

# Protupravni prekid trudnoće i sudskomedicinski aspekti pobačaja sa smrtnom posljedicom za žene u trudnoći

---

**Babić, Marita**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2020**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **University of Rijeka, Faculty of Medicine / Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:663270>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-12-21**



*Repository / Repozitorij:*

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Medicine - FMRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI  
MEDICINSKI FAKULTET  
INTEGRIRANI PREDDIPLOMSKI I DIPLOMSKI  
SVEUČILIŠNI STUDIJ MEDICINE

Marita Babić

PROTUPRAVNI PREKID TRUDNOĆE I SUDKOMEDICINSKI ASPEKTI POBAČAJA  
SA SMRTNOM POSLJEDICOM ZA ŽENE U TRUDNOĆI

Diplomski rad

Rijeka, 2020.

SVEUČILIŠTE U RIJECI  
MEDICINSKI FAKULTET  
INTEGRIRANI PREDDIPLOMSKI I DIPLOMSKI  
SVEUČILIŠNI STUDIJ MEDICINE

Marita Babić

PROTUPRAVNI PREKID TRUDNOĆE I SUDKOMEDICINSKI ASPEKTI POBAČAJA  
SA SMRTNOM POSLJEDICOM ZA ŽENE U TRUDNOĆI

Diplomski rad

Rijeka, 2020.

Mentor rada: Prof.dr.sc. Dražen Cuculić, dr.med.

Diplomski rad ocijenjen je 18. lipnja 2020. na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci,  
pred povjerenstvom u sastavu:

1. Izv. prof.dr.sc. Valter Stemberga, dr.med. (Predsjednik povjerenstva)
2. Prof.dr.sc. Sanja Štifter, dr.med.
3. Prof.dr.sc. Herman Haller, dr.med.

Rad sadrži 44 stranice, 0 slika, 0 tablica, 41 literaturni navod

## Zahvala

Od srca se zahvaljujem svima koji su bili uz mene na ovom putu:

Mentoru, Prof.dr.sc. Draženu Cuculiću, na pomoći i podršci u pisanju ovog rada.

Svojoj obitelji, a posebno Jozi i Aniti na neizmjerne ljubavi i svim oblicima podrške koju su mi pružili.

Prijateljima Beatrici, Borni, Alenu i Kreši, koji su prvi podržali moju ideju da upišem medicinu.

Mom dragom Joeu, koji strpljivo čeka da završim fakultet.

## Sadržaj

1. Uvod .....	1
2. Svrha rada .....	2
3. Protupravni prekid trudnoće .....	3
3.1. Prevalencija i epidemiologija nesigurnog pobačaja .....	3
3.2. Maternalni mortalitet i morbiditet kao posljedica prekida trudnoće .....	4
3.3. Načini izvođenja protupravnog prekida trudnoće .....	6
3.4. Pobačaj u RH- pravna regulativa .....	8
3.5. Protupravni prekid trudnoće u Republici Hrvatskoj .....	9
3.6. Zakonska regulativa u svijetu .....	10
3.7. Medikamentozni pobačaj i njegova zlouporaba .....	17
3.8. Pobačaji i priziv savjesti .....	19
3.9. Komplikacije protupravnog prekida trudnoće .....	24
3.10. Dijagnosticanje, vještačenje i liječenje komplikacija protupravnog prekida trudnoće .....	27
3.11. Psihološke posljedice prekida trudnoće .....	31
4. Rasprava .....	34
5. Zaključci .....	36
6. Sažetak .....	37
7. Summary .....	38
8. Literatura .....	39
9. Životopis .....	44

## Popis kratica i akronima

DIK	Diseminirana intravaskularna koagulacija
MKB-10	10. revizija Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema
PCO <sub>2</sub>	Parcijalni tlak ugljičnog dioksida u krvi
pO <sub>2</sub>	Parcijalni tlak kisika u krvi
PTSP	Posttraumatski stresni poremećaj
SZO	Svjetska zdravstvena organizacija
UN	Ujedinjeni Narodi

## 1. Uvod

Za jasno razumijevanje tematike prekida trudnoće potrebno je prvo definirati pojam prekid trudnoće ili pobačaj, živorođenost te fetalna smrt.

Pojam prekid trudnoće ili pobačaj (lat. *abruptio gravidatis*) označava potpuno istiskivanje ili odstranjenje ploda, plodovih ovoja i posteljice iz maternice prije nego je plod postigao gestacijsku dob dovoljnu za samostalan život izvan tijela majke.

Kao medicinski pojam, prekid trudnoće uvršten je u MKB-10 klasifikaciju pod šifrom O00-O08. (1)

Po definiciji Svjetske zdravstvene organizacije, granica između pobačaja i prijevremenog porođaja ili mrtvorodenosti je 22 tjedna gestacije i porođajna masa od 500g, te duljina tjeme-peta 25 cm za potrebe državne statistike, dok su granični kriteriji za potrebe međunarodnih statistika SZO-a 28 tjedana gestacije, porođajna masa od 1000 grama te duljina tjeme-peta 35 cm. (2)

S obzirom na trajanje trudnoće prekid trudnoće može biti rani (učinjen u prvom tromjesečju trudnoće) ili kasni (učinjen nakon prvog tromjesečja, tj 12. tjedna trudnoće).

Fetalna smrt je smrt ploda prije potpunog istiskivanja ili vađenja ploda iz majke bez obzira na trajanje gestacije, pri čemu su znakovi koji upućuju na fetalnu smrt činjenica da nakon odvajanja plod ne diše i ne pokazuje druge znakove života poput rada srca, pulsacija pupkovine ili uočljivog pokretanja voljne muskulature.

S druge strane, živorođeno dijete SZO definira kao potpuno istisnut ili izvađen plod začeca iz majke, bez obzira na trajanje gestacije, a koji po odvajanju diše ili pokazuje neke druge znakove života, poput rada srca, pulsacija pupkovine ili uočljivog kretanja voljne muskulature.



Različite okolnosti i razlozi mogu dovesti do prekida trudnoće, te se sa sudskomedicinskog stajališta prekid trudnoće može podijeliti na prirodni i nasilni. Prirodni prekid trudnoće podrazumijeva prekid trudnoće nastao kao posljedica različitih bolesti ili poremećaja koji zahvaćaju trudnicu ili sami plod. U slučaju kada je prekid trudnoće nastao kao posljedica izravnog ili neizravnog djelovanja nekakvog vanjskog čimbenika, govorimo o nasilnom prekidu trudnoće. (3)

Nasilni prekid trudnoće s obzirom na okolnosti pod kojima nastaje može biti namjeran ili nenamjeran. Nenamjerni prekid trudnoće podrazumijeva prekid trudnoće koji nastaje kao posljedica nesretnog slučaja, kao što su prometne nezgode, padovi s visine i sl. Namjerni prekid trudnoće se s obzirom na postojeću pravnu regulativu dijeli na dopušteni i nedopušteni.

S obzirom na okolnosti i sigurnost zahvata namjernog prekida trudnoće Svjetska zdravstvena organizacija dijeli namjerni pobačaj na sigurni i nesigurni, fokusirajući se pri tome na sigurnost samog postupka umjesto na zakone, s ciljem destigmatizacije žena koje se ovakvom postupku podvrgavaju. (4)

Siguran pobačaj je, sukladno definiciji SZO-a onaj koji se izvodi metodama koje preporuča SZO, a koje su odgovarajuće s obzirom na trajanje trudnoće, te ukoliko je osoba koja izvodi prekid trudnoće za to educirana, te se on provodi u odgovarajućoj ustanovi. Nesiguran pobačaj je svaki pobačaj izveden od strane nestručne osobe ili osobe bez iskustva, riskantnim metodama, i/ili u uvjetima koji ne zadovoljavaju minimalne zdravstvene standarde. (4)

## 2. Svrha rada

Svrha ovoga rada je pregled literature o protupravnom prekidu trudnoće, epidemiologiji, načinima izvršenja, pravnoj regulativi u Republici Hrvatskoj i svijetu, čimbenicima koji utječu na dostupnost sigurnog prekida trudnoće, komplikacijama protupravnog prekida trudnoće, njihovoj dijagnostici, te utjecaju na mentalno zdravlje žena.

### 3. Protupravni prekid trudnoće

#### 3.1. Prevalencija i epidemiologija nesigurnog pobačaja

U svijetu godišnje zatrudni 210 milijuna žena. Od toga je 80 milijuna trudnoća neplanirano, od čega se 46 milijuna trudnoća završi namjernim prekidom; od toga 19 milijuna završava nesigurnim pobačajem, od čega oko 8 milijuna bude izvršeno u jako nesigurnim ili opasnim uvjetima.

Više od 97% nesigurnih pobačaja godišnje dogodi se u zemljama u razvoju. U razdoblju između 1990. do 1994. te 2010. do 2014. zabilježen je pad globalne stope prekida trudnoće, ali govoreći u apsolutnim pojmovima, pad je bio relativno malen (od 40 do 35 pobačaja na 1000 žena). Velik i statistički značajan pad stope pobačaja zabilježen je u razvijenim zemljama (od 46 do 27 pobačaja na 1000 žena), dok su stope u zemljama u razvoju ostale nepromijenjene (36-39 na 1000 žena). Što je zakon o prekidu trudnoće restriktivniji, veći je razmjer prekida trudnoće koji se smatraju nesigurnima, u rasponu od manje od 1% u državama s manje restriktivnim zakonima, do preko 31% u zemljama s najrestriktivnijim zakonima. U zemljama u razvoju 49% od ukupnih prekida trudnoće su nesigurni, što je velika razlika u usporedbi s razvijenim zemljama kod kojih taj postotak iznosi 12%, i to najviše u zemljama istočne Europe. (5,6)

Treba imati na umu da u zemljama u kojima je prekid trudnoće zabranjen s ciljem poboljšanja demografske slike, kakav je slučaj bio u Rusiji, zabrana pobačaja nije dovela do porasta stope nataliteta, što govori u prilog činjenici da žene koje žele izvršiti prekid trudnoće nađu i način da to učine, bez obzira na zakone. (7)

### 3.2. Maternalni mortalitet i morbiditet kao posljedica prekida trudnoće

Nesiguran pobačaj jedan je od najčešćih uzroka maternalnog mortaliteta u svijetu, iako Svjetska zdravstvena organizacija ističe nesiguran pobačaj kao najlakše preventabilan uzrok maternalnog mortaliteta. Smrti žena kao posljedica pobačaja i njegovih komplikacija češće su u zemljama u kojima su zakoni koji se tiču prekida trudnoće restriktivniji. Maternalni mortalitet se definira kao smrt žene tijekom trudnoće ili tijekom razdoblja od 42 dana od završetka trudnoće, neovisno o trajanju i lokalizaciji trudnoće, zbog bilo kojeg uzroka u vezi s trudnoćom ili zbog pogoršanja neke druge bolesti ili njezinim vođenjem, ali ne kao posljedica nesreća ili slučajnih uzroka. (8)

Prekid trudnoće jedan je od najsigurnijih medicinskih zahvata ukoliko se radi pod kontroliranim okolnostima i pravilima struke (naputcima SZO-a), a s druge strane jedan je od najčešćih uzroka maternalnog morbiditeta i mortaliteta ukoliko se obavlja na nesiguran način i izvan okvira zakona.

