno odstranitvijo. Krvavitve se pogosteje pojavljajo pri UPN v višji nosečnosti in zahtevajo takojšnjo oceno stanja, po potrebi izpraznjenje zaostalih delov nosečnosti ali koagulov iz maternice ter zdravljenje z uterotoniki. Okužbe so redkejša, a lahko povzročijo resen zaplet in zahtevajo antibiotično zdravljenje. Klinični znaki, ki nas lahko opozarjajo na okužbo, so povišana telesna temperatura nad 37,5 st. C, občutljiv spodnji del trebuha, občutljiva maternica, neprijeten vonj izcedka ali gnojav izcedek iz maternice. Kadar je bolnica hipotenzivna, tahikardna in ima pospešeno frekvenco dihanja, pomislimo na hudo poslabšanje stanja – sistemsko vnetno reakcijo na okužbo (ang. *Systemic Inflammatory Response Syndrome* – SIRS) oz. septično dogajanje (5, 13).

Pri bolnicah, ki imajo v ginekološki anamnezi navedeno predhodno operacijo na maternici (carski rez, miomektomija), je tveganje za pretrganje maternice po podatkih v literaturi do 1,1-odstotno (13). Pri bolnicah s predhodno operacijo na maternici lahko prilagodimo odmere mizoprostola in uporabimo protokol za UPN v višjih nosečnostih. Kadar je krvavitev iz maternice neobvladljiva ali je pretrganje maternice takšno, da rekonstrukcija ni mogoča, je treba napraviti histerektomijo.

UPN v drugem in tretjem trimesečju je dejavnik tveganja za hudo poslabšanje čustvenega stanja. Psihološki učinki se pojavijo kot akutna reakcija, poslabšanje osnovne psihiatrične bolezni ali posttravmatski sindrom (17). Bolnici v takem primeru ponudimo obravnavo pri kliničnem psihologu in/ali specialistu psihiatru ter jo seznanimo z možnimi oblikami pomoči, ki jih lahko izbere tudi po odpustu v domačo oskrbo.

5 Zaključek

Umetna prekinitev nosečnosti z zdravili v drugem in tretjem trimesečju je zahteven medicinski poseg, ki ga izvajamo z visoko strokovnostjo, natančnostjo in sočutjem. Zdravila, predvsem mifepriston in mizoprostol, omogočajo učinkovito in varno prekinitev, kadar je ta medicinsko ali etično utemeljena. Uporaba teh metod temelji na sodobnih smernicah, etičnih načelih in pravnem okviru, ki zagotavljajo zaščito zdravja in dostojanstva ženske.

Ključna sporočila

1. UPN v drugem in tretjem trimesečju je **medicinsko in etično zahtevna odločitev**, ki jo obravnavamo individualno.
2. UPN z zdravili v višji nosečnosti temelji na uporabi kombinacije mifepristona in mizoprostola, **izbira protokola odmerjanja pa je odvisna od višine nosečnosti in morebitnih kontraindikacij** (npr. predhodne operacije na maternici).
3. **Zdravstveno osebje ima ključno vlogo** pri zagotavljanju celostne oskrbe žensk, vključno z natančnim svetovanjem, spoštovanjem avtonomije nosečnice in skrbnim spremljanjem zdravstvenega stanja pred posegom, med njim in po njem.

6 Literatura

1. Tul Mandić N. Postopki umetne prekinitve nosečnosti v 2. in 3. trimesečju. V: Tul N, Štolfa Gruntar A, ur. Prekinitev nosečnosti z zdravili: Zbornik. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino, Univerzitetni klinični center Ljubljana; 2012. p. 43–52.
2. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Abortion care. London: NICE; 2019 (posodobljeno 2024 Nov 18). Dostopno na: <https://www.nice.org.uk/guidance/NG140>
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. Second-trimester abortion. Practice Bulletin No. 135. Washington, DC: ACOG; 2013. Dostopno na: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2013/06/second-trimester-abortion>

4. Kopp Kallner H, Gomperts R, Salomonsson E, et al. Medical abortion in the second trimester – an update. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2023;102(11):1234–42.
5. World Health Organization. Clinical practice handbook for quality abortion care. Geneva: World Health Organization; 2023. Dostopno na: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240075207>
6. Uradni list SRS. Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok. Uradni list SRS. 1977;11:286–88; Dostopno na: <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO408>
7. Uradni list RS. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Uradni list RS. 2000;70. Dostopno na: <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2006-01-3075>
8. Lukanović A. Etične dileme pri delu Komisije II. stopnje za umetno prekinitev nosečnosti. V: Lukanović A, Požun P, Lukanović D, ur. Etični izzivi v ginekologiji, perinatologiji in reproduktivni medicini. Ljubljana: Univerzitetni klinični center; 2020. p. 31–4.
9. Trojner Bregar A. Etične dileme pri delu Konzilija za obravnavo razvojnih nepravilnosti pri plodu. V: Lukanović A, Požun P, Lukanović D, ur. Etični izzivi v ginekologiji, perinatologiji in reproduktivni medicini. Ljubljana: Univerzitetni klinični center; 2020. p. 164–9.
10. Chervenak FA, Stajonevic M, Grünebaum A, za International Academy of Perinatal Medicine (IAPM). The IAPM New York 2024 declaration on professional responsibility and abortion. *J Perinat Med.* 2024;52:671–3.
11. Tang OS, Gemzell-Danielsson K, Ho PC. Misoprostol: pharmacokinetic profiles, effects on the uterus and side-effects. *Int J Gynaecol Obstet.* 2007;99:160–7.
12. Zieman M, Fong SK, Benowitz NL, Bankster D, Darney PD. Absorption kinetics of misoprostol with oral or vaginal administration. *Obstet Gynecol.* 1997;90:88–92.
13. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Best practice in abortion care. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2015 [updated 2022]. Dostopno na: www.rcog.org.uk/mas
14. Henkel A, Miller HE, Zhang J, Lyell DJ, Shaw KA. Prior Cesarean Birth and Risk of Uterine Rupture in Second-Trimester Medication Abortions Using Mifepristone and Misoprostol: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2023;142:1357–64.
15. Vlad S, Boucoiran I, St-Pierre ÉR, Ferreira E. Mifepristone-Misoprostol Use for Second and Third-Trimester Medical Termination of Pregnancy in a Canadian Tertiary Care Centre. *J Obstet Gynaecol Can.* 2022;44:683–9.
16. Uradni list RS. Zakon o uresničevanju pravic iz javnih sredstev. Uradni list RS. 2014;26, 2015;90, 2017;75, 2018;14, 2019;81, 2020;158, 2021;92, 2022;153, 2025;36. Dostopno na: <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO4780>
17. Irmischer L, Marx R, Linke M, et al. Anxiety, depression, somatization and psychological distress before and 2–6 years after a late termination of pregnancy due to fetal anomalies. *BMC Womens Health.* 2024;24:255.

KONTRACEPCIJA PO UMETNI PREKINITVI NOSEČNOSTI

BOJANA PINTER, SARA KOROŠEC, IRENA KIRAR FAZARINC, TINA KUNIČ PIRŠ,
TINKARA SRNOVRŠNIK, VILMA KOVAČ, URŠULA REŠ MURAVEC

Izvleček

V Sloveniji stopnja dovoljene splavnosti upada in je leta 2023 znašala 7,1/1000 žensk v rodni dobi. Raziskave kažejo, da je dovoljena splavnost v družbi močno povezana z dosegljivostjo in vzorci uporabe kontracepcije (KC). Povsod po svetu, tudi pri nas, so poseben zdravstveni problem ženske, ki so že imele dovoljeni splav oz. umetno prekinitve nosečnosti (UPN). V Sloveniji je med ženskami v prvih letih po UPN stopnja neželenih nosečnosti oz. UPN od tri- do osemkrat višja kot v splošni populaciji žensk v rodni dobi. Zaradi visoke dovoljene splavnosti po UPN je treba informiranje in svetovanje o KC po UPN okrepiti. Strokovna in psihosocialna svetovalna dejavnost imata poleg osnovnega informiranja ženske pred UPN tudi pomembno vlogo pri zmanjševanju dovoljene splavnosti, saj ustrezno svetovanje o izbiri in uporabi učinkovite KC-metode po UPN zniža število neželenih nosečnosti po UPN. Za uspešno svetovanje o KC in izbiro za žensko ustrezne KC so potrebni aktiven razgovor in preverjanje želja ženske, poznavanje njenega zdravstvenega stanja ter njenih psihosocialnih in kulturnih okoliščin. Treba je uvideti širši vidik okoliščin, v katerih ženska živi in udejanja svojo spolnost z vidika varnosti in sprejemljivosti KC-metode. Ženska lahko začne uporabljati večino KC-metod takoj po UPN; takojšnji začetek uporabe KC poveča verjetnost za preprečitev naslednje neželene nosečnosti in delno prispeva k vztrajni rabi KC. Ženska lahko začne uporabljati maternični vložek ali hormonsko KC tudi pozneje po prekinitvi nosečnosti, če zanesljivo presodimo, da ni noseča, in če svetovanje ni prepozno po predhodni UPN. Pomembno je, da ženskam med svetovanjem pojasnimo, da so dolgotrajne povratne metode KC po UPN učinkovitejše pri preprečevanju neželenih nosečnosti kot kratkodelujoče. Da izboljšamo informiranost ženske in svetovanje o KC po UPN, svetujemo petstopenjsko svetovanje o KC po UPN: ob napotitvi na UPN, ob UPN, ob kontrolnem pregledu 2–3 tedne po UPN, tri mesece po UPN in eno leto po UPN. Jasna strokovna merila in upoštevanje večstopenjskega pristopa zagotavljajo kakovostno svetovanje o KC in doslednejšo rabo KC po UPN.

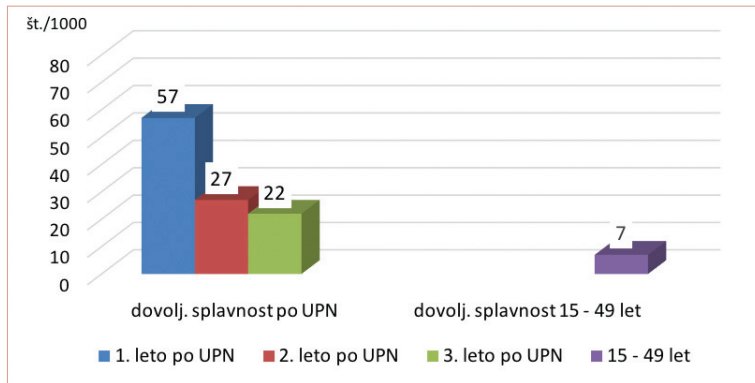
Učni cilji

- Pridobiti znanje o pomenu svetovanja o kontracepciji po umetni prekinitvi nosečnosti.
- Pridobiti znanje o možnostih izbire kontracepcije po umetni prekinitvi nosečnosti.
- Spoznati petstopenjsko svetovanje o kontracepciji po umetni prekinitvi nosečnosti.

1 Uvod

Umetna prekinitev nosečnosti (UPN) oz. dovoljeni splav je posledica neželene nosečnosti, do katere pride ob nezaščitenem spolnem odnosu ali takrat, ko uporabljena kontracepcijska metoda zataji (1). V Sloveniji stopnja dovoljene splavnosti (število dovoljenih splavov na 1000 žensk v starosti 15–49 let) vse od začetka 80. let prejšnjega stoletja upada in je leta 2023 znašala 7,1/1000 žensk (2, 3). Raziskave kažejo, da je dovoljena splavnost v določeni družbi močno povezana z dosegljivostjo kontracepcijskega svetovanja, stopnjo ozaveščenosti, vzorci uporabe kontracepcije (KC) in tudi kulturnimi okoliščinami. Raziskave tudi kažejo, da imajo ženske, ki so že imele UPN, pogosteje ponovno UPN, zato je eden izmed kazalnikov preprečevanja neželene nosečnosti pri ženskah, ki so že imele UPN, stopnja povratne splavnosti (4). Povratnice so ženske, pri katerih se je zadnja (predhodna) nosečnost končala z dovoljenim splavom (5). Stopnja povratne splavnosti med ženskami z UPN se v Sloveniji znižuje: leta 2004 je bila 24,7 na 1000 žensk v rodni dobi (15–49 let), leta 2023 pa 15,5 (5, 6).

Povsod po svetu in tudi pri nas so poseben zdravstveni problem ženske, ki so že imele dovoljeni splav. V Sloveniji je med ženskami v prvih letih po UPN stopnja neželenih nosečnosti oz. UPN višja kot v splošni populaciji žensk v rodni dobi (7). Zaradi prepoznanega problema višje dovoljene splavnosti v prvih letih po UPN smo leta 2004 v Sloveniji izdali prva priporočila za svetovanje o KC po UPN (8). Do leta 2023 se je dovoljena splavnost prepolovila in je znašala 7,1/1000 žensk v rodni dobi (3). V subpopulaciji žensk po UPN je bila leta 2023 dovoljena splavnost 1–12 mesecev po UPN kar 8,1-krat višja, 13–24 mesecev po UPN 3,9-krat višja in 25–36 mesecev po UPN še vedno 3,2-krat višja kot pri ženskah v rodni dobi (3, 9) (slika 1). Dovoljeno splavnost po UPN smo izračunali tako, da smo število UPN, pri katerih se je zadnja nosečnost končala kot UPN eno, dve oz. tri leta pred UPN, delili s skupnim številom UPN v posameznih predhodnih zadnjih treh letih. Tako smo izračunali dovoljeno splavnost na 1000 žensk po UPN v določenem letu.



Legenda: UPN – umetna prekinitev nosečnosti.

Slika 1: Dovoljena splavnost med ženskami v prvih treh letih po UPN v primerjavi z ženskami, starimi 15–49 let, Slovenija, 2023.

Zaradi visoke dovoljene splavnosti po UPN je potrebno informiranje in svetovanje o KC po UPN okrepiti.

2 Kontracepcija po UPN

Strokovna KC in psihosocialna svetovalna dejavnost imata poleg povečanja ozaveščenosti in osnovnega informiranja ženske pred UPN pomembno vlogo tudi pri zmanjševanju dovoljene splavnosti, saj ustrezno svetovanje o izbiri in uporabi učinkovite KC-metode po UPN zniža število neželenih nosečnosti po UPN (10). Obravnava nenačrtovane nosečnosti, če se ženska odloči za UPN, mora vedno vsebovati tudi preverjanje dejstev glede rabe KC ter vzrokov za nerabo oz. opustitev metode. Informacije, ki jih preveri ginekolog, so pomembne pri svetovanju o zanesljivi KC po UPN in tudi pri motiviranju žensk, da pri rabi zanesljive KC vztrajajo ter s tem preprečijo naslednjo morebitno neželeno nosečnost.

2.1 Izbira KC po UPN

Izbira KC v procesu svetovanja je vsebinsko in časovno zahtevna. Potrebni so aktiven razgovor, preverjanje želja in pričakovanj ženske, upoštevanje njenega zdravstvenega stanja ter tudi psihosocialnih in kulturnih okoliščin. Treba je uvideti širši vidik okoliščin, v katerih ženska živi in udejanja svojo spolnost z vidika varnosti in sprejemljivosti KC-metode. Brez tega uvida ženske pogosto opustijo že svetovano metodo, čeprav so se pri zdravniku z njo strinjale in jo navidezno sprejele. Pomembno je, da po UPN ženskam, ki želijo KC, svetujemo, kdaj je primerno začeti uporabljati KC in ali je ob tem prehodno potrebna dodatna zaščita ali spolna vzdržnost.

Prva ovulacija se v 90 odstotkih pojavi v enem mesecu po UPN v prvem trimesečju nosečnosti (10). Zaradi hitre in nepredvidljive ovulacije ženskam svetujemo uporabo KC takoj po UPN ne glede na to, ali je bila uporabljena kirurška UPN ali UPN z zdravili (11). Spolne odnose po UPN odsvetujemo, dokler traja krvav izcedek.