Na globalnoj razini, između 4.7% i 13.2% slučajeva maternalnog mortaliteta posljedica su zdravstvenih komplikacija nesigurnog pobačaja, što znači da približno 47 000 žena reproduktivne dobi godišnje izgubi život. Gotovo 99% slučajeva maternalnog mortaliteta događa se u zemljama u razvoju. Najviše slučajeva maternalnog mortaliteta povezanih sa nesigurnim prekidom trudnoće zabilježeno je u zemljama subsaharske Afrike (37 na 100 000 slučajeva maternalnog mortaliteta), slijedi Latinska Amerika sa 23 na 100 000 slučajeva, te Južna Azija s 12 na 100 000 slučajeva. (5,6)

Sve je više dokaza kojima se nesiguran pobačaj povezuje s povišenim maternalnim morbiditetom i mortalitetom, pri čemu je većina smrtnih slučajeva povezanih sa izvršenjem prekida trudnoće posljedica nesigurnog i protupravnog prekida trudnoće. Nesiguran prekid trudnoće češći je upravo u zemljama s restriktivnim zakonima o prekidu trudnoće. (9)

Ukupno 40% žena reproduktivne dobi u svijetu živi u zemljama s restriktivnim zakonima o prekidu trudnoće. Najteža situacija je u Africi, gdje se 99% od ukupnog broja izvršenih prekida trudnoće smatra nesigurnima, što je približno 4 milijuna prekida trudnoće godišnje. Najčešće se radi o mladim ženama iz vrlo siromašnih ruralnih krajeva, bez pristupa obrazovanju i ikakvoj zdravstvenoj skrbi. Procijenjeni rizik maternalne smrtnosti od nesigurnih pobačaja u Africi je 1 na 150 zahvata, što je ujedno najviše u svijetu. (5)

Studija koja je objavljena u BMC Women's health 2019. godine, kojom je uspoređivana povezanost maternalnog mortaliteta i zakona o prekidu trudnoće na uzorku od 162 države u razdoblju od 1985. do 2013. pokazala je da je u zemljama s manje restriktivnim zakonima maternalni mortalitet, kao i to da je stopa maternalnog mortaliteta u pojedinim zemljama pala nakon što su doneseni manje restriktivni zakoni. To se prvenstveno može objasniti činjenicom da tamo gdje je prekid trudnoće zakonski dozvoljen i dostupan u sklopu zdravstvene zaštite žena, veća je i educiranost liječnika koji ih obavljaju te stručnost samog postupka, što rezultira manjom učestalošću komplikacija i konačno manjim brojem smrtnih slučajeva. (9)

Nesiguran pobačaj ima značajne štetne posljedice za društvo u cjelini, uzrokujući štetu ne samo ženama i njihovim obiteljima, nego i ekonomskoj situaciji predstavljajući značajan javnozdravstveni problem.

Nesiguran pobačaj vrlo često rezultira zdravstvenim komplikacijama zbog kojih žene moraju potražiti liječničku pomoć. U zemljama u razvoju približno 20-50% žena koje se podvrgnu protupravnom prekidu trudnoće razviju komplikacije poput krvarenja, sepse, peritonitisa, te traume reproduktivnih organa. U tim zemljama oko 7 milijuna žena godišnje bude hospitalizirano zbog komplikacija uzrokovanih nesigurnim pobačajem, no smatra se da je stvaran broj još veći. Treba imati na umu da zemljama u kojima je prekid trudnoće zakonom zabranjen, te društveno stigmatiziran, istraživanja kojima se prikupljaju podaci o broju

izvršenih prekida trudnoće, hospitalizacija i smrti su teže izvediva, podaci su manje pouzdani te se stoga često koriste pretpostavke. (6,10)

### 3.3. Načini izvođenja protupravnog prekida trudnoće

Postoje velike varijacije u načinu izvođenja kao i izvršiteljima protupravnog prekida trudnoće. Oni prvenstveno ovise o stanju zdravstvenog sustava pojedine države, postojanju „tradicionalnih“ metoda, te dostupnosti zdravstvenih radnika čak i ukoliko se radi o potpuno zabranjenom zahvatu. (11)

Tako izvršitelj može biti nestručna osoba, potpuni laik, tradicionalni iscjelitelji (primjerice šamani), no to također može biti i zdravstveni radnik; medicinska sestra, primalja ili liječnik, pa čak i specijalist ginekolog (ukoliko se radi o zahvatu učinjenom suprotno postojećim zakonima).

S obzirom na stigmatu s kojom se žene nose u zemljama u kojima prekid trudnoće nije zakonski dozvoljen, žene u strahu da ne budu otkrivene vrlo često u stanju očaja pristaju na vrlo riskantne metode. Iako u Republici Hrvatskoj žena koja sama sebi učini pobačaj neće biti izložena kaznenom progonu, s obzirom da se po Kaznenom zakonu RH kažnjavaju samo drugi počinitelji, u pojedinim zemljama to nije tako, pa često žene same posežu za metodama kojima će si izazvati nastup pobačaja, da bi se potom javile liječniku pod dijagnozom spontanog pobačaja kako bi im bila pružena pravovremena skrb.

Sredstva kojima se vrši protupravni prekid trudnoće mogu se podijeliti na mehanička i kemijska, odnosno nestručne metode kojima se koriste laici (ili ih žene primjenjuju same na sebi) mogu se podijeliti u četiri velike skupine: preparati za oralnu i parenteralnu uporabu, preparati koji se apliciraju u rodnicu, vrat maternice ili rektum, te trauma abdomena. (4)

Brojne žene, u nastojanju da pod svaku cijenu pobace, primjenjuju kombinaciju više metoda.

Kemijske tvari koje se primjenjuju u tu svrhu prema mehanizmu djelovanja su vrlo raznolike, te samo dio njih ima farmakološke učinke kojima se može potaknuti prekid trudnoće, dok dio tih tvari nema stvaran abortivni učinak, ali se radi o tvarima kojima su laici godinama neosnovano pripisivali takva svojstva.

Trauma abdomena u ovom slučaju uključuje najčešće jaku masažu abdomena, udarce u abdomen, te intenzivnu tjelesnu aktivnost poput dizanja utega, skakanje s velike visine i slično.

Preparati za oralnu i parenteralnu primjenu uključuju: soli raznih metala, fosfor, olovo, otopine deterdženata, kerozin, smole, brojni biljni preparati i čajevi, hormoni, uterini stimulansi (oksitocin, mizoprostol), klorokin, oralni kontraceptivi. (4)

Preparati koji se apliciraju u rođnicu, vrat maternice ili rektum uključuju tablete kalijevog permanganata, biljni preparati, mizoprostol te klizme. Mehaničke metode kojima se manipulira uterusom podrazumijevaju primjenu infuzije alkohola, soli ili drugih otopina preko katetera uvedenog u uterus, uvođenje stranog tijela poput vješalice, igle za pletenje i heklanje ili upuhivanje zraka ili tekućine pod tlakom.

Najveći rizik za teške zdravstvene komplikacije i potencijalni smrtni ishod nosi penetriranje sa oštrim predmetima poput igle za pletenje koja može uzrokovati rupturu stijenke maternice, te korištenje nesterilnih instrumenata. Trauma abdomena s ciljem poticanja pobačaja također često dovodi do rupture maternice.

Raznolikost metoda za izvođenje protupravnog prekida trudnoće pokazuje koliko su žene u nastojanju da izbjegnu neželjenu trudnoću spremne riskirati svoje zdravlje, pa ponekad i vlastiti život.

U brojnim zemljama, posebice u Kini, često upotrebljavano sredstvo za poticanje prekida trudnoće je antiseptičko sredstvo etakridin laktat (na tržištu poznato kao Rivanol). Izloženost etakridinu za majku nije u toksikološkom smislu relevantna, za fetus ona ima fatalne posljedice

uzrokujući odvajanje decidue capsularis posteljice od decidue basalis i/ili decidue parietalis. Odvajanje dovodi do oslobađanja prostaglandina koji potom potiču trudove. U kontekstu sudske medicine, ovom metodom izazvan prekid trudnoće može se dokazati žutom diskoloracijom fetusa (najčešće oko pupkovine i na prstima) te toksikološkim nalazom etakridina u fetalnoj odnosno majčinoj krvi. (12)

#### 3.4. Pobačaj u RH- pravna regulativa

U Republici Hrvatskoj prekid trudnoće je zakonski je dozvoljen te je reguliran Zakonom o zdravstvenim mjerama za ostvarivanje prava na slobodno odlučivanje o rađanju djece (NN br. 18/78, 88/09; u daljnjem tekstu Zakon), prema kojemu je određeno tko, kada, pod kojim uvjetima te na koji način može izvršiti prekid trudnoće. Prema njemu svaka žena ima pravo podnijeti zahtjev za prekid trudnoće u za to ovlaštenoj zdravstvenoj ustanovi, te unutar zakonom određenog vremenskog roka, pod uvjetom da prethodno nije utvrđeno da bi se prekidom trudnoće moglo ozbiljno narušiti zdravlje žene. Izuzetak su maloljetnice mlađe od 16 godina, za čiji prekid trudnoće je potrebna suglasnost roditelja ili staratelja.

Na samome početku se u Zakonu naglašava da je prekid trudnoće medicinski zahvat stavljajući ga tako isključivo u okvire zdravstvene djelatnosti, koji se kao takav može izvršiti u bolnicama s organiziranom jedinicom za ginekologiju i porodiljstvo, te u drugim zdravstvenim ustanovama koje imaju za to posebno ovlaštenje od strane nadležnog ministarstva. (13)

Namjerni prekid trudnoće vrši se isključivo u prvom tromjesečju trudnoće; prema Zakonu pobačaj se može izvršiti na zahtjev žene bez traženja posebnog odobrenja do isteka deset tjedana od dana začeća, odnosno s obzirom da se trajanje trudnoće računa od prvoga dana posljednje menstruacije, rok za obavljanje legalnog pobačaja je navršenih dvanaest tjedana gestacije, računajući od prvog dana posljednje menstruacije.

Po isteku toga roka prekid trudnoće može se izvršiti isključivo uz odobrenje komisije prvog stupnja, i to u slučaju kada trudnoća i porođaj predstavljaju neposrednu i neotklonivu prijetnju zdravlju žene, kada se potvrde teške anomalije fetusa, te u slučaju da je do začeća došlo u vezi s izvršenjem krivičnog djela silovanja, obljube nad nemoćnom osobom, obljube zlouporabom položaja obljube s djetetom ili rodoskvrnuća. (13)

Komisija prvoga stupnja odluku donosi u roku od osam dana, te u slučaju neodobravanja prekida trudnoće, žena u roku od tri dana ima pravo podnijeti zahtjev komisiji drugog stupnja, koja donosi konačnu odluku.

U slučaju već započetog prekida trudnoće, prekid se mora dovršiti bez obzira na uvjete i postupak propisan Zakonom. Ukoliko postoji sumnja da je započeti prekid trudnoće izvršen suprotno odredbama Zakona, isti se mora prijaviti nadležnim tijelima.

### 3.5. Protupravni prekid trudnoće u Republici Hrvatskoj

S obzirom na postojeću zakonsku regulativu, namjerni prekid trudnoće dijeli se na dozvoljeni i nedozvoljeni. Dozvoljeni namjerni prekid trudnoće je svaki prekid trudnoće koji je učinjen pod uvjetima i na način propisan postojećim zakonom.

Nedozvoljeni prekid trudnoće je svaki prekid trudnoće koji je na bilo koji način učinjen protivno odgovarajućem zakonu, te kao takav predstavlja kazneno djelo. U Republici Hrvatskoj protupravni prekid trudnoće predstavlja kazneno djelo regulirano člankom 115. Kaznenog zakona.

Kazneni zakon odnosi se na svaku osobu koja ženi izvrši ili joj pomogne u izvršavanju prekida trudnoće protivno postojećoj zakonskoj regulativi, ili ju na njega potakne. Pri tome žena koja



sama sebi izvrši prekid trudnoće ne čini kazneno djelo, što jasno proizlazi iz formulacije zakonskog teksta: „...Tko trudnoj osobi...“ (3)

Kazneno djelo protupravnog prekida trudnoće kažnjava se zatvorskom kaznom u trajanju do tri godine. Ukoliko se time dovede do smrtnog ishoda ili teških zdravstvenih posljedica, počinitelj se kažnjava kaznom zatvora od jedne do deset godina.