Ženska lahko začne uporabljati večino KC-metod takoj po UPN; takojšnja uporaba KC poveča verjetnost neprekinjene rabe (12). Po UPN lahko ženska varno uporablja katerokoli vrsto KC, ki je dovoljena glede na njeno zdravstveno stanje. Pomembno je, da ženskam med svetovanjem pojasnimo, da so dolgodelujoče povratne metode KC po UPN učinkovitejše pri preprečevanju nadaljnjih nosečnosti kot kratkodelujoče (11). Kot dolgodelujočo povratno KC štejemo maternični vložek (ang. *intrauterine device* – IUD) ter hormonske podkožne vsadke (12), ki pa so v Sloveniji trenutno redko na voljo. Ženska lahko začne uporabljati IUD ali hormonsko KC tudi pozneje, če zanesljivo presodimo, da ni noseča (13, 14).

V tabeli 1 so predstavljene kategorije primernosti rabe določene vrste KC po UPN. Merila primernosti se nanašajo na varnost (neposredna zdravstvena tveganja) rabe določene KC pri ženskah z določenimi zdravstvenimi tveganji ali ob sočasni uporabi določenih zdravil. Na podlagi anamneze, usmerjenega fizikalnega pregleda in, če je potrebno, še dodatnih laboratorijskih preiskav lahko uporabnico glede na njeno zdravstveno stanje razvrstimo v eno od štirih kategorij primernosti rabe določene KC-metode (13, 15).

Kategorija 1: Stanje, pri katerem ni omejitev za uporabo KC-metode; KC-metoda se uporablja v vseh okoliščinah.

Kategorija 2: Stanje, pri katerem so prednosti oz. koristi uporabe KC-metode na splošno večje od teoretičnih ali dokazanih zdravstvenih tveganj; KC-metoda se običajno uporablja.

Kategorija 3: Stanje, pri katerem je teoretično ali dokazano tveganje običajno večje od prednosti oz. koristi uporabe KC-metode; uporaba KC-metode **običajno ni priporočljiva**, razen izjemoma, če niso na voljo ali niso sprejemljive druge primernejše metode.

Kategorija 4: Stanje, pri katerem uporaba KC-metode pomeni nesprejemljivo zdravstveno tveganje; KC-metoda **se ne uporablja**.

Tabela 1: Kategorije primernosti uporabe določene vrste KC po UPN (7, 15).

Stanja	Kombinirana hormon. KC (KHK)	Progestogenska hormon. KC (PHK)	Maternični vložek	
			Cu-IUD	LNG-IUD
Po splavu				
a) 1. trimesečje	1	1	1	1
b) 2. trimesečje	1	1	2	2
c) po septičnem splavu	1	1	4	4

Legenda: Cu-IUD – maternični vložek z bakrom, KC – kontracepcija, LNG-IUD – maternični vložek z levonorgestrelom.

2.1.1 Maternični vložek

Raba IUD učinkoviteje prepreči ponovno UPN kot hormonska KC (11). V Sloveniji je na voljo več vrst IUD z bakrom (Cu-IUD) in IUD z levonorgestrelom (LNG-IUD) (14).

IUD lahko vstavimo takoj po nezapleteni UPN v prvem trimesečju nosečnosti. Po vstavitvi IUD v drugem trimesečju nosečnosti je večja verjetnost ekspanzije kot v prvem trimesečju. Ob znakih septičnega splava je takojšnja vstavitev IUD odsvetovana (11, 15).

Pri kirurški UPN lahko IUD vstavimo takoj po izpraznitvi maternice (16). Pri UPN z zdravili lahko IUD vstavimo po izločenju produktov nosečnosti (10, 11). Pri takojšnji vstavitvi po UPN je večja verjetnost izpada IUD v primerjavi s poznejšo vstavitvijo (11). V naši praksi je takojšnja vstavitev IUD smiselna v posebnih primerih, npr. če predvidimo, da ženska ne bo prišla na pregled po UPN oz. na svetovanje o KC in če želi vstavitev materničnega vložka. Sicer pa je priporočljivo, da IUD vstavimo ob kontrolnem pregledu po UPN, če je bila UPN uspešna in če zanesljivo vemo, da ženska ni noseča (npr. ni imela nezaščitenih spolnih odnosov po UPN), ali pa ob naslednji menstruaciji po UPN.

IUD lahko vstavimo, če vemo, da ženska ni noseča, kar lahko zanesljivo domnevamo prvih sedem dni po UPN. V primeru vstavitve LNG-IUD več kot sedem dni po UPN je potrebna dodatna zaščita (npr. spolna vzdržnost, pregradne metode) še sedem dni po vstavitvi (14). Po vstavitvi Cu-IUD dodatna zaščita ni potrebna. Tako Cu-IUD kot LNG-IUD sta primerna izbira tudi za ženske, ki še niso rodile (17).

2.1.2 Kombinirana hormonska KC

Kombinirana hormonska KC (KHK) v katerikoli obliki (kombinirana oralna KC – KOK, kontracepcijski kožni obliž, vaginalni obroček) se lahko uporablja takoj po UPN (11). Pri kirurški UPN lahko ženska začne uporabljati KHK takoj po izpraznitvi maternice ali naslednji dan, pri UPN z zdravili pa na dan uporabe mizoprostola ali naslednji dan (16). To velja za UPN v prvem ali drugem trimesečju in tudi UPN po septičnem splavu. Ob začetku uporabe KHK v petih dneh po UPN dodatna zaščita ni potrebna (11). Če je ženska začela uporabljati KHK po več kot petih dneh po UPN, je potrebna dodatna zaščita (npr. spolna vzdržnost, pregradne metode) še vsaj sedem dni.

2.1.3 Progestogenska hormonska KC

Progestogenska hormonska KC (PHK) v obliki progestogenske oralne KC (POK), injekcij depomedroksiprogesteronacetata (v Sloveniji na voljo kot nujno zdravilo) ali podkožnih vsadkov (v Sloveniji trenutno redko na voljo) se lahko začne uporabljati takoj po UPN (11, 15). To velja pri UPN v prvem ali drugem trimesečju in tudi po septičnem splavu. POK lahko začne uporabnica jemati takoj po UPN. Pri kirurški UPN lahko začne ženska uporabljati PHK takoj po izpraznitvi maternice ali naslednji dan, pri UPN z zdravili pa na dan uporabe mizoprostola ali naslednji dan (16). Ob

začetku uporabe v petih dneh po UPN dodatna zaščita ni potrebna. Če je ženska začela uporabljati PHK po več kot petih dneh po UPN, je še vsaj sedem dni potrebna dodatna zaščita (npr. spolna vzdržnost, pregradne metode) (18).

2.1.4 Pregradne metode

Pregradne metode vključujejo mehanske pregradne metode (kondom in diafragma) in kemične pregradne metode (spermicidi, ki v Sloveniji niso na voljo). Kondom se lahko začne uporabljati takoj po UPN v prvem ali drugem trimesečju in tudi po septičnem splavu (11). Diafragma lahko začne ženska uporabljati takoj po UPN v prvem trimesečju ali po septičnem splavu (15), metoda pa ni primerna do šest tednov po UPN v drugem trimesečju (11). Priporočljiva je uporaba diafragme skupaj s spermicidi (19). Spermicidi se lahko uporabljajo kadarkoli po UPN (15). Glavna pomanjkljivost pregradnih metod je manjša učinkovitost v primerjavi z IUD in hormonsko KC.

2.1.5 Nujna KC

Nujna KC je indicirana pri ženskah, ki so imele nezaščitene spolne odnose pet dni ali več po UPN. Ženskam moramo pojasniti, da so varne vse metode nujne KC (11). Prav tako jih je treba opozoriti, da metoda ni primerna kot redna KC, zato jim je treba svetovati o učinkovitih metodah KC. V Sloveniji sta na voljo dve metodi nujne KC: oralna nujna KC in nujna KC z Cu-IUD (20).

- Ulipristalacetat (UPA) se kot oralna nujna KC vzame v enojnem odmerku (30 mg) čim prej po nezaščitenem spolnem odnosu oz. najpozneje v 120 urah.
- Levonorgestrel (LNG) se kot oralna nujna KC vzame v enojnem odmerku (1,5 mg) čim prej po nezaščitenem spolnem odnosu oz. najpozneje v 72 urah.
- Yuzpejeva metoda: kot oralna nujna KC se vzamejo štiri tablete s 30 µg etinilestradiola/0,15 mg LNG čim prej po nezaščitenem spolnem odnosu oz. najpozneje v 72 urah, enak odmerek ponovimo še čez 12 ur.

Kot nujno KC lahko v petih dneh od nezaščitenega spolnega odnosa vstavimo Cu-IUD (20), zadnje raziskave pa kažejo tudi na učinkovito rabo LNG-IUD z 52 mg LNG (21). Ženske lahko obdržijo nujni IUD kot stalno KC. Pri rabi IUD kot nujni KC veljajo enake kontraindikacije kot pri redni uporabi IUD (14).

2.1.6 Sterilizacija

Sterilizacija se po slovenski zakonodaji lahko opravi pri vsaki razsodni ženski, starejši od 35 let, s šestmesečnim odložitvenim rokom; pri mlajših od 35 let ali brez odložitvenega roka se lahko opravi le, če je potrebna iz zdravstvenih razlogov (22). Laparoskopska sterilizacija je varna metoda za trajno KC, po odobritvi komisije I. stopnje se lahko opravi ob kirurški UPN.

2.1.7 Druge metode

Metode opazovanja plodnosti so manj učinkovite, temeljijo na znakih in simptomih plodnosti in ovulacije, zato je njihova uporaba takoj po UPN neučinkovita. Učinkovitost metod opazovanje plodnosti narašča s časom od UPN, zato lahko ženska začne uporabljati te metode šele po prvi menstruaciji po UPN. Pred tem ji moramo ponuditi druge, učinkovitejše metode KC (11, 15). Prekinjen spolni odnos spada med manj učinkovite metode, saj je učinkovitost zelo odvisna od pravilnosti in doslednosti uporabe metode (12).

2.2 Petstopenjsko svetovanje o KC po UPN

Petstopenjski pristop za kakovostno svetovanje o KC in doslednejšo uporabo KC po UPN (7).

1. stopnja: Napotitev na UPN (izbrani ginekolog)

- **Odločitev o KC po UPN.** Informiranje o rabi KC mora biti temeljito, žensko je treba seznaniti, da je neželena nosečnost posledica nepravilne rabe KC ali nerabe KC, če je par ni uporabljal. Predstaviti je treba model doslednosti rabe njeje ustrezne metode ter jo pritegniti v aktivno odločitev zanjo, če ne želi ponovno neželjeno zanositi.
- **Ženske, ki so v preteklosti že imele UPN, imajo v večji meri težave z vztrajnostjo pri rabi zanesljive KC, zato je treba razloge za neuspešnost KC ob svetovanju podrobneje preveriti.**
- **Poudariti je treba večjo učinkovitost dolgotrajne KC, kot je IUD.**
- Če se ženska odloči za IUD, lahko izbrani ginekolog svetuje, da se IUD vstavi v maternico ob prvem kontrolnem pregledu po UPN (če do takrat ne bo imela nezaščitenih spolnih odnosov) ali ob naslednji menstruaciji po UPN. V posebnih primerih pa lahko IUD vstavimo takoj po UPN.
- Če se ženska odloči za KHK ali PHK, **predpišemo KHK ali PHK že ob napotitvi na UPN.** KHK ali PHK lahko ženska brez dodatne zaščite začne uporabljati takoj po UPN – isti ali naslednji dan oz. najpozneje do petega dne po UPN.
- Če se ženska odloči za slabše učinkovite metode KC, kar je manj priporočljivo (spermicide, diafragmo, naravne metode KC ali prekinjen spolni odnos), jo je treba **opozoriti na manjšo učinkovitost izbranih metod.** Ob tem je treba žensko temeljito poučiti o metodah **nujne KC.**
- Seznanjanje s **spolno vzdržnostjo vsaj do konca trajanja krvavega izcedka po UPN oz. do prvega pregleda po UPN,** da lahko takoj uvedemo učinkovite metode KC, če niso bile uvedene že takoj po UPN.

2. stopnja: UPN (zdravnik, ki izvede UPN)

- Svetovanje o izbiri KC po UPN.
- Morebiten predpis **KHK ali PHK (POK ali injiciranje depoinjekcij)** ali morebitna **vstavev IUD takoj po UPN**.
- Seznanjanje s **spolno vzdržnostjo do prvega kontrolnega pregleda po UPN**, če ne začne uporabljati KC **takoj po UPN**.

3. stopnja: Prvi kontrolni pregled 2–3 tedne po UPN (izbrani ginekolog)

- Kontrolni pregled po 2–3 tednih po UPN z izbiro in predpisom KC, če ni bila izbrana in predpisana že prej.
- Poseben **izziv so ženske, ki ne pridejo na kontrolni pregled**, saj s tem tvegajo pozne zaplete po UPN oz. tvegajo, da bi se spet zgodila neželena nosečnost.

4. stopnja: Drugi kontrolni pregled tri mesece po UPN (izbrani ginekolog)

- Spremljanje uporabe trenutne KC-metode in morebitna zamenjava za bolj sprejemljivo metodo.

5. stopnja: Tretji kontrolni pregled eno leto po UPN (izbrani ginekolog)

- Spremljanje uporabe trenutne KC-metode, morebitna zamenjava za učinkovitejšo ali sprejemljivejšo metodo in dodatno motiviranje za nadaljnjo uporabo KC.

3 Zaključek

Stopnja dovoljene splavnosti v populaciji žensk v rodni dobi zadnja desetletja upada, vendar je dovoljena splavnost v subpopulaciji žensk po UPN še vedno visoka. Treba je okrepiti ter izboljšati kakovost informiranja in svetovanja o KC po UPN s poudarkom na začetku uporabe učinkovite KC takoj po UPN. Jasna strokovna merila in upoštevanje večstopenjskega pristopa zagotavljajo kakovostno svetovanje o KC in doslednejšo uporabo KC po UPN.

Ključna sporočila

1. Stopnja neželenih **nosečnosti je po UPN nekajkrat višja kot v splošni populaciji** žensk v rodni dobi.
2. Dovoljena splavnost je **v prvih letih po UPN nosečnosti visoka, zato je nujno svetovanje o varni in učinkoviti KC po UPN.**
3. **Najučinkovitejše povratne metode KC so IUD in hormonska KC.** Poudariti je treba večjo učinkovitost dolgodelujoče KC, kot je IUD.
4. Pomembno je **petstopenjsko svetovanje o KC po UPN**, in sicer ob napotitvi na UPN, ob UPN, tri tedne po UPN, tri mesece po UPN in eno leto po UPN pri izbranem ginekologu.
5. **S pravilnim in pravočasnim svetovanjem ženskam o uporabi KC po UPN** želimo znižati stopnjo ponovnih neželenih nosečnosti po UPN.