Kaznenim djelom smatra se i izvršenje prekida trudnoće bez ženinog pristanka, koje se prema Kaznenom zakonu kažnjava zatvorskom kaznom do osam godina, a u slučaju smrtne posljedice kaznom zatvora od tri do petnaest godina. (14)

### 3.6. Zakonska regulativa u svijetu

Među državama svijeta danas postoje brojne varijacije zakonskih okvira o prekidu trudnoće. Danas u 68 država u svijetu zakon u potpunosti zabranjuje prekid trudnoće ili ga dozvoljava samo ukoliko se jedino njime može spasiti život žene. S druge strane, u 60 država zakon je takav da dozvoljava ženama slobodno odlučivanje o rađanju djece, uključujući odlučivanje na prekid trudnoće. Nadalje, 57 zemalja dozvoljava prekid trudnoće u svrhu zaštite ženinog zdravlja i života dok ih 14 dozvoljava prekid trudnoće iz socioekonomskih razloga. Ujedinjeni narodi klasificirali su zakone o prekidu trudnoće s obzirom na pravne osnove po kojima je prekid trudnoće dozvoljen u sedam kategorija (9, 15):

1. Isključivo u svrhu spašavanja ženina života
2. U svrhu očuvanja tjelesnog zdravlja žene
3. U svrhu očuvanja mentalnog zdravlja žene
4. Prekid trudnoće koja je posljedica silovanja ili incesta
5. Sumnja na oštećenje ili poremećaj fetusa
6. Prekid trudnoće zbog socioekonomskih razloga
7. Prekid trudnoće na zahtjev

Kao što se i sam način izvođenja prekida trudnoće mijenjao tijekom stoljeća, tako su se mijenjali i zakoni. Krajem 19. stoljeća prekid trudnoće bio je zakonom zabranjen u gotovo svim državama, a glavni su provoditelji tih zakona bile velike imperijalne sile poput Velike Britanije, Francuske, Španjolske i Italije, koje su provodile takve zakone i u svojim kolonijama. Glavni razlozi zbog kojih su se zabranjivali pobačaji bili su visoka smrtnost i opasnost samog zahvata kao javnozdravstveni razlozi, zaštita života nerođenog djeteta, ali i sama činjenica da se takav čin smatrao velikim grijehom i nemoralom. (16)

Prva reforma zakona o prekidu trudnoće dogodila se u bivšem Sovjetskom Savezu dekretom o zdravstvenoj zaštiti žena 1920. koji je potaknula feministica Aleksandra Kollantai. Po završetku Drugog svjetskog rata većina je država svijeta i dalje imala restriktivne zakone o prekidu trudnoće, no 1950-ih došlo je do postepene liberalizacije zakona, prvenstveno u središnjoj i istočnoj Europi a potom i u Sjedinjenim Američkim Državama. U razdoblju od 1950. do 1985. godine većina je industrijaliziranih država zakonom dozvolila prekid trudnoće. Nakon 1994., kada je 179 država na Međunarodnoj konferenciji o stanovništvu i razvoju u Kairu dogovorilo raditi na prevenciji nesigurnog pobačaja, još je oko 25 država liberaliziralo svoje zakone o prekidu trudnoće, a u tom je periodu samo mali broj država uspostavio restriktivne zakone. (9, 16)

Liberalizacija zakona o prekidu trudnoće prvenstveno se temeljila na uklanjanju kaznenih zabrana za obavljanje prekida trudnoće u okolnostima pod kojima se smatralo da bi prekid trudnoće trebao biti dopušten; prvenstveno u slučaju silovanja, incesta, sumnje na bolest ploda, bolesti majke, te nepovoljnih socioekonomskih okolnosti. U današnje vrijeme kada je prekid trudnoće prepoznat kao medicinski zahvat te postoje sigurne metode za njegovo izvođenje, zakoni kojima se prekid trudnoće zabranjuje više ne postoje kao javnozdravstvena mjera u svrhu zaštite zdravlja žena. Današnji zakoni, ukoliko se ne radi o onima koji u potpunosti zabranjuju prekid trudnoće, najčešće postoje sa svrhom točnog određivanja tko, kada i na koji

način može izvršiti prekid trudnoće, kažnjavajući pritom svakoga tko prekid trudnoće vrši izvan zakonskih okvira, riskirajući pritom život i zdravlje žene. Važnu ulogu u liberalizaciji zakona o prekidu trudnoće imale su brojne aktivne kampanje iz područja ženskih prava, ljudskih prava i javnog zdravstva, vođene prvenstveno od strane tijela Ujedinjenih naroda za ljudska prava, koja proučavaju utjecaje aktualnih zakona na žene i njihovu uklopljenost u međunarodne standarde ljudskih prava, te ističući nesigurne prekide trudnoće kao značajan javnozdravstveni problem koji nastaje kao posljedica restriktivnih zakona. (16)

1999. na Međunarodnoj konferenciji o populaciji i razvoju utvrđeno je da poražavajući učinak nesigurnog pobačaja na javno zdravstvo predstavlja značajan globalni problem, ali da se prekid trudnoće kao takav treba zakonski rješavati unutar svake države zasebno. Godinu dana kasnije, na 4. svjetskoj Konferenciji o pravima žena zemlje članice utvrdile su nužnost da se ponovno razmotre zakoni u kojima postoje kaznene mjere usmjerene prema ženama koje se podvrgavaju protupravnom prekidu trudnoće. Međunarodni konsenzus o zakonima o prekidu trudnoće se nastavio razvijati, potičući liberalizaciju postojećih strogih zakona, te se zalažući za njihovo ukidanje i dekriminalizaciju prekida trudnoće. Godine 2018. UN-ov specijalni izvjestitelj o pravu na zdravlje utvrdio je da je postojanje restriktivnih zakona doprinijelo povećanom broju zatvorskih kazni za žene u nekim dijelovima svijeta, čime se još dodatno kompromitiralo njihovo pravo na pristup zdravstvenoj zaštiti. Još jedan faktor koji se kroz standarde za ljudska prava navodi kao značajan u diskriminaciji žena je činjenica da se rasprave o pravu na prekid trudnoće, uključujući i one kroz parlamentarna tijela, provode na način da se žene stavlja u poziciju pasivnog subjekta čija je glavna uloga reprodukcija. (17, 18)

Iako su se u posljednjim desetljećima sve više razvili međunarodni standardi za ženska reproduktivna prava uključujući i pravo na prekid trudnoće, u zadnje vrijeme sve se više pojavljuju i zahtjevi za restrikciju zakona i ograničavanja prava na mogućnosti obavljanja i dostupnost prekida trudnoće. U nekim se državama tako zakon mijenjao uvodeći i povlačeći

neke od restrikcija s promjenama političke vlasti u državi. Primjer je Poljska, gdje je prvo 1993. godine nakon pada Sovjetskog Saveza dotadašnji liberalni zakon zamijenjen novim restriktivnim, koji je potom ponovno tri godine kasnije liberaliziran, te su potom opet uvedene restrikcije.

U brojnim zemljama s liberalnim zakonom strategije za restrikciju prekida trudnoće kroz zakone i politiku dovele su do ograničenja dostupnosti prekida trudnoće, kao što su obavezna savjetovanja prije prekida trudnoće (koja su često pod kritikom da su pristrana jer se u njima često iznose netočne informacije o negativnim zdravstvenim posljedicama pobačaja), razdoblje čekanja, pristanak treće strane, ograničavanje opsega metoda za izvršenje prekida trudnoće (najčešće medikamentoznog pobačaja), te ono najvažnije- visoke cijene zahvata. Upravo takve proceduralne barijere odgađaju pristup sigurnoj zdravstvenoj skrbi, otežavaju cijeli postupak te se zbog njih žene češće odlučuju preuzeti stvar u svoje ruke te u nastojanju da pod svaku cijenu izvrše prekid trudnoće, upuštaju se u to mimo zakona riskirajući na taj način svoje zdravlje i život.

U zemljama u kojima je prekid trudnoće zakonski dozvoljen samo pod usko određenim uvjetima, žene se često susreću s manjkom informacija o svojim pravima u slučaju da se odluče na prekid trudnoće, zbog čega se uz pogrešnu pretpostavku da na prekid trudnoće nemaju zakonsko pravo, odlučuju na obavljanje prekida trudnoće u nesigurnim uvjetima. U takvim zemljama česta je i nedovoljna educiranost liječnika za vršenje prekida trudnoće, koji zbog straha od mogućih sankcija vrlo restriktivno tumače zakon te se zbog toga i rjeđe odlučuju na izvršavanje prekida trudnoće. Čest je u takvim slučajevima i nedostatak pravno zadovoljavajućih protokola zdravstvene skrbi za žene koje se odlučuju na prekid trudnoće, što sve skupa rezultira nepovoljnim posljedicama za žene u tom sustavu. (16)

U Meksiku tako postoji zakon koji je reguliran na državnoj razini, i dozvoljen pod određenim uvjetima, s razlikama u restriktivnosti među pojedinim državama sastavnicama, dok je u

Mexico Cityju u prvom tromjesečju pobačaj dekriminaliziran. Studija koja je provedena u 3 različite meksičke države pokazala je da je samo trećina ispitanica bila svjesna toga da je u Mexico Cityju prekid trudnoće dekriminaliziran, te ih većina nije bila dovoljno upoznata sa zakonskim kriterijima pod kojima je u njihovoj državi prekid trudnoće dozvoljen. U istoj studiji se pokazalo da je postojala velika varijacija među ishodima prekida trudnoće kod žena koje su prekid trudnoće obavile istom metodom ili kod jednako stručnih izvršitelja, što je dokaz da ishod ovisi prvenstveno o načinu na koji se metode vrše i njihovoj usklađenosti s postojećom smjernicama i preporukama. Kod žena koje su same sebi inducirale prekid trudnoće ili su ga obavile ilegalnim putem, ishodi su jako varirali, od dobrog ishoda do teških komplikacija, a one koje su u Mexico Cityju prekid trudnoće obavile legalnim putem ishodi su uglavnom bili dobri. (19)

Problem koji se u brojnim državama očituje unutar zakonskih okvira koji reguliraju prekid trudnoće je neusklađenost između zakona i propisa koja često rezultira kontradikcijama zbog kojih je otežano tumačiti u kojim uvjetima je prekid trudnoće dozvoljen, a u kojima ne. To često rezultira smanjenim brojem prekida trudnoće izvršenih unutar bolnica i za to ovlaštenih ustanova, a povećanjem broja nesigurnih pobačaja i posljedično povećanjem maternalnog morbiditeta i mortaliteta. Primjer ovakve pravne neusklađenosti je Uganda gdje je zbog kontradikcije između Ustava i Kaznenog zakona 2015. Ministarstvo zdravstva osmislilo smjernice za prevenciju nesigurnog pobačaja, u kojima je točno određeno tko, gdje i kada može izvršiti prekid trudnoće, kao i detalje o skrbi nakon prekida trudnoće. No ove smjernice nisu dugo bile na snazi, jer su već sljedeće godine povučene zbog pritiska od strane religijskih ustanova i političke opozicije. (16)

Žene u Kolumbiji se također bore s dvostrukim standardima koje im nameću nacionalni zakoni, u kojima je s jedne strane prekid trudnoće proglašen temeljnim pravom žena, dok ga s druge strane Kazneni zakon iste države proglašava zločinom. U Indiji, unatoč zakonskoj dozvoljenosti

prekida trudnoće, više postojećih zakona ograničava pristup prekidu trudnoće rezultirajući visokim mortalitetom i morbiditetom. Nadalje, zbog brojnih birokratskih prepreka broj klinika u kojima se može vršiti prekid trudnoće vrlo je mali, ultrazvuk je zabranjeno koristiti u svrhu otkrivanja spola djeteta, uvedene su restrikcije za prekid trudnoće u drugom trimestru, a Odredba o zaštiti djece od spolnih prekršaja nalaže prijavu maloljetničkih spolnih odnosa, zbog čega se maloljetnice u slučaju trudnoće ne usude potražiti liječničku pomoć. (16, 20)

U pojedinim državama promjene zakona događale su se sukladno demografskoj slici. U Turskoj je tako 1983. uspostavljen zakon kojim se prekid trudnoće dozvoljavao do 10. tjedna trudnoće, uz suglasnost supruga. Posljednjih godina vlast je u Turskoj počela zagovarati pronatalitetnu politiku nazivajući pobačaj ubojstvom i prijeteći restrikcijom zakona. Iako zbog brojnih prosvjeda do restrikcije zakona (još) nije došlo, pristup prekidu trudnoće je otežan administrativnim promjenama zbog kojih je dogovaranje termina za prekid trudnoće puno teže, te smanjenjem broja klinika koje ovaj zahvat obavljaju.

U Maroku zakon dopušta prekid trudnoće u slučaju da trudnoća predstavlja prijetnju zdravlju žene, ako se radi o malformiranom plodu, te u slučaju da je trudnoća posljedica silovanja ili incesta. No ovim zakonom isključene su neudane žene s obzirom da je u Maroku spolni odnos izvan braka zakonom zabranjen. (21)

U većini zemalja subsaharske Afrike zakoni o prekidu trudnoće vrlo su restriktivni, te je zbog toga i zbog slabog pristupa zdravstvenoj skrbi visok maternalni mortalitet i morbiditet, prvenstveno zbog velikog broja nesigurnih pobačaja. Kao zemlja s uočljivim pomakom u vidu liberalizacije zakona ističe se Etiopija, u kojoj je od 2005. godine prekid trudnoće dozvoljen u svrhu zaštite tjelesnog i psihičkog zdravlja žene, dokazane fetalne malformacije, ukoliko se radi o ženi s duševnim poteškoćama ili maloljetnici, te ukoliko je trudnoća rezultat incesta ili silovanja. 2006. godine Etiopija je u svoj zakon primijenivši smjernice Svjetske zdravstvene organizacije uvela i mogućnost obavljanja medikamentoznog prekida trudnoće. Unatoč

liberalizaciji zakona, postotak nesigurnih pobačaja u Etiopiji je i dalje visok, te je mali broj ustanova i liječnika koji vrše prekid trudnoće; dijelom zbog osobnih i vjerskih uvjerenja koja ih u tome sprečavaju, a dijelom zbog nedostatka edukacije i opreme u svojim ustanovama.

SZO u svom Vodiču za siguran prekid trudnoće ističe da kriminalizacija pobačaja ne dovodi do smanjenja stope ili ukupnog broja pobačaja, što je bio primarni cilj politike nekih država, nego da naprotiv, kriminalizacija pobačaja dovodi do porasta broja nesigurnih pobačaja te posljedičnog porasta mortaliteta i morbiditeta (22)

Međunarodne platforme za ljudska prava traže dekriminalizaciju pobačaja u minimalno 3 slučaja:

1. Slučajevi u kojima trudnoća predstavlja rizik za zdravlje i život žene
2. Slučajevi u kojima je trudnoća posljedica seksualnog nasilja
3. Slučajevi u kojima postoji rizik ili je dokazan fetalni poremećaj

UN-ov specijalni izvjestitelj o pravu na zdravlje ističe da je za žene koje su bile žrtve seksualnog nasilja neprihvatljivo da ih se stavlja u poziciju ponovnog prolaska patnje zbog odbijanja pružanja adekvatne zdravstvene skrbi u vidu prekida trudnoće, ističući značaj prekida trudnoće u takvim slučajevima za očuvanje mentalnog zdravlja. (17)

U slučajevima rizika ili dokazanih fetalnih poremećaja SZO u Vodiču za siguran prekid trudnoće ističe da prenatalna dijagnostika i testovi predstavljaju zakonsko pravo trudne žene, te da se pristup takvoj dijagnostici ne smije osporavati zbog mogućnosti da će žena odlučiti prekinuti trudnoću. Također se ističe da je ženino pravo da zna status svoje trudnoće, te da reagira i donese odluku u skladu s informacijama koje dobije dijagnostičkom pretragom. (22)

Prva i zasad jedina država koja je u potpunosti dekriminalizirala pobačaje je Kanada, koja je to učinila još 1988. Nekada je Kanada provodila stroge i restriktivne zakone koji su kasnije opozvani, te su zamijenjeni politikom koja podržava nepristrani, siguran i dostupan pobačaj.

Stopa pobačaja u Kanadi je od dekriminalizacije stabilna, uz opadanje stope pobačaja izvršenih u drugom tromjesečju trudnoće, čime je Kanada na svom primjeru pokazala kako pobačaj može sigurno i učinkovito biti reguliran kao komponenta uobičajene i dostupne zdravstvene skrbi. (23)

### 3.7. Medikamentozni pobačaj i njegova zlouporaba

Medikamentozni pobačaj je prekid trudnoće primjenom lijekova koji potiču proces sličan spontanom pobačaju. Primjena medikamentoznog prekida trudnoće započela je 1990-ih, te on danas djelomično zamjenjuje klasični kirurški. Najčešće primjenjivani lijekovi u tu svrhu su mifepriston (antagonist progesteronskih receptora), te mizoprostol (prostaglandin). Njihovom kombinacijom dolazi do decidualne nekroze i odvajanja posteljice zbog blokade progesteronskih receptora, omekšanja i dilatacije cerviksa te pojačane osjetljivosti cervikalnih i uterinih mišića na mizoprostol. (24)

S obzirom da je ova metoda jednostavnija za primjenu, manje rizična i brža, sve se više primjenjuje u zdravstvenim ustanovama koje provode prekid trudnoće, te je zbog istih razloga prihvatljivija za žene koje se zbog toga i lakše odlučuju na prekid trudnoće. (9)

Svjetska zdravstvena organizacija je promovirala medikamentozni pobačaj kao metodu kojom se mogu zamijeniti drugi, riskantniji zahvati. Iako je kombinacija mizoprostola i mifepristona djelotvornija, u slučajevima restriktivnijih zakona gdje mifepriston nije dostupan, SZO preporučuje primjenu samog mizoprostola. (25,26)

Upravo iz tog razloga sve je veća primjena mizoprostola kao metode za izvršavanje protupravnog prekida trudnoće. U državama s restriktivnim zakonima o prekidu trudnoće posljednjih godina porasla je primjena medikamentoznog pobačaja, koristeći pritom mizoprostol, koji je time uvelike zamijenio tradicionalne, puno riskantnije metode. Taj je trend započeo u državama Latinske Amerike, posebice u Brazilu, gdje je dostupnost mizoprostola u



ljekarnama dovela do povećanog pristupa medikamentoznom pobačaju, a danas se sve više primjenjuje i u drugim zemljama u razvoju.

Kako se radi o prilično sigurnom i učinkovitom lijeku, njegova primjena dovela je do smanjenja maternalnog morbiditeta i mortaliteta vezanog uz prekid trudnoće, no ipak u slučajevima kada ga žene uzimaju na svoju ruku, u nekontroliranim uvjetima, moguće su komplikacije, iako je i dalje to puno rjeđe nego kod primjene drugih riskantnijih metoda. Najčešće komplikacije su krvarenje i nepotpuni prekid trudnoće. U rijetkim slučajevima prilikom uzimanja prevelike doze može doći do trovanja. Manifestacije trovanja mizoprostolom mogu biti različite: abdominalne kolike, povraćanje, proljev, vrućica, tresavica, agitiranost, konfuzija, tremor, hipoksemija, hipotenzija, te čak i rabdomioloza. U literaturi je opisan i slučaj adolescentice koja je razvila teške komplikacije nakon uzimanja prevelike doze mizoprostola, pri čemu je uslijedila nekroza želuca i distalnog jednjaka, krvarenje iz gornjeg dijela probavnog trakta, sepsa, multiorgansko zatajenje i posljedična smrt. (4, 6, 11, 26)

Kako se radi o lijeku koji se primjenjuje za više indikacija (želučani ulkusi, postpartalno krvarenje i prekid trudnoće), dostupnost na tržištu povećava pristup ovakvoj vrsti prekida trudnoće i olakšava zaobilaznje zakona. Osim u ljekarnama gdje se nalazi kao registrirani lijek, sve je veća njegova dostupnost na crnom tržištu te nabava putem interneta. S ciljem da se ograniči njegova primjena kao abortivnog sredstva, neke države u kojima su zakoni o prekidu trudnoće restriktivniji, kao što je slučaj u Brazilu i Egiptu, ograničile su njegovu dostupnost i distribuciju ili ga u potpunosti uklonile s liste registriranih lijekova, unatoč tome što radi o lijeku koji je 2005. uvršten na listu esencijalnih lijekova SZO-a, te što se takve restrikcije kose sa standardima ljudskih prava vezanih uz pristup potrebnim lijekovima. (11, 16, 17)

Mreža kojom se osigurava dostupnost medikamentoznog pobačaja sve je veća, te je danas sve veća uporaba telemedicine za tu svrhu; neke neprofitne organizacije poput Women Help Women, Women on Web, Safe2choose te Women on Wave provode online konzultacije za

žene koje se odlučuju na ovakvu vrstu prekida trudnoće, savjetujući ih pritom o načinu primjene, rizicima te potencijalnim simptomima koji bi mogli biti indikativni za potražiti liječničku pomoć. Takve organizacije također provode nabavku mizoprostola za žene u državama u kojima je prekid trudnoće ilegalan, kao i u onima u kojima je legalan ali se do njega ne može lako doći. Tablete potom šalju poštom u obliku diskretnog neoznačenog pisma. (11, 25)

Mizoprostol ukoliko se primijeni u pravoj dozi i na pravi način može sam biti dovoljan za uspješan prekid trudnoće, dok u drugim slučajevima dovodi do uterinog krvarenja i indukcije poroda. S obzirom da ga se može koristiti za indukciju pobačaja, čest je slučaj da same žene, ali i liječnici ili druge osobe koje obavljaju ilegalni prekid trudnoće, primijene mizoprostol u svrhu indukcije pobačaja, nakon čega se žena javi u bolnicu kao spontani pobačaj, te si na taj način osigura adekvatnu skrb, bez straha od pravnih posljedica. Takav način primjene dosta je čest u Brazilu, gdje se zbog primjene mizoprostola bilježi i znatan pad broja infekcija koje nastaju kao posljedica nesigurnog pobačaja. S druge strane, u Kolumbiji, gdje se sve veći broj protupravnih prekida trudnoće izvodi na ovaj način, zabilježen je porast broja komplikacija, što je vjerojatno rezultat nedovoljne informiranosti žena o načinu primjene i dozama, ali je također upitna i kvaliteta varijanti mizoprostola koje su dostupne na tamošnjem tržištu. (4)

### 3.8. Pobačaji i priziv savjesti

Još jedna u nizu prepreka na koje žene nailaze u pristupu prekidu trudnoće je pravo na priziv savjesti liječnika i zdravstvenih djelatnika, koje je često prilično nejasno regulirano. Pozivanje na priziv savjesti može se definirati kao odbijanje da se izvrši neka zakonska obaveza ili dužnost zbog osobnog ili vjerskog uvjerenja. Najčešće se primjenjuje u medicini, i to većinom uz vršenje prekida trudnoće ili eutanazije.

Pozivanje na priziv savjesti u kontekstu prekida trudnoće odnosi se prvenstveno na izvršenje prekida trudnoće na zahtjev žene, a razlozi su većinom religijske naravi. Ponekada liječnici pozivajući se na priziv savjesti odbijaju izvršiti prekid trudnoće a da pritom istu ženu ne upute na drugoga liječnika ili drugu ustanovu koja bi joj mogla pružiti traženu zdravstvenu uslugu. SZO u svom priručniku za siguran pobačaj ističe kako liječnici imaju pravo na priziv savjesti, ali im to ne dozvoljava da time ženi onemoguće prekid trudnoće na koji ima zakonsko pravo, dovodeći pritom u rizik njeno zdravlje. SZO pritom također ističe da ukoliko liječnik koji se u ovom slučaju poziva na priziv savjesti ne može osigurati drugog izvršitelja prekida trudnoće, treba ga sam izvesti ukoliko postoji opasnost za ženino zdravlje. (22,27)

Iako je pravo na priziv savjesti u uskoj vezi s pravom na slobodu mišljenja, savjesti i vjeroispovijesti koji su ljudska prava osigurana brojnim međunarodnim dokumentima (poput Opće deklaracije o pravima čovjeka, Europske konvencije o ljudskim pravima, Povelje o temeljnim ljudskim pravima Europske unije), takvi međunarodni dokumenti također propisuju da sloboda vjeroispovijesti i religijskih uvjerenja ne smije biti razlog ograničavanja nečijih ljudskih prava. (28)

U zemljama Europske unije pitanje priziva savjesti u zdravstvu uređuje se Rezolucijom 1763 koju je Parlamentarna skupština Vijeća Europe donijela 2010. godine. Rezolucijom se uređuje odnos između prava liječnika na pozivanje na priziv savjesti i prava na potpunu i pravodobnu zdravstvenu zaštitu žena. Njome se ističe važnost pravno transparentnog reguliranja priziva savjesti koji u slučaju prekida trudnoće podrazumijeva obavezu liječnika da ženu o tome pravodobno informira, te ju uputi na drugoga liječnika odnosno drugu zdravstvenu ustanovu. (28)

U Republici Hrvatskoj pravo na priziv savjesti uvedeno je u zakonodavstvo 2003. godine, a do danas je regulirano kroz više dokumenata: Zakon o liječništvu, Kodeks medicinske etike i

deontologije, Zakon o sestinstvu, Etički kodeks primalja te Zakon o medicinski potpomognutoj oplodnji.