4 Literatura

1. Pinter B. Medico-legal aspects of abortion in Europe. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2002;7(1):15–9.
2. Pinter B, Aubeny E, Bartfai G, Loeber O, Ozalp S, Webb A. Accessibility and availability of abortion in six European countries. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2005;10(1):51–8.
3. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Podatkovni portal. Zdravstveno stanje prebivalstva. Fetalne smrti. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2025. Dostopno na: <https://podatki.nijz.si/pxweb/sl/NIJZ%20podatkovni%20portal/>
4. Kirar-Fazarinc I. Značilnosti, vzorci in merjenje učinkovitosti uporabe kontracepcijskih metod pri ženskah z dvema ali več dovoljenimi splavi: magistrsko delo. Ljubljana: Medicinska fakulteta UL. 1998.
5. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Zdravstveni statistični letopis 2023. Zdravstveno stanje prebivalstva. Fetalne smrti. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2023. Dostopno na: https://nijz.si/wp-content/uploads/2025/03/2.3_Fetalne-smrti_2023-Z_-2.pdf
6. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Informacijski sistem spremljanja fetalnih smrti v Sloveniji, 2004. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2005.
7. Pinter B, Korošec S. Svetovanje o kontracepciji po umetni prekinitvi nosečnosti. V: Pinter B, ur. Kontracepcija danes. Zbornik prispevkov. VIII. Spominski sestanek akad. Prof. dr. Lidije Andolšek-Jeras, 2012. Ljubljana: Slovensko društvo za reproduktivno medicino; 2012. p. 87–91.
8. Pinter B, Pretnar-Darovec A, Vrtačnik-Bokal E. Nove smernice v svetovanju kontracepcije po umetni prekinitvi nosečnosti (UPN) in po porodu ter v obravnavi UPN pri mladostnicah. *ISIS*. 2004;5:83–4.
9. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Informacijski sistem spremljanja fetalnih smrti. Podatkovna zbirka Prijava fetalne smrti (DZS, Obr. 8,171). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2017.
10. World Health Organization. Safe abortion. Technical and policy guidance for health systems, 2nd edition. Geneva: World Health Organization; 2012. Dostopno na: <https://iris.who.int/bitstream/>

- handle/10665/70914/9789241548434_eng.pdf?sequence=1
11. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. FSRH Clinical Guideline: Contraception after pregnancy. London: Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare; January 2017, amended October 2020). Dostopno na: <https://www.fsrh.org/Public/Documents/contraception-after-pregnancy-guideline-january-2017.aspx>
 12. Goldsmith C, Kottke M. Contraception after pregnancy, Chapter 19. In: Cason P, Cwiak C, Edelman A, Kowel D, Marrazzo JM, Nelson AL et al. Contraceptive Technology, 22th edition. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2025. p. 545–558.
 13. Pinter B, Korošec S, Srnovršnik T, Bizjak Ogrinc U. Smernice za rabo kombinirane hormonske kontracepcije. Zdrav Vestn. 2012;81:277–88. Dostopno na: <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-YMXWFDQK>
 14. Pinter B, Trojner Bregar A, Imamović Kumalić S. Slovenske smernice za rabo materničnega vložka. Zdrav vestn. 2012;81:598–601. Dostopno na: <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-A8PKZ1YC>
 15. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use, 5th ed. Geneva: WHO; 2015. Dostopno na: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549158>
 16. World Health Organization. Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization; 2022. Dostopno na: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>
 17. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. FSRH Clinical Guidance: Intrauterine Contraception. March 2023 (Amended Jan 2025). London: Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare; 2023. Dostopno na: <https://www.fsrh.org/Common/Uploaded%20files/documents/fsrh-clinical-guideline-intrauterine-contraception-mar-23-amended.pdf>
 18. Pinter B, Korošec S, Srnovršnik T. Slovenske smernice za rabo progestogenske oralne kontracepcije. Zdrav vestn. 2012;81:355–62. Dostopno na: <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-WZFIKPSX>
 19. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. FSRH Clinical Guidance: Barrier methods for Contraception and STI Prevention. August 2012, amended October 2015. London: Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare; 2012. Dostopno na: <https://www.fsrh.org/Public/Documents/ceu-guidance-barrier-methods-for-contraception.aspx>
 20. Pinter B, Bokal Vrtačnik E, Srnovršnik T, Erak V. Slovenska priporočila za rabo nujne kontracepcije. Zdrav Vestn. 2022;91(7–8):D33–41. Dostopno na: <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-No6ZGM1W/3c831b7a-8106-4ba2-b5ee-coe018233d21/PDF>
 21. Schwartz EB, Cleland K, Turok D. Emergency contraception. Chapter 18. In: Cason P, Cwiak C, Edelman A, Kowel D, Marrazzo JM, Nelson AL et al. Contraceptive Technology, 22th edition. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2025. p. 511–44.
 22. Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok (ZZU-UP). Ur l SRS 11/1977. [Internet] Ljubljana: Služba Vlade Republike Slovenije za zakonodajo; 2025. Dostopno na: <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO408>

KONTRACEPCIJA PO PORODU

BOJANA PINTER, MAJA DOLANC MERC, SARA KOROŠEC, IRENA KIRAR FAZARINC,
TINKARA SRNOVRŠNIK, VILMA KOVAČ, URŠULA REŠ MURAVEC

Izvleček

Po porodu se lahko plodnost hitro povrne, zato je raba zanesljive kontracepcije v zgodnjem in tudi poznem poporodnem obdobju zelo pomembna. V Sloveniji je med ženskami v prvih letih po porodu stopnja neželene nosečnosti višja kot v splošni populaciji žensk v rodni dobi. Razmerje med dovoljeno splavnostjo v prvih letih po porodu in dovoljeno splavnostjo v rodni dobi se je v zadnjih dveh desetletjih zmanjšalo, verjetno tudi zaradi večje ozaveščenosti zdravnikov in žensk o kontracepciji po porodu. Ker je dovoljena splavnost kot kazalnik neželene nosečnosti v prvih dveh letih po porodu še vedno višja od najvišje starostno specifične dovoljene splavnosti, je treba nujno dodatno okrepiti svetovanje o varni in učinkoviti kontracepciji po porodu. Pomembno je pravilno, pravočasno in stopenjsko svetovanje o kontracepciji v nosečnosti, ob in po porodu o možnostih izbire kontracepcije ter o prednostih in slabostih posameznih metod. Najučinkovitejši povratni metodi kontracepcije sta maternični vložek in hormonska kontracepcija, vključno z nujno kontracepcijo, manj učinkovite pa so metoda laktacijske amenoreje in pregradne ter druge oblike kontracepcije. Z ustreznim in pravočasnim svetovanjem ženskam je naš cilj še dodatno zmanjšati delež neželene nosečnosti in s tem umetnih prekinitev nosečnosti. Jasna strokovna merila naj bodo vodilo za ustrezno individualno obravnavo in hkrati optimalno izbiro kontracepcije po porodu.

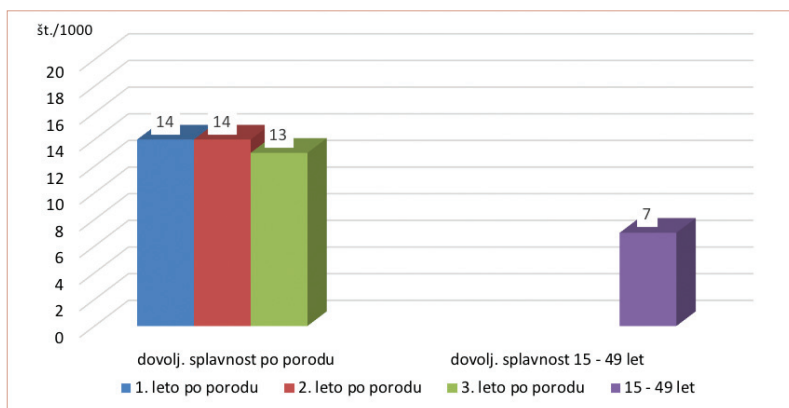
Učni cilji

- Pridobiti **znanje o uporabi kontracepcije** po porodu.
- Seznaniti se s **primernostjo uporabe kontracepcije po porodu**.
- Naučiti se **pravilnega svetovanja** o kontracepciji po porodu.

1 Uvod

Po porodu se lahko plodnost hitro povrne, zato je raba zanesljive kontracepcije (KC) v poporodnem obdobju zelo pomembna. V Sloveniji je med ženskami v prvih letih po porodu stopnja neželene nosečnosti višja kot v splošni populaciji žensk v rodni dobi. Leta 2001 je bila dovoljena splavnost žensk v rodni dobi 15/1000 (15–49 let), v

subpopulaciji žensk v prvih 12 mesecih po porodu pa 40/1000 žensk, kar je 2,7-krat več (dovoljena splavnost na 1000 žensk v rodni dobi je razmerje med številom dovoljenih splavov in številom žensk v rodni dobi (15–49 let) sredi istega leta pomnoženo s 1000). Zaradi večje dovoljene splavnosti v prvih letih po porodu smo leta 2004 izdali prva priporočila o svetovanju o KC po porodu (1) in jih nadgradili leta 2012 (2, 3). Do leta 2023 se je v splošni populaciji dovoljena splavnost že zmanjšala na 7/1000 žensk, v subpopulaciji žensk v prvih 12 in 24 mesecih po porodu pa na 14/1000 (slika 1), kar je še vedno dvakrat več, kot je dovoljena splavnost v splošni populaciji. Dovoljeno splavnost po porodu smo izračunali tako, da smo število UPN, s katerim se je zadnja nosečnost končala kot porod eno, dve oz. tri leta pred UPN, delili s skupnim številom porodov v posameznih predhodnih zadnjih treh letih. Tako smo izračunali dovoljeno splavnost na 1000 žensk po porodu v določenem letu.



Legenda: UPN – umetna prekinitev nosečnosti.

Slika 1: Dovoljena splavnost med ženskami v prvih treh letih po porodu v primerjavi z ženskami, starimi 15–49 let, Slovenija, podatki za leto 2023.

2 Menstruacijski cikel po porodu

Ob dojenju sesanje prekine frekvenco in amplitudo pulznega izločanja gonadotropinov, tako da ovulacija izostane. Plodnost je v času dojenja zmanjšana, zato je uporaba kontracepcijskih metod učinkovitejša (4). Ovarijska aktivnost se poveča, ko se zmanjšata pogostost in trajanje dojenja (5), kar lahko vodi do ovulacij ob dojenju. Če ženska delno doji (ni izključno dojenje), se to lahko zgodi hitro po porodu.

Menstruacija se pri doječih materah pojavi v povprečju 28. teden po porodu. Prvi menstruacijski ciklusi so pogosto povezani s popuščanjem lutealne faze in relativno neplodnostjo. Ovulacija pri izključno doječih materah v povprečju nastopi 34. teden po porodu (6). Izraz *izključno dojenje* pomeni, da je otrok samo dojen oz. da je hranjen

samo z materinim mlekom; ob tem ne uživa vode, čaja, sokov ali drugih tekočin, prejema pa lahko vitamine, minerale in zdravila, ki jih predpiše zdravnik (7). Ob izključnem dojenju je obdobje zmanjšane plodnosti precej daljše kot ob delnem dojenju (8). Pri ženskah, ki ne dojijo, se prva menstruacija (krvavitev, ki traja vsaj dva dni in ob kateri ženska uporablja higienske vložke vsaj en dan) pojavi 4–6 tednov po porodu, prva ovulacija pa v povprečju 45. dan po porodu (9).

3 Kontracepcija po porodu

Svetovanje o izbiri primerne KC-metode po porodu mora biti temeljito. Ženska lahko začne uporabljati KC takoj po porodu ali pozneje (9), zato je pomembno, da jo seznanimo s tveganjem za zgodnjo nosečnost po porodu ter s tem pomembno prispevamo k zmanjšanju možnosti neželene zanositve in izbiri KC po porodu že med nosečnostjo.

Možnost izbire učinkovite KC je zelo pomembna, ker po raziskavah 4–57 odstotkov žensk navaja nezaščitene spolne odnose že pred prvim pregledom pri izbranem ginekologu (10, 11). Ta ugotovitev zdravstvenim delavcem nalaga možnost prvega kontracepcijskega svetovanja že pred odpustom iz porodnišnice. Učinkovita raba KC po porodu zniža stopnjo neželenih nosečnosti, saj je po raziskavah 70 odstotkov nosečnosti v prvem letu po porodu neželenih. Z učinkovito rabo KC so intervali med nosečnostmi podaljšani, kar prinaša boljše perinatalne in maternalne izide (12). Ženskam je treba tudi povedati, da je zanositev v prvem letu po zadnjem porodu povezana s povečanim tveganjem za prezgodnji porod, nizko porodno težo in rojstvom novorojenčka, premajhnega za gestacijsko starost (13). Svetovna zdravstvena organizacija priporoča, naj bo interval med porodom in ponovno zanositvijo vsaj 24 mesecev (14).

3.1 Svetovanje o kontracepciji po porodu

3.1.1 Maternični vložek

Maternični vložek (ang. *intrauterine device* – IUD; z bakrom ali s hormonom) ne vpliva na dojenje in je zelo učinkovita metoda KC. Brez omejitev ga je mogoče vstaviti doječi ali nedoječi materi štiri tedne po porodu, tudi po porodu s carskim rezom (13, 14, 15).

Maternični vložek se lahko vstavi doječim materam tudi v prvih 48 urah po porodu. Po 48 urah in do štiri tedne po porodu vstavitve IUD običajno ni priporočljiva, ker je povezana z višjo stopnjo ekspanzije (12). Po štirih tednih po porodu se IUD lahko uporablja v vseh okoliščinah. Pri poporodni sepsi se IUD ne vstavlja pod nobenim pogojem (12, 13, 16).

V poporodnem obdobju se lahko maternični vložek vstavi takoj, vendar obstaja večje tveganje za ekspanzijo. Potrdili so, da je ekspanzija materničnega vložka večja

po vaginalnem porodu kot po carskem rezu (12). Tveganje za perforacijo maternice ob vstavitvi materničnega vložka je enoodstotno, vendar o deležu perforacij v poporodnem obdobju ni natančnega podatka (17). Doječe matere imajo v primerjavi z nedoječimi večje relativno tveganje za perforacijo maternice ob vstavitvi IUD, vendar ostaja absolutno tveganje majhno (16).

Maternični vložek se lahko uporabi kot oblika nujne KC v prvih petih dneh po nezaščitenem spolnem odnosu (16), če so od poroda minili vsaj štirje tedni (12, 18).

3.1.2 Kombinirana hormonska kontracepcija

Ravni hormonov v materinem mleku so ob uporabi hormonske KC podobne ravnam med ovulacijskimi cikli. Raziskave ne kažejo škodljivega učinka uporabe kombinirane hormonske kontracepcije (KHK) ob dojenju na rast ali razvoj otrok, vendar je KHK v katerikoli obliki (kombinirana oralna KC, kontracepcijski obliž, kontracepcijski vaginalni obroček) v prvih šestih tednih po porodu kontraindicirana zaradi večjega tveganja za trombembolije. Od šestih tednov do šestih mesecev po porodu bi teoretično lahko zmanjšala tvorbo mleka, zato se ob izključnem dojenju KHK odsvetuje. Pri delnem dojenju je uporaba KHK po šestih tednih po porodu sprejemljiva, po šestih mesecih po porodu pa primerna izbira ne glede na dojenje (12, 13, 19, 20).

Nedoječe matere lahko začnejo uporabljati KHK po treh tednih po porodu, če niso pridruženi drugi dejavniki tveganja za vensko trombembolijo (starost 35 let ali več, nepomičnost, transfuzija ob porodu, ITM ≥ 30 kg/m², poporodna krvavitev, porod s carskim rezom, predhodna preeklampsija, kajenje). Če so ti dejavniki tveganja prisotni, je pri nedoječih materah varna uporaba KHK od šestih tednov po porodu naprej (19, 20).

3.1.3 Progestogenska kontracepcija

Progestogenska KC kot progestogenska oralna kontracepcija (POK) ali v obliki depoinjekcij se lahko pri doječih materah uporablja že v prvih šestih tednih po porodu (12), idealno pa ne prej kot v treh tednih po porodu (21), ker je do takrat možna izpostavljenost novorojenčkov steroidnim hormonom (12). Nedoječe matere lahko začnejo progestogensko KC uporabljati takoj po porodu. Po porodu dodatna zaščita pred neželeno nosečnostjo ni potrebna, če uporabnica začne jemati POK do vključno 21. dneva po porodu. Če začne jemati POK po 21. dnevu po porodu, je v naslednjih 48 urah potrebna dodatna zaščita s kondomom oz. vzdržnost od spolnih odnosov (21). Depoinjekcije medroksiprogesteronacetata so pri nas trenutno na voljo kot nujno zdravilo.