Članak 20. Zakona o liječništvu navodi da „radi svojih etičkih, vjerskih ili moralnih nazora, odnosno uvjerenja liječnik se ima pravo pozvati na priziv savjesti te odbiti provođenje dijagnostike, liječenja i rehabilitacije pacijenta, ako se to ne kosi s pravilima struke te ako time ne uzrokuje trajne posljedice za zdravlje ili ne ugrozi život pacijenta.“ Ovo posljednje upravo govori da se pozivanje na priziv savjesti ne može učiniti u slučajevima kada je prekid trudnoće nužan za očuvanje zdravlja i spašavanje života žene, nego isključivo u slučaju prekida trudnoće na zahtjev. Nadalje, u istom članku se ističe to da liječnik „o svojoj odluci mora pravodobno izvijestiti pacijenta te ga uputiti drugom liječniku iste struke. Ako je liječnik zaposlen u zdravstvenoj ustanovi, trgovačkom društvu, odnosno drugoj pravnoj osobi koja obavlja zdravstvenu djelatnost ili kod drugog liječnika koji obavlja privatnu praksu, mora o odluci izvijestiti svog nadređenog, odnosno poslodavca.“ (29)

Na sličan se način Kodeks medicinske etike i deontologije Hrvatske liječničke komore dotiče priziva savjesti, u kojemu članak 2., stavak 15. navodi da „Liječnik ima pravo na priziv savjesti, ako time ne uzrokuje trajne posljedice za zdravlje ili ne ugrozi život pacijenta. O svojoj odluci mora pravodobno obavijestiti pacijenta te ga uputiti drugom liječniku iste struke.“ (30)

Osnovni problem u slučaju prava na pozivanje na priziv savjesti u kontekstu prekida trudnoće je nedovoljno usklađena zakonska regulativa te neusklađenost regulative i prakse uz česte zlouporabe tog prava, čime se uskraćuje pravo na prekid trudnoće kao postojeće, zakonski regulirano reproduktivno pravo. Republika Hrvatska prihvatila je Konvenciju UN-a o uklanjanju svih oblika diskriminacije žena. Konvencija ističe reproduktivna prava žena kao jedna od osnovnih ljudskih prava, te se u članku 12. navodi da su zdravstvene ustanove dužne poduzimati sve potrebne mjere protiv diskriminacije žena u području zdravstvene zaštite, s

ciljem osiguranja dostupnosti zdravstvene zaštite, uključujući pri tome i usluge usmjerene na planiranje obitelji. (31)

Zakonom o ravnopravnosti spolova zabranjuje se diskriminacija s obzirom na pristup uslugama, te se ističe pravo svake žene na slobodno odlučivanje o svojim reproduktivnim i seksualnim pravima i zdravlju, što uključuje i pravo na slobodno odlučivanje o rađanju djece.

Sama procedura pozivanja na priziv savjesti nije zakonski regulirana, nego se razlikuje među ustanovama. Ono što se susreće kao česti problem u pojedinim ustanovama u kojima se pojedini liječnici pozivaju na priziv savjesti i ne izvršavaju prekid trudnoće jest nedostatak kadra koji bi ga izvršavao. To posebno predstavlja problem u regijama u kojima nema druge ustanove u blizini u kojoj bi dovršenje prekida trudnoće bilo moguće, čime ne samo da se ograničava dostupnost sigurnog i pravnog prekida trudnoće, nego se stvara i dodatno psihičko i financijsko opterećenje ženama koje u takvom slučaju moraju putovati u drugi grad.

Prema istraživanju koje je 2014. godine u Republici Hrvatskoj provela pravobraniteljica za ravnopravnost spolova, od ukupno 30 zdravstvenih ustanova koje su ovlaštene za provođenje prekida trudnoće, u 6 ustanova se prekid trudnoće na zahtjev žene uopće ne vrši zbog priziva savjesti svih zdravstvenih djelatnika koji su za to osposobljeni, dok se u ostalih 24 prekid trudnoće izvršava. U tih 30 ustanova ukupno je 375 liječnika osposobljenih za izvršavanje prekida trudnoće, od čega ga provodi samo 167 njih (45%), dok se ostali pozivaju na priziv savjesti. U ostalim zemljama EU prevalencija priziva savjesti ginekologa u slučaju prekida trudnoće vrlo je varijabilna; od samo 10% u Velikoj Britaniji do čak 70% u Italiji te 80% u Portugalu. (32)

U državama s tako visokom prevalencijom priziva savjesti žene se stavljaju u vrlo nepovoljan položaj, budući da često moraju putovati u druge krajeve države ili čak u inozemstvo da im se prekid trudnoće omogući, ili se podvrgavaju protupravnom prekidu trudnoće raznim

nesigurnim metodama riskirajući tako svoje zdravlje i život. Vijeće Europe proglasilo je da se u takvim slučajevima vrši diskriminacija žena na temelju zdravstvenog i socioekonomskog statusa te teritorijalnog položaja. Česte su i presude Europskog suda za ljudska prava u korist pacijentica kojima je zbog priziva savjesti većinskog dijela zdravstvenih djelatnika uskraćeno pravo na prekid trudnoće koji im je zakonom dozvoljen. (31)

Brojni su slučajevi pozivanja zdravstvenih djelatnika na priziv savjesti koji su zauzeli medijsku pažnju, kako u Hrvatskoj tako i u svijetu. Osim brojnih slučajeva priziva savjesti ginekologa, medijsku pažnju privukao je i slučaj primalje iz Opće i veteranske bolnice „Hrvatski ponos“ Knin, koja je odbila sudjelovati u prekidu trudnoće pozivajući se na priziv savjesti, koji u slučaju primalja u Hrvatskoj nije reguliran zakonom, nego Etičkim kodeksom primalja.

Uz liječnike i primalje, priziv savjesti nerijetko se susreće kod magistara farmacije; uglavnom se odnosi na priziv savjesti u slučajevima izdavanja hormonske kontracepcije te napose hitne postkoitalne kontracepcije. Hrvatska ljekarnička komora 2015. godine izdala je naputak za provođenje ljekarničkih usluga na koje mogu imati utjecaj moralna i religiozna uvjerenja, u kojemu ističe da „svaki ljekarnik koji smatra da ga moralna ili religiozna uvjerenja sprečavaju u provođenju neke ljekarničke usluge mora to izložiti i obrazložiti odgovornim osobama, odnosno relevantnim tijelima u ljekarni (ustanovi) u kojoj radi i preusmjeriti pacijente drugim davateljima usluga“. (33) Jedan je takav slučaj prije nekoliko godina izazvao veliku medijsku pozornost, kada je magistra farmacije, vlasnica ljekarne, odbila izdati kontracepcijsko sredstvo jednoj pacijentici, što je dovelo do problema zbog toga što se cijela situacija zbilila na otoku, gdje u blizini nije bilo druge ljekarničke ustanove.

Jedan od najpoznatijih slučajeva smrti uslijed slijepe odanosti liječnika prizivu savjesti kao i restriktivnog zakona je slučaj Savite Halappanavar, Indijke koja je radila kao doktor dentalne medicine u Galwayu u Irskoj. Savita se javila u Sveučilišnu bolnicu u Galwayu u 17. tjednu

trudnoće zbog slabosti i jakih bolova, te je ubrzo uslijedilo pucanje vodenjaka. Iako je u ovoj situaciji prekid trudnoće bio neizbježan, pregledom se ustanovilo da i dalje postoje otkucaji fetalnog srca, te su joj liječnici odbili dovršiti prekid trudnoće, s obzirom da se to protivilo strogom irskom zakonu. Nekoliko dana poslije Savita je preminula zbog posljedica sepse u 31. godini života. (34)

Još jedan problem na koji hrvatska javnost i mediji često upozoravaju je to da neki liječnici koji odbijaju izvršavati prekide trudnoće zbog priziva savjesti u javnim bolničkim ustanovama u kojima rade, istim tim ženama obavljaju prekid trudnoće u privatnoj ustanovi za koju rade honorarno, ali za puno veću svotu. Posljednjih godina sve su češća medijska svjedočanstva žena koje su prošle takvu situaciju, gdje u bolnici u kojoj su podnijele zahtjev za prekid trudnoće isti nisu mogle obaviti zbog priziva savjesti svih liječnika, pri čemu bi ih netko od liječnika uputio na obavljanje u nekoj drugoj ustanovi ili čak privatnim uvjetima, pozivajući se pritom na tajnost postupka, tražeći od žene svotu novca čak i do vrijednosti prosječne plaće. (35)

### 3.9. Komplikacije protupravnog prekida trudnoće

Svi medicinski postupci nose sa sobom određeni rizik, no ukoliko se obavljaju pod ispravnim uvjetima, koristeći ispravne medicinske postupke i lijekove u pravim dozama, te ukoliko se vrše od strane stručnog i iskusnog izvršitelja, namjerni prekid trudnoće nosi sa sobom minimalan rizik za zdravlje žene. Ishod protupravnog prekida trudnoće ovisi o iskustvu i vještinama izvršitelja, primijenjenoj metodi te uvjetima u kojima se prekid trudnoće izvršava. Čak i ako se radi o proceduri koja je rađena prema postojećim smjernicama SZO, u državama u kojima je prekid trudnoće u potpunosti zabranjen te stigmatiziran, žene često odgađaju traženje zdravstvene skrbi te prekid trudnoće obavljaju u drugom ili trećem tromjesečju, pod stresnim okolnostima, povećavajući tako rizik za fizičko i psihičko zdravlje. (36)

U zemljama u razvoju oko 5 milijuna žena godišnje bude hospitalizirano zbog komplikacija nastalih uslijed protupravnog prekida trudnoće. Komplikacije variraju od blagih, poput produljenog blagog krvarenja, do vrlo teških kao što su sepsa i zatajenje organa. Najčešće komplikacije pri tome su krvarenje, infekcije, trauma, anemija, zatajenje bubrega te smrtni ishod; kod većine žena nađe se više od jedne komplikacije. Kao čimbenici koji povećavaju rizik morbiditeta i mortaliteta pri protupravnom prekidu trudnoće u literaturi se navode neadekvatna metoda, nedostatak vještine izvršitelja, nedostatak adekvatne opreme, nehigijenski uvjeti, primjena otrovnih supstanci, loše zdravstveno stanje majke te starija gestacijska dob fetusa. Nedostatak postabortivne zdravstvene zaštite također je jedan od važnih čimbenika, čemu doprinose stigmatizacija u društvu, strah od zakonske kazne te općenita neinformiranost žena o pravima vezanima uz prekid trudnoće. (4, 37)

Najčešća komplikacija protupravnog prekida trudnoće je krvarenje, koje može varirati u opsegu, ovisno o primijenjenoj metodi i oštećenju koje je učinjeno na spolnim ili okolnim organima. Do krvarenja može doći uslijed laceracija rodnice, vrata i/ili trupa maternice ili vaskularnih struktura adneksa, te infekcije ili atonije maternice. Česti su slučajevi opsežnih krvarenja koja mogu dovesti do nastanka hipovolemijskog šoka, potrošne koagulopatije i smrtnog ishoda. (4, 37)

Infekcija nastala kao posljedica protupravnog prekida trudnoće može biti uzrokovana zaostalim produktima koncepcije, traumom i nesterilnim tehnikama. Ukoliko se infekcija ne liječi adekvatno može rezultirati razvojem sepse, septičkog šoka, multisistemskim zatajenjem ili diseminiranom intravaskularnom koagulacijom te dovesti do trajne neplodnosti. Simptomi infekcije mogu se javiti do nekoliko dana od prekida trudnoće, a uključuju bolove u abdomenu ili zdjelici, obilan iscjedak vrlo neugodnog mirisa, povišenu tjelesnu temperaturu, zimicu, tresavicu, krvarenje, te bolnu osjetljivost maternice ili adneksa.



Do nepotpunog prekida trudnoće može doći u slučajevima kada je izvršitelj prekida trudnoće neiskusna ili kada žena sama sebi inducira prekid trudnoće, u slučaju veće gestacijske dobi fetusa, u prisutnosti anomalija ili organskih promjena uterusa (npr. lejomiom). Nepotpuni pobačaj najčešće se manifestira krvarenjem ili znacima infekcije.

Traumatske ozljede spolnih organa uslijed prekida trudnoće najčešće nastaju kod insercije stranog tijela (npr. igla za pletenje) ili lokalne primjene kemijskih agensa. Perforacija stranim tijelom može dovesti i do oštećenja crijeva ili okolnih organa. Nastanak laceracija rodnice ili vrata maternice očituje se vaginalnim krvarenjem s pojačanim tonusom maternice. Treba imati na umu da je, ukoliko postoji unutarnje krvarenje, teže procijeniti ukupnu količinu izgubljene krvi. Ozljede vrata maternice i lateralne stijenke maternice posebno su opasne zbog potencijalnog oštećenja vaskularnih struktura parametrija. Najčešća ozljeda unutarnjih spolnih organa koja nastaje kao posljedica protupravnog prekida trudnoće je perforacija stijenke maternice. Moguće su također i perforacija adneksa, crijeva, rektuma ili mokraćnog mjehura. Simptomi i znaci perforacije uključuju vaginalno krvarenje, znakove hemodinamske nestabilnosti i sepsa.

Kod žena koje su u svrhu indukcije pobačaja uzele lijekove ili razne druge kemikalije mogu imati različita oštećenja koja ovise o korištenom sredstvu te putu primjene; može se raditi o lokalnim oštećenjima, te oštećenjima jetre ili bubrega kod sistemske primjene sredstva.

U nekim slučajevima, posebice ako je izvršitelj neiskusna, pokušaj prekida trudnoće je neuspješan te rezultira nastavkom trudnoće, sa ili bez oštećenja ploda.

Kao rezultat protupravnog prekida trudnoće moguć je i smrtni ishod; 1 od 8 smrtnih slučajeva povezanih s prekidom trudnoće rezultat su nesigurnog pobačaja, a godišnje od njega u svijetu umire oko 47 000 žena. (4)

Jedna od rijetkih ali mogućih komplikacija protupravnog prekida trudnoće, posebice ako se radi o prekidu trudnoće u drugom ili trećem tromjesečju, je zaostala fetalna kost ili koštani fragment u maternici. Simptomi kojima se retencija fetalne kosti može očitovati mogu biti različiti: neodređena bol u zdjelici, obilan vaginalni iscjedak, dismenoreja, disfunkcionalna uterina krvarenja (menoragija, metroragija) te sekundarna neplodnost. Naime, koštani fragment djeluje kao intrauterino kontracepcijsko sredstvo (IUCD) stimulirajući sekreciju prostaglandina iz tkiva endometrija uzrokujući sekundarnu neplodnost. Ipak, u većine pacijentica nakon uklanjanja koštanog ostatka plodnost se ponovno uspostavlja. (38)

### 3.10. Dijagnosticiranje, vještačenje i liječenje komplikacija protupravnog prekida trudnoće

Kliničko utvrđivanje protupravnog prekida trudnoće, spontanog pobačaja ili pobačaja zbog drugog uzroka je kompleksno i zahtjeva multidisciplinarni pristup. Dolaskom majke u bolnicu prikupljaju se detaljni anamnestički podaci o samoj trudnoći, njenom trajanju, praćenju, okolnostima pod kojima se prekid trudnoće odvio, simptomima i znacima (bolovi u abdomenu, krvarenje, znaci infekcije), njihovom trajanju te eventualnim povezanim uzrocima koji su mogli dovesti do nastupa prekida trudnoće.

S druge strane, žene koje se javljaju u bolnicu zbog komplikacija nesigurnog pobačaja često će negirati prethodnu trudnoću ili pobačaj, a klinička slika može biti vrlo raznolika. Stoga kada se žena javlja sa simptomima i znakovima od strane genitalnog trakta, a posebice ako se radi o neuobičajenoj kliničkoj slici koja se ne podudara s anamnestičkim podacima, treba imati na umu da se možda radi o posljedicama protupravnog prekida trudnoće. U državama u kojima je pobačaj zakonski dozvoljen, na to se često posljednje pomišlja, s obzirom da su takve situacije puno češće u zemljama s restriktivnim zakonima. Treba imati na umu i to da su kod dijela slučajeva suspektnog protupravnog pobačaja u pitanju žene ili djevojke koje su žrtve trgovine

ljudima, koje tipično u anamnezi prijavljuju višestruke prethodne trudnoće, spontane ili namjerne prekide trudnoće. (39,40)

Početno zbrinjavanje podrazumijeva procjenu vitalnih parametara, trajanja gestacije, opsega krvarenja i ukupnog gubitka krvi, procjena eventualnih znakova infekcije (obilan smrdljiv iscjedak, bolna osjetljivost zdjelice te vrućica). Znaci koji nas upućuju na postojanje eventualne kirurške hitnoće su: obilna krvarenja, znakovi infekcije, jaki bolovi u donjem abdomenu i zdjelici uz znakove hemodinamske nestabilnosti i šoka.

U slučajevima da ustanova u koju se pacijentica javila nema mogućnost konačnog zbrinjavanja tih komplikacija, pacijenticu treba stabilizirati te organizirati transport u ustanovu u kojoj će se izvršiti konačno zbrinjavanje. Stabilizacija uključuje zbrinjavanje dišnog puta i disanja, nadoknadu tekućine, uklanjanje boli te kontrola krvarenja uterinom masažom i primjenom uterotonika (mizoprostol), ili eventualnom intrauterinom tamponadom.

Velik javnozdravstveni problem predstavlja činjenica da su nesigurni pobačaji i njihove komplikacije daleko češći u zemljama u razvoju s restriktivnim zakonima, a u kojima je zdravstveni sustav slabije razvijen te je adekvatna skrb i zbrinjavanje takvih komplikacija nemoguća, pa često rezultira smrtnim ishodom. Unatoč postojanju restriktivnih zakona, SZO preporuča da u skladu s međunarodnim standardima ljudskih prava pružanje zdravstvene skrbi pri liječenju komplikacija nesigurnog pobačaja treba biti temeljno zakonsko pravo, te se pravovremena skrb treba pružiti u svrhu očuvanja ženinog zdravlja i života, bez obzira na restriktivnost postojeće zakonske regulative o prekidu trudnoće. (17)

Konačno zbrinjavanje uključuje nadoknadu volumena (kristaloidi ili koloidi, te transfuzija u slučaju obilnijeg krvarenja), kirurško zbrinjavanje u slučaju većih ozljeda spolnih organa. U slučaju da ozljeda unutarnjih organa uključuje i okolne organe poput crijeva, mokraćnog

mjehura ili vaskularnih struktura, zbrinjavanje zahtijeva interdisciplinarni pristup (ginekolog, abdominalni/vaskularni kirurg). Ako postoje zaostali dijelovi ploda ili posteljice, što je u slučaju nesigurnog pobačaja često, prvo se kiretažom uklanjaju, te uz to je potrebno obavezno primijeniti antibiotsku terapiju antibioticima širokog spektra.

U slučaju septičkih komplikacija u kliničkoj slici naći će se povišena tjelesna temperatura, zimica i tresavica, opće loše stanje, malaksalost, tahipneja, tahikardija, jaki abdominalni bolovi te intenzivan, često sangvinopurulentan iscjedak. Ginekološkim pregledom se uočava osjetljiv uterus s jako dilatiranim cerviksom. Uzročnici infekcije su najčešće *S.aureus*, Gram negativni bacili ili Gram pozitivni koki, a u nekim slučajevima se radi o mješovitim infekcijama u kojima sudjeluju anaerobne bakterije te gljive. Širenjem infekcije mogu biti zahvaćene i okolne strukture, što može rezultirati salpingitisom, adneksitisom a u težim slučajevima generaliziranim peritonitisom te septikemijom.

U rijetkim slučajevima kao komplikacija može nastati i DIK, koja je često povezana s embolijom amnijskom tekućinom, gubitkom velike količine tekućine zbog potrošne koagulopatije te često fatalnim ishodom. Liječenje uključuje nadoknadu tekućine, faktora koagulacije, transfuziju trombocita i krvnih pripravaka. (4)

Kada liječnik posumnja na protupravni prekid trudnoće, obavezan je to prijaviti nadležnim institucijama, iako međunarodni standardi za ljudska prava upozoravaju na to da se u takvom slučaju, neovisno radi li se o prijavljivanju zbog zakonske dužnosti ili straha od pravnih posljedica, radi o odavanju liječničke tajne i narušavanju prava na privatnost. (17)

Pregled žene u tom slučaju mora biti obavljen od strane ginekologa, te specijalista sudske medicine. Sudskomedicinskim pregledom utvrđuje se postoje li znakovi traume te se uspoređuje starost postojećih lezija s iskazom pacijentice. Ginekološkim pregledom se

otkrivaju definitivni znakovi koji upućuju na inducirani prekid trudnoće. To podrazumijeva pregled u spekulima te transvaginalni ultrazvuk kojim se utvrđuju ili isključuju eventualne abnormalnosti zida maternice ili druga patologija trudnoće. Pregledom u spekulima može se utvrditi postoje li lezije koje odgovaraju oštećenjima na vratu i tijelu maternice nastalima manipulacijom kirurškim ili drugim instrumentima, postoji li prisutnost stranog tijela ili kemijskih oštećenja koja bi upućivala na lokalnu primjenu kemijskog sredstva za indukciju prekida trudnoće.

Klinička dijagnoza može biti potvrđena daljnjom forenzičkom analizom; prvenstveno obdukcijom tijela fetusa te patohistološkom analizom posteljice. Tri su glavna aspekta kojim forenzičar može isključiti ili dokazati da se radilo o protupravnom prekidu trudnoće (39):

1. Isključenje fetalne kongenitalne malformacije
2. Pregled potencijalnih anomalija posteljice ili pupkovine
3. Histološka analiza plućnih alveola

Pregledom fetalnih pluća nastoji se dokazati je li plod samostalno prodisao, da bi se utvrdila eventualna sumnja na čedomorstvo u slučaju da se žena prezentira s mrtvim plodom tvrdeći da je doživjela spontani pobačaj. Plućno disanje se najbolje dokazuje mikroskopskim nalazom dilatiranih alveola s pločastim stanicama unutar alveola te često i nalazom amnijske tekućine u alveolama. Kada novorođenče krene samostalno disati dolazi do velikih promjena u krvnoj opskrbi pluća, placentalni optok zamjenjuje se plućnim optokom. Ulazak zraka u pluća te posljedični porast pO<sub>2</sub> i pad pCO<sub>2</sub> dovode do višestrukog povećanja protoka krvi kroz pluća (6-8 puta), te posljedičnog zatvaranja Botallijevog ductusa te foramena ovale. Histološki, alveolarna septa su ispunjena krvlju a alveole su dilatirane. Mikroskopski dokaz pločastih stanica u alveolama patognomoničan je za plućno disanje. (2)

Jedan od povijesno važnih načina dokazivanja živorođenosti je pokus plivanja pluća; pluća djeteta koje je samostalno prodisalo ekspanzirana su te su lakša i stoga plutaju na vodi, dok u slučaju mrtvorodenosti pluća su atelektatična i teža, te u vodi tonu. Danas je ovaj pokus zamijenjen novijim metodama s obzirom da se radi o testu niske specifičnosti i senzitivnosti.

Pojam čedomorstva (infanticid) često se isprepliće s protupravnim prekidom trudnoće. Čedomorstvo označava ubojstvo novorođenčeta neposredno nakon ili za vrijeme poroda. Ono što je ključna razlika je to da se kod čedomorstva nužno radilo o živorođenom djetetu, koje je prema definiciji SZO „potpuno istisnut ili izvađen plod začetka iz majke bez obzira na trajanje trudnoće, koji nakon odvajanja diše ili pokazuje bilo kakve druge znakove života kao što su kucanje srca, pulsacije pupkovine ili uvjerljivo pokretanje voljnih mišića.“

Ono što je ključna razlika u zakonskom tumačenju čedomorstva i protupravnog prekida trudnoće je to da je u slučaju čedomorstva subjekt kaznenog djela sama majka. U slučaju da je izvršitelj netko drugi, tada se radi o kaznenom djelu ubojstva. U članku 112. Kaznenog zakona ističe se pri tome da se radi o ubojstvu pod utjecajem „jakog društvenog opterećenja zbog trudnoće ili poroda“, te je jedan od glavnih uzroka postpartalna depresija.