3.1.4 Nujna kontracepcija

Nujna hormonska KC po nezaščitenem odnosu ne glede na dojenje ni potrebna v prvih treh tednih po porodu, ker je verjetnost zanositve majhna (prva ovulacija nastopi šele po treh tednih), sicer pa se lahko uporablja kadarkoli po porodu ne glede

na dojenje. Obstajata dve vrsti oralne nujne KC: oralna nujna KC z ulipristalacetatom (UPA), ki je učinkovita do 120 ur po nezaščitenem spolnem odnosu, in oralna nujna KC z levonorgestrelom (LNG), ki je učinkovita do 72 ur po nezaščitenem spolnem odnosu. Ker se LNG izloča v materino mleko, je priporočljivo, da ženska doji, tik preden zaužije zdravilo, in nato dojenje nadaljuje šele osem ur po jemanju zdravila z LNG. UPA se lahko teoretično izloča v mleko, zato ni priporočljivo dojiti vsaj sedem dni po zaužitju zdravila z UPA. V tem času je treba mleko iztiskati in zavreči. Da se izognemo sedemdnevni prekinitvi dojenja ob nujni KC z UPA, je izključno doječi materi v prvih šestih mesecih po porodu priporočljivo svetovati nujno KC z LNG (18).

IUD z bakrom se lahko uporabi kot oblika nujne KC v prvih petih dneh po nezaščitenem spolnem odnosu (16, 18), če so od poroda minili vsaj štirje tedni (12, 18). Vedno več je dokazov, da je lahko učinkovita metoda nujne KC tudi IUD z 52 mg levonorgestrela (22).

3.1.5 Metoda laktacijske amenoreje

Metodo laktacijske amenoreje (ang. *Lactational Amenorrhoea Method* – LAM) lahko uporabljajo doječe matere, če so hkrati izpolnjena tri merila: samo v prvih šestih mesecih po porodu, izključno dojenje, amenoreja. Ob izpolnjenih teh treh pogojih ob idealni rabi zanosi 2 odstotka žensk. Ženske, ki izključno dojijo, imajo izostanek ovulacije, ker prolaktin zavira sproščanje pulzatilnega gonadotropin sproščujočega hormona iz hipotalamusa. Stopnja zaviranja ovulacije je odvisna od intenzivnosti in rednosti dojenja, bazalnega presnovnega statusa matere in materinega indeksa telesne mase (ITM). Ročno brizganje mleka ni nadomestek za sesanje novorojenčka. Učinkovitost LAM se zmanjša, če se zmanjša pogostost podojev, zaradi stresa in bolezni matere ali dojenčka. Tako ob tipični rabi LAM zanosi kar 5,2 odstotka žensk v šestih mesecih uporabe, zato je LAM manj učinkovita metoda KC. Če se ženska odloči za LAM, mora biti svetovanje temeljito, tako da ji natančno razložimo vse tri zahtevane pogoje za izpolnitev zanesljive KC in poudarimo, da LAM po šestih mesecih ni več zanesljiva metoda (12, 13).

3.1.6 Druge metode kontracepcije

Kondom, spermicidi ali prekinjen spolni odnos se lahko uporabljajo kadarkoli po porodu ne glede na dojenje. Ob dojenju je uporaba metod opazovanje plodnosti manj zanesljiva, pri nedoječih materah pa je uporaba teh metod mogoča po štirih tednih (ovulacijska metoda) oz. po treh menstruacijskih ciklih po porodu (koledarska metoda). Diafragma se lahko uporabi po šestih tednih, ker pred tem ni primerne prilagoditve diafragme zaradi nezadostne involucije rodim (12).

Sterilizacija kot zelo učinkovita nepovratna metoda KC se lahko opravi v prvih 48 urah po porodu ali po šestih tednih po porodu ne glede na dojenje (12). Opravi se lahko tudi ob načrtovanem carskem rezu (13). Žensko je treba o tej možnosti pravočasno

informirati vsaj nekaj tednov vnaprej, da lahko pravočasno odda prošnjo na komisiji za umetno prekinitev nosečnosti I. stopnje, ki po naši zakonodaji obravnava te vloge.

4 Petstopenjsko svetovanje o kontracepciji po porodu

Žensko informiramo in ji svetujemo o možnostih KC po porodu že v nosečnosti ter tudi neposredno po porodu. V zadnjem trimesečju nosečnosti je treba žensko seznanimi z možnostmi izbire KC, s prednostmi in slabostmi posameznih metod in pomenom spolne vzdržnosti do prvega pregleda po porodu, da lahko takoj uvedemo učinkovite metode KC, če se ženska za to odloči. Temeljito ji svetujemo glede uporabe LAM ter jo opozorimo na slabšo učinkovitost metod, kot so prekinjen spolni odnos, spermicidi, diafragma in metode opazovanja plodnosti. Prvi pregled po porodu naj ženska opravi šest tednov po porodu oz. po potrebi prej. Doječa ali nedoječa mati lahko po porodu začne uporabljati učinkovito KC, če zagotovo vemo, da ni noseča.

Da bi bila svetovanje in uporaba KC po porodu dosledna in učinkovita, naj svetovanje o KC po porodu poteka v petih stopnjah (tabela 1).

Tabela 1: Primeren začetek uporabe posameznih kontracepcijskih metod po porodu.

Čas po porodu	Doječa mati	Nedoječa mati
Takoj po porodu	LAM kondom spermicidi* prekinjen spolni odnos* sterilizacija	kondom progestogenska KC spermicidi* prekinjen spolni odnos* sterilizacija
≥ 3 tedne po porodu	progestogenska KC oralna nujna KC	kombinirana hormonska KC, če ni dejavnikov tveganja za VTE oralna nujna KC
≥ 4 tedne po porodu	maternični vložek (z bakrom, s hormonom), tudi po carskem rezu	maternični vložek (z bakrom, s hormonom), tudi po carskem rezu metode opazovanja plodnosti*
≥ 6 tednov po porodu	kombinirana hormonska KC (delno dojenje) diafragma* sterilizacija	kombinirana hormonska KC, če so dejavniki tveganja za VTE diafragma* sterilizacija
≥ 6 mesecev po porodu	kombinirana hormonska KC (ne glede na dojenje)	

Legenda: KC – kontracepcija, LAM – metoda laktacijske amenoreje, VTE – venska trombembolija, *manj učinkovite kontracepcijske metode.

1. stopnja: Pred porodom, v zadnjem trimesečju nosečnosti (izbrani ginekolog)

- Svetovanje glede **spolne vzdržnosti do prvega pregleda po porodu**, da lahko takoj uvedemo zanesljive metode KC.
- Svetovanje o uporabi **najučinkovitejših metod KC**: maternični vložek, POK, KHK ...
- Svetovanje o prednostih in slabostih LAM ter drugih manj učinkovitih metod, kot so prekinjen spolni odnos, spermicidi, diafragma ali metode opazovanja plodnosti.
- Odločitev o KC po porodu (najprimernejša metoda in alternativne možnosti).

2. stopnja: Takoj po porodu, ob odpustu iz porodnišnice (lečeči ginekolog)

- Svetovati glede **spolne vzdržnosti do prvega pregleda po porodu**, da lahko takoj uvedemo zanesljive metode KC.
- **Odločitev o KC po porodu** (najprimernejša metoda in alternativne možnosti). Lahko že predpišemo recept za hormonsko KC (npr. POK).
- Če se ženska odloči za LAM, mora biti svetovanje temeljito (upoštevanje vseh treh pogojev: samo v prvih šestih mesecih po porodu, izključno dojenje, amenoreja).
- Če se ženska odloči za prekinjen spolni odnos, spermicide, diafragmo ali metode opazovanja plodnosti, jo je treba opozoriti na manjšo učinkovitost izbranih metod.

3. stopnja: Ob kontrolnem pregledu šest tednov po porodu (izbrani ginekolog)

- Svetovanje o KC ob prvem pregledu po porodu, običajno šest tednov po porodu, lahko tudi že prej.
- **IUD lahko vstavimo na pregledu**, če je bila ženska spolno vzdržna od poroda; sicer se lahko vstavi IUD **že po štirih tednih po porodu** ne glede na dojenje, kar velja tudi za porod s carskim rezom.
- **POK lahko začne doječa mati uporabljati že tri tedne po porodu**; če ne doji, pa takoj po porodu.
- KHK se ob dojenju uporablja po šestih mesecih po porodu; pri nedoječih materah se lahko uporablja že po šestih tednih po porodu. Pri delnem dojenju se KHK običajno uporablja v obdobju od šest tednov ali več do manj kot šest mesecev po porodu; pri nedoječih materah brez pridruženih dejavnikov tveganja za VTE (starost ≥ 35 let, nepokretnost, transfuzija ob porodu, ITM ≥ 30 kg/m², poporodna krvavitev, porod s carskim rezom, preeklampsija, kajenje) pa od v obdobju od 21 dni ali več do manj kot šest tednov po porodu.