### 3.11. Psihološke posljedice prekida trudnoće

Ponekada se kao argument protiv prekida trudnoće navode i potencijalne štetne posljedice prekida trudnoće na mentalno zdravlje žene. Sam prekid trudnoće kao i trudnoća kao takva i porođaj nose sa sobom određene rizike ne samo na tjelesno nego i na mentalno zdravlje žene. Činjenica je da prenatalna anksioznost i depresija pogađaju 1 od 10 žena, dok se postpartalna depresija javlja u 1 od 7 žena. Unatoč tome, rizik od takvih posljedica prekida trudnoće pokazao se puno nižim od rizika koji za mentalno zdravlje nose dovršenje neželjene trudnoće i porod, te većina stručnih radova iznosi da izvršenje prekida trudnoće ne predstavlja izravan rizik za nastanak trajnih mentalnih posljedica. (18)

Velik broj studija koje su provedene o posljedicama pobačaja na mentalno zdravlje žene odnosi se na usporedbe između žena koje su izvršile prekid trudnoće sa ženama koje su imale planiranu trudnoću. Treba uzeti u obzir činjenicu da neželjena trudnoća najčešće dolazi s nekim drugim stresorima i emocionalnim problemima, kao što su problemi u partnerskom odnosu, loša socioekonomska situacija i slično, stoga u takvim slučajevima postoji više čimbenika koji imaju utjecaj na mentalno zdravlje. Također, psihološke reakcije u slučaju neželjene trudnoće jako ovise i o društvenim, kulturnim i religijskim čimbenicima okoline, zakonskoj legislativi i njenom utjecaju na društvo i stavove o prekidu trudnoće, te sve to skupa treba uzeti u obzir prilikom procjene mentalnog stanja žena koje se podvrgavaju prekidu trudnoće. Velika je razlika i među državama u kojima je pobačaj liberaliziran prema onima u kojima je zakonska legislativa vrlo restriktivna, te je po tom pitanju teško uzimati generalnu sliku mentalnog zdravlja. (41)

U pregledu 44 studije napravljene prema ovoj tematici izneseni su sljedeći zaključci:

- Među ženama s neželjenom trudnoćom koje ili prekinu trudnoću ili rode, stopa mentalnih oboljenja je usporediva
- Neželjena trudnoća kao takva predstavlja rizik za mentalno oboljenje
- Mentalne bolesti nastale nakon prekida trudnoće uglavnom su posljedica već postojeće bolesti ili predispozicije za bolest od prije trudnoće
- Namjerni prekid trudnoće ne povećava rizik od suicidalnog ponašanja ili ideja
- Namjerni prekid trudnoće ne povećava rizik od razvoja psihoze
- Namjerni prekid trudnoće ne predstavlja rizik za razvoj depresije
- Kratkoročni rizik od pojave anksioznih poremećaja veći je u žena čiji je zahtjev za prekid trudnoće odbijen, od onih koje su prekid trudnoće uredno izvršile
- Nema povezanosti sa razvojem PTSP-a

- Prospektivne studije ukazuju da namjerni prekid trudnoće nije povezan s početkom uzimanja opojnih sredstava
- Namjerni prekid trudnoće nije povezan s razvojem poremećaja u prehrani
- Kod žena čiji je zahtjev za prekid trudnoće odbijen kratkoročno se javlja niže samopoštovanje i slabije općenito zadovoljstvo životom u odnosu na žene koje su prekid trudnoće mogle uredno obaviti

Kada su u pitanju emocije koje se javljaju nakon izvršenja prekida trudnoće, istraživanja su pokazala da manji broj žena žali zbog svoje odluke, a veći broj žena navodi da su nakon prekida neželjene trudnoće osjećale olakšanje. Još jedna jako važna komponenta mentalnog zdravlja je društvena stigma; tako se kroz jednu prospektivnu studiju pokazalo da je 47 posto žena navelo da su doživjele osudu bližnjih zbog svog čina, dok 44 posto su prekid trudnoće držale u tajnosti od svoje okoline. (41)

Čimbenici za koje se pokazalo da su povezani sa stupnjem emocionalnog stresa zbog prekida trudnoće su: prethodno postojeći mentalni poremećaji, socijalna podrška, nasilje u vezi, stavovi o prekidu trudnoće, broj članova obitelji (za žene s većim brojem djece se pokazalo da imaju pozitivniji stav o prekidu trudnoće od onih bez djece ili s jednim djetetom) te prekid trudnoće zbog dokazanih fetalnih anomalija. Kod žena koje se odlučuju na prekid trudnoće zbog fetalnih anomalija dokazanih prenatalnom dijagnostikom pokazalo se da je u onih koje prekid trudnoće obave u drugom tromjesečju trudnoće (s obzirom da mnoge metode prenatalne dijagnostike daju konkretne dijagnoze tek tada), imaju veću incidenciju od razvoja PTSP-a od žena koje se iz istog razloga podvrgavaju prekidu trudnoće u prvom tromjesečju. (41)

S druge strane, čimbenici za koje se pokazalo da nemaju povezanosti sa stupnjem emocionalnog stresa zbog prekida trudnoće su: trajanje trudnoće, prekidi trudnoće u osobnoj anamnezi, način izvođenja prekida trudnoće, socioekonomski status, adolescencija i višeploidne trudnoće.



## 4. Rasprava

Protupravni prekid trudnoće prepoznat je od strane SZO kao globalni javnozdravstveni problem, zbog izraženog doprinosa maternalnom mortalitetu i morbiditetu. Osim javnozdravstvenog pitanja, prekid trudnoće je i značajno bioetičko pitanje, koje je česti predmet rasprave na različitim društveno-političkim razinama.

Namjerni prekid trudnoće, sukladno zakonskoj regulativi pojedine države, dijeli se na dopušteni i nedopušteni. SZO je izdala preporuke za izvršavanje prekida trudnoće, te s obzirom na pridržavanje preporukama u izvršenju prekida trudnoće, dijeli ga na sigurni i nesigurni prekid trudnoće.

Unatoč razvoju obrazovanja i sve većoj raznolikosti i dostupnosti kontraceptiva, i danas postoji velik postotak neplaniranih trudnoća, od čega gotovo polovica završi namjernim prekidom trudnoće. 40% svih prekida trudnoće označavaju se kao nesigurni. Izuzetno je uočljiva razlika među zakonskom regulativom u svijetu, s dominantno restriktivnijim zakonima u zemljama u razvoju, u odnosu na nerazvijene zemlje gdje su ti zakoni većinom liberalniji. Te se razlike očituju i u morbiditetnoj i mortalitetnoj statistici, s puno većom stopom u državama s restriktivnim zakonima. Iako su politike zemalja u kojima su zakoni o prekidu trudnoće restriktivniji takve zakone uvele s ciljem smanjenja stope prekida trudnoće, statistike pokazuju da taj cilj nije postignut. Iz toga se da zaključiti da će žene često u nastojanju da prekinu neželjenu trudnoću učiniti sve što treba da to postignu, pa čak i ako to podrazumijeva riskiranje zatvorske kazne, narušavanja vlastitog zdravlja ili života.

Pitanjem prava na prekid trudnoće bave se i mnoge međunarodne platforme za ljudska prava, ističući važnost prepoznavanja prava na prekid trudnoće kao temeljne ženske slobode. U tom kontekstu ove statističke razlike između zemalja u svijetu potiču pitanje osporavanja ljudskih prava i sloboda u zemljama u razvoju. Posljedice protupravnog prekida trudnoće na javno

zdravstvenu i demografsku sliku, te činjenica da represija i kazneno proganjanje ne smanjuju broj prekida trudnoće, ukazuju na sve veću potrebu da se razmotri dekriminalizacija prekida trudnoće. Osim zakonskih prepreka, sve se više upozorava na mnoge druge prepreke na koje žene nailaze u nastojanju da izvrše prekid trudnoće; to su različiti komplicirani protokoli koje moraju proći prije prekida trudnoće, od obaveznih savjetovanja, perioda čekanja, neusklađenosti procedure među pojedinim ustanovama koje izvršavaju prekid trudnoće, i onog neosporivo važnog čimbenika, a to je financijska dostupnost prekida trudnoće. Visina i neusklađenost cijena prekida trudnoće među pojedinim ustanovama sve su veći predmet rasprava i upozorenja od strane organizacija za ženska prava, koje ističu nepravdu naplaćivanja usluge prekida trudnoće (koji je zakonski odobreno pravo), zbog kojega mnoge žene odustaju od prekida trudnoće, te preuzimaju stvar u svoje ruke.

Važno pitanje koje se nameće u kontekstu dostupnosti prekida trudnoće je i pravo liječnika na pozivanje na priziv savjesti, na čiju se zlouporabu sve više upozorava, koristeći to pravo u svrhu sprječavanja žena u prekidu trudnoće, ne upućujući ih pri tom na drugoga stručnjaka ili ustanovu. Manipulacija tim pravom uvelike doprinosi smanjenju dostupnosti prekida trudnoće, obzirom da postoje bolnice u kojima se velika većina liječnika poziva na prekid trudnoće pri čemu u toj bolnici (koja često pokriva cijelu jednu regiju) postaje nemoguće izvršiti prekid trudnoće. Upravo zbog takvih slučajeva postavlja se pitanje ravnoteže između prava liječnika na priziv savjesti i istovremenog odbijanja zahtjeva na prekid trudnoće kao zdravstvenu skrb na koju žene u našoj državi imaju zakonsko pravo.

Značajan napredak u načinu izvršenja prekida trudnoće donio je razvoj medikamentoznog pobačaja, koji je s obzirom na jednostavnost primjene i veću prihvatljivost od strane žena postao sve više korištena metoda za izvršavanje prekida trudnoće. Upravo te karakteristike ove metode dovele su i do sve veće njene zlouporabe, učinivši od nje novi artikl na crnom tržištu.

Komplikacije prekida trudnoće su raznolike, a prvenstveno ovise o primijenjenoj metodi, iskustvu i stručnosti izvršitelja, te okolnostima pod kojima se prekid trudnoće obavlja. Neminovno su veće i teže komplikacije prekida trudnoće koji se obavlja u nesigurnim i nelegalnim okolnostima. Obzirom da se takvi prekidi trudnoće češće obavljaju u zemljama u razvoju, s restriktivnim zakonima, nedostatak adekvatne zdravstvene skrbi u tim zemljama doprinosi većem mortalitetu i morbiditetu zbog posljedica tih komplikacija.

Odbijanje zahtjeva za izvršenje prekida trudnoće, te prisila na nastavak neželjene trudnoće značajan su rizik i za mentalno zdravlje žene.

Velika stopa prekida trudnoće u svijetu, s velikim postotkom protupravnih prekida upućuje na potrebu za razmatranjem dekriminalizacije pobačaja, ali i prevencijom takvih događaja kroz bolju edukaciju žena i djevojčica, uvođenje zdravstvenog i seksualnog odgoja u škole, te veću dostupnost i destigmatizaciju kontracepcijskih sredstava.

## 5. Zaključci

Protupravni prekid trudnoće, sa svojom visokom stopom, izraženijom u zemljama u razvoju, te velikim utjecajem na maternalni mortalitet i morbiditet predstavlja značajan javnozdravstveni problem u svijetu. Velika stopa prekida trudnoće, a naročito protupravnog prekida trudnoće, ukazuje na činjenicu da nastojanja pojedinih država da restriktivnim zakonima smanje stopu prekida trudnoće nisu rezultirala željenim rezultatima, u odnosu na nastojanja žena da pod svaku cijenu ostvare svoje pravo na izvršenje prekida trudnoće.

Protupravni prekid trudnoće može rezultirati različitim ishodima koji ovise o stručnosti i iskustvu izvršitelja, korištenoj metodi i okolnostima izvršenja prekida trudnoće. Komplikacije mogu biti raznolike, od blagih krvarenja pa sve do sepse, multiorganskog zatajenja i smrti.