- Diafragma, prekinjen spolni odnos, pregradne metode in metode opazovanja plodnosti so manj učinkovite.

4. stopnja: Od tri do šest mesecev po porodu (izbrani ginekolog)

- Spremljanje uporabe trenutne kontracepcijske metode, **morebitna zamenjava** za učinkovitejšo ali sprejemljivejšo metodo in dodatno motiviranje za rabo KC.
- **Zamenjava LAM za drugo oz. učinkovitejšo metodo.**

5. stopnja: Pregled čez eno leto (izbrani ginekolog)

- **Spremljanje uporabe** trenutne kontracepcijske metode, morebitna zamenjava za učinkovitejšo ali sprejemljivejšo metodo in dodatno motiviranje za rabo KC.
- Svetovanje o morebitnem načrtovanju nove nosečnosti in rabi ustrezne KC, nato naj sledijo redni letni pregledi s svetovanjem o KC.

5 Zaključek

Zanositev kmalu po porodu je pogosto nenačrtovana in neželena, zato ji je treba nameniti pozornost že v predporodnem obdobju. Jasna strokovna merila o predpisovanju KC po porodu ter ob dojenju nam omogočajo individualno in hkrati optimalno izbiro KC po porodu. Petstopenjski pristop k svetovanju o KC po porodu omogoča ženski izbiro najprimernejše metode.

Ključna sporočila

1. Stopnja **neželenih nosečnosti je po porodu višja kot v splošni populaciji** žensk v rodni dobi.
2. **Dovoljena splavnost je v prvih treh letih po porodu visoka, zato je nujno svetovanje** o varni in učinkoviti kontracepciji po porodu.
3. Pomembno je **petstopenjsko svetovanje o KC po porodu**, in sicer pred porodom, takoj po porodu, šest tednov po porodu, 3–6 mesecev po porodu in eno leto po porodu pri izbranem ginekologu.
4. S **pravilnim in pravočasnim svetovanjem ženskam o rabi KC po porodu** že v nosečnosti je naš cilj še dodatno znižati stopnjo neželenih nosečnosti in s tem umetnih prekinitev nosečnosti.

10 Literatura

1. Pinter B, Pretnar-Darovec A, Vrtačnik-Bokal E. Nove smernice v svetovanju kontracepcije po umetni prekinitvi nosečnosti (UPN) in po porodu ter v obravnavi UPN pri mladostnicah. Ljubljana: ISIS; 2004;5:83–4.
2. Pinter B. Kontracepcija po porodu. V: MSD plus. Ljubljana: Merck Sharp & Dohme, inovativna zdravila; 2012. p. 5–8.
3. Požlep B, Pinter B. Svetovanje o kontracepciji po porodu. V: Pinter B, ur. VIII. spominski sestanek akad. prof. dr. Lidije Andolšek-Jeras. Kontracepcija danes. Zbornik prispevkov. Ljubljana: Slovensko društvo za reproduktivno medicino; 2012. p. 82–6.
4. Glasier A, McNeilly A, Howie PW. Hormonal background of lactational infertility. *Int J Fertil.* 1988;33:32–62.
5. Faculty of Family Planning and Reproductive Health. Contraceptive choices for breastfeeding women. *J Fam Plann Reprod Health Care.* 2004;30:181–9.
6. McNeilly AS, Howie PW, Houston MJ, Cook A, Boyle H. Fertility after childbirth: adequacy of post-partum luteal phases. *Clin Endocrinol.* 1982;17:167–73.
7. Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ). Dojenje. Ljubljana: NIJZ; 2023. Available from: <https://zdaj.net/poporodno-obdobje/dojenje/>
8. Kennedy KI, Trussell J. Postpartum contraception and lactation. In: Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, ur. *Contraceptive technology*. 17th revised edition. New York: Arent Media Inc; 1998. p. 589–614.
9. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion No 670: Immediate postpartum long acting reversible contraception. *Obstet Gynecol.* 2016;128:e32–7.
10. Speroff L, Mishel DR Jr. The postpartum visit: it's time for a change in order to optimally initiate contraception. *Contraception.* 2008;78:90–8.
11. Connolly A, Thorp J, Pahel L. Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2005;16:263–7.
12. Goldsmith C, Kottke M. Contraception after pregnancy, Chapter 19. In: Cason P, Cwiak C, Edelman A, Kowel D, Marrazzo JM, Nelson AL et al. *Contraceptive Technology*, 22th edition. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2025. p. 545–58.
13. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. FSRH Clinical Guideline: Contraception after pregnancy. London: Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare; January 2017, amended October 2020). Dostopno na: <https://www.fsrh.org/Public/Documents/contraception-after-pregnancy-guideline-january-2017.aspx>
14. World Health Organization (WHO). Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing. Geneva: World Health Organization; 2007. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-07.1>
15. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use, 5th ed. Geneva: WHO; 2015. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549158>
16. Pinter B, Trojner Bregar A, Imamović Kumalić S. Slovenske smernice za rabo materničnega vložka. *Zdrav Vestn.* 2012;81:589–601. Dostopno na: <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-A8PKZ1YC>
17. Farley TM, Rosenberg MJ, Rowe PJ, Chen JH, Meirik O. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: an international perspective. *Lancet.* 1992;339:785–8.
18. Pinter B, Bokal Vrtačnik E, Srnovrnik T, Erak V. Slovenska priporočila za rabo nujne kontracepcije. *Zdrav Vestn.* 2022;91(7–8):D33–41. Dostopno na: <https://www.dlib.si/stream/>

URN:NBN:SI:DOC-No6ZGM1W/3c831b7a-8106-4ba2-b5ee-coe018233d21/PDF

19. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. UK medical eligibility criteria for contraceptive use. London: Faculty of sexual and reproductive healthcare, April 2016, amended September 2019). Dostopno na: <https://www.fsrh.org/Public/Documents/ukmec-2016.aspx>
20. Pinter B, Korošec S, Srnovršnik T, Bizjak ogrinc U. Smernice za rabo kombinirane hormonske kontracepcije. Zdrav Vestn. 2012;81:277–88. Dostopno na: <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-YMXWFDQK>
21. Pinter B, Korošec S, Srnovršnik T. Smernice za rabo progestogenske oralne kontracepcije. Zdrav Vestn. 2012;81:355–62. 1. Dostopno na: <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-WZFIKPSX>
22. Schwartz EB, Cleland K, Turok D. Emergency contraception. Chapter 18. In: Cason P, Cwiak C, Edelman A, Kowel D, Marrazzo JM, Nelson AL et al. Contraceptive Technology, 22th edition. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2025. p. 511–44.

IZ RECENZIJ

Učbenik »Umetna prekinitve nosečnosti« obravnava področje reproduktivne ginekologije z več vidikov. Avtorji, priznani strokovnjaki in specialisti ginekologije in porodništva, na strokoven, razumljiv in didaktičen način osvetlijo vprašanja umetne prekinitve nosečnosti. Učbenik naj bo stalni spremljevalec vseh tistih zdravstvenih delavcev, ki se ob vsakodnevnem kliničnem delu srečujejo s problematiko reproduktivne ginekologije. Narava našega dela zahteva neprestano strokovno izpopolnjevanje, obnavljanje in dopolnjevanje teoretičnega znanja, zato naj bo ta učbenik obvezno čtivo v prizadevanju za čim kakovostnejše klinično delo.

PROF. DR. ADOLF LUKANOVIĆ, DR. MED., SPEC., V. SVETNIK

DOC. DR. ANDREJA TROJNER BREGAR, DR. MED., SPEC.

ISBN 978-961-6454-60-5



9 789616 454605 >