## 6. Sažetak

Prekid trudnoće ili pobačaj (lat. *abruptio gravidatis*) označava potpuno istiskivanje ili odstranjenje ploda, plodovih ovoja i posteljice iz maternice prije nego je plod postigao gestacijsku dob dovoljnu za samostalan život izvan tijela majke. Namjerni prekid trudnoće se s obzirom na pravnu regulativu dijeli na dopušteni i nedopušteni.

Od 210 milijuna trudnoća godišnje, 80 milijuna je neplanirano, od čega se 46 milijuna trudnoća završi namjernim prekidom; od toga 19 milijuna završava nesigurnim pobačajem, od čega oko 8 milijuna je izvršeno u jako nesigurnim ili opasnim uvjetima. Više od 97% nesigurnih pobačaja godišnje dogodi se u zemljama u razvoju.

Nesiguran pobačaj jedan je od najčešćih uzroka maternalnog mortaliteta u svijetu, iako Svjetska zdravstvena organizacija ističe nesiguran pobačaj kao najlakše preventabilan uzrok maternalnog mortaliteta. Smrti žena kao posljedica pobačaja i njegovih komplikacija češće su u zemljama u kojima su zakoni o prekidu trudnoće restriktivniji.

Među državama svijeta danas postoje brojne varijacije zakonskih okvira o prekidu trudnoće. Sredstva kojima se vrši protupravni prekid trudnoće mogu se podijeliti na mehanička i kemijska, pri čemu je velika varijacija u njihovoj učinkovitosti kao i potencijalu za razvoj komplikacija. Komplikacije variraju od blagih, poput produljenog blagog krvarenja, do vrlo teških kao što su sepsa i zatajenje organa. Najčešće komplikacije pri tome su krvarenje, infekcije, trauma, anemija, zatajenje bubrega te smrtni ishod; kod većine žena nađe se više od jedne komplikacije.

Protupravni prekid trudnoće, sa svojom visokom stopom, te velikim utjecajem na maternalni mortalitet i morbiditet predstavlja značajan javnozdravstveni problem u svijetu.

Ključne riječi: prekid trudnoće, nesiguran pobačaj

## 7. Summary

Termination of pregnancy (abortion) stands for complete expulsion or extraction of an embryo or fetus, fetal membranes and placenta out of uterus, before the embryo/fetus reaches the gestational age adequate for survival outside the womb. According to legal regulations, termination of pregnancy can be legal or illegal.

Out of 210 million abortions that occur each year, 80 million are unplanned. 46 million of those pregnancies end up in abortion; 19 million of those are unsafe abortions, and out of those, 8 million occur in very unsafe and dangerous conditions. More than 97% of unsafe abortions each year occur in developing countries.

Unsafe abortion is one of the most common causes of maternal mortality and morbidity, although WHO points out that it is the most preventable cause of maternal mortality. Death cases caused by complications of unsafe abortion are more common in countries with more restrictive abortion laws.

There is a lot of variations between abortion laws around the world. Methods that are used to perform the illegal abortion can be mechanical or chemical, and there is a high variety in effectiveness and potential complications between those methods. Potential complications may vary from mild, such as mild bleeding, to severe complications like sepsis or multiple organ failure. The most common complications are bleeding, infection, trauma, anemia, kidney failure; in most cases more than one complication occurs.

Illegal termination of pregnancy with its higher rate of occurrence, especially in the developing countries, and significant influence on maternal mortality and morbidity, is recognized as a global health problem.

Key words: pregnancy termination, unsafe abortion

## 8. Literatura

- (1) 10. revizija Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10) Dostupno na: <https://mediately.co/hr/icd/>
- (2) Mardešić D. i suradnici. Pedijatrija. Osmo, prerađeno i dopunjeno izdanje. Zagreb: Školska knjiga; 2016.
- (3) Zečević D. i suradnici. Sudska medicina i deontologija. 5., obnovljeno i dopunjeno izdanje. Zagreb: Medicinska naklada; 2018.
- (4) Gilliam, M.L., Haider S. Unsafe abortion. U: Post TW, editor. UpToDate. Waltham, MA (citirano 15.4.2020.).
- (5) Gebremedhin M, Semahegn A, Usmael T, Tesfaye G. Unsafe abortion and associated factors among reproductive aged women in Sub-Saharan Africa: a protocol for a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev.* 2018;7(1):130 doi:10.1186/s13643-018-0775-9
- (6) Fathalla MF, Safe abortion: The public health rationale, *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2020;63:2-12. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2019.03.010
- (7) Finer L, Fine JB. Abortion law around the world. *Am J Public health.* 2013;103(4):585-589. doi:10.2105/AJPH.2012.301197  
Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23409915/>
- (8) Volkov VG, Granatovich NN, Survillo EN, Pichugina LV, Achilgova ZS. Abortion in the Structure of Causes of Maternal Mortality. *Rev Bras Ginecol Obstet [Internet].* 2018. [citirano 20.4.2020.];40:309-312. doi: 10.1055/s-0038-1657765  
Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29895089/>
- (9) Latt SM, Milner A, Kavanagh A. Abortion laws reform may reduce maternal mortality: an ecological study in 162 countries. *BMC Women's Health [Internet].* 2019. [citirano 20.4.2020.];19:1.

Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6321671/>

- (10) Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet* 2016;368:1887-92. doi:10.1016/S0140-6736(06)69778-X
- (11) Rasch V. Unsafe abortion and postabortion care – an overview. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2011;90(7):692-700. doi:10.1111/j.1600-0412.2011.01165.x
- (12) Koelzer SC, Held H, Toennes SW, Verhoff MA, Wunder C. Self-induced illegal abortion with Rivanol®: A medicolegal-toxicological case report. *Forensic Science International*, 268, e18-e22. doi:10.1016/j.forsciint.2016.08.028
- (13) Zakon o zdravstvenim mjerama za ostvarivanje prava na slobodno odlučivanje o rađanju djece, *Narodne novine*, br. 18/1978
- (14) Kazneni zakon, *Narodne novine*, br. 125/11, 144/12, 56/15, 61/15, 101/17, 118/18, 126/19
- (15) United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2014). *Abortion Policies and Reproductive Health around the World* (United Nation Publication, Sales No. E.14.XIII.11).
- (16) Berer M. Abortion Law and Policies around the World: In Search of Decriminalisation. *Health and Human Rights Journal* [Internet]. 2017 [citirano 22.4.2020.]; 19(1): 13–27. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5473035/>.
- (17) Erdman JD, Cook RJ. Decriminalization of abortion – A human rights imperative. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2020;62:11-24. doi:10.1016/j.bpobgyn.2019.05.004
- (18) McGee A, Jansen M, Sheldon S. Abortion law reform: Why ethical intractability and maternal morbidity are grounds for decriminalisation. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2018;58(5):594-597.
- (19) Juarez F, Bankole A, Palma JL. Women's abortion seeking behavior under restrictive abortion laws in Mexico. *Plos One* [Internet]. 2019

- [citirano 25.4.2020.];14(12):e0226522. doi: 10.1371/journal.pone.0226522
- Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6934271/>
- (20) González-Vélez AC, Melo-Arévalo C, Martínez-Londoño J. Eliminating Abortion from Criminal Law in Colombia: A Just Cause. *Health Hum Rights* [Internet]. 2019 [citirano 28.4.2020.];21(2):85-96.
- Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6927378/>
- (21) Capelli I. Non-marital Pregnancies and Unmarried Women's Search for Illegal Abortion in Morocco. *Health Hum Rights* [Internet]. 2019 [citirano 29.4.2020.];21(2):33-45.
- Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31885434/>
- (22) WHO library cataloguing-in-Publication Dana. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second edition.
- (23) Shaw D, Norman WV. When there are no abortion laws: A case study of Canada. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2020;62:49-62. doi:10.1016/j.bpobgyn.2019.05.010
- (24) Bartz DA, Blumenthal PD. First-trimester pregnancy termination U: Post TW, editor. UpToDate. Waltham, MA (citirano 15.4.2020.).
- (25) Cameron S. Recent advances in improving the effectiveness and reducing the complications of abortion. *F1000Res* [Internet]. 2018 [citirano 1.5.2020.];7:F1000 Faculty Rev-1881. doi:10.12688/f1000research.15441.1
- Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6281004/>
- (26) Blystad A, Haukanes H, Tadele G, et al. The access paradox: abortion law, policy and practice in Ethiopia, Tanzania and Zambia. *Int J Equity Health*. 2019;18(1):126. Published 2019 Sep 27. doi:10.1186/s12939-019-1024-0
- (27) Faúndes A. The responsibility of gynecologists and obstetricians in providing safe abortion services within the limits of the law. *Int J Gynaecol Obstet*. 2017;139(1):1-3. doi:10.1002/ijgo.12261



- (28) Hrabar D. Pravo na pobačaj – pravne i nepravne dvojbe. Zbornik pravnog fakulteta u Zagrebu, vol 65. No. 6, 2015.
- (29) Zakon o liječništvu. Narodne novine NN 121/03, 117/08
- (30) Kodeks medicinske etike i deontologije - Narodne novine br. 55/08
- (31) <https://www.cesi.hr/priziv-savjesti-u-reproduktivnoj-medicini/>
- (32) Pravobraniteljica za ravnopravnost spolova RH. 2014. Istraživanje Praksa zdravstvenih ustanova u Republici Hrvatskoj po pitanju osiguranja dostupnosti legalno induciranog pobačaja. Dostupno na:  
[www.prs.hr/attachments/article/1555/04\\_ISTRA%C5%BDIVANJE%20-%20Rad%20studentskih%20pravobranitelja.pdf](http://www.prs.hr/attachments/article/1555/04_ISTRA%C5%BDIVANJE%20-%20Rad%20studentskih%20pravobranitelja.pdf)
- (33) Naputak za provođenje ljekarničkih usluga na koje mogu imati utjecaj moralna i religiozna uvjerenja, Hrvatska ljekarnička komora, 2015.
- (34) Carnegie A, Roth R. From the Grassroots to the Oireachtas: Abortion Law Reform in the Republic of Ireland. Health Hum Rights [Internet]. 2019 [citirano 2.5.2020.];21(2):109-120.  
Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6927367/>
- (35) Jutarnji list. Kristina Turčin. 16.10.2014. [citirano 3.5.2020.]  
Dostupno na: <http://www.jutarnji.hr/svi-ginekolozi-klinike-odbijaju-raditi-pobacaj-sv-duh-je-vec-peta-javna-bolnica-u-kojoj-zena-ne-moze-abortirati/1228252/>
- (36) Sedgh G, Filippi V, Owolabi OO, et al. Insights from an expert group meeting on the definition and measurement of unsafe abortion. Int J Gynaecol Obstet [Internet]. 2016 [citirano 2.5.2020.];134(1):104-106. doi:10.1016/j.ijgo.2015.11.017  
Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6434901/>
- (37) Aghaei F, Shaghghi A, Sarbakhsh P. A systematic review of the research evidence on cross-country features of illegal abortions. Health Promot Perspect [Internet]. 2017

- [citirano 3.5.2020.];7(3):117-123. doi:10.15171/hpp.2017.22 Dostupno na:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5497361/>
- (38) Mahdavi A, Kazemian S, Koohestani E. Secondary infertility due to intrauterine fetal bone retention: A case report and review of the literature. *Int J Reprod Biomed (Yazd)*. [Internet] 2019 [citirano 4.5.2020.];17(8):591-594.  
doi:10.18502/ijrm.v17i8.4825  
Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6745083/>
- (39) Aquila I, Ricci P, Mocciaro R, Gratteri S. A case of suspected illegal abortion: how clinicians may assist the forensic pathologist. *BMJ Case Rep* [Internet]. 2018 [citirano 5.5.2020.];2018:bcr2017220577. doi:10.1136/bcr-2017-220577  
Dostupno na: <https://casereports.bmj.com/content/2018/bcr-2017-220577.long>
- (40) Tracy EE, Macias-Konstantopoulos W. Human trafficking: Identification and the evaluation in the health care setting. U: Post TW, editor. UpToDate. Waltham, MA (citirano 10.5.2020.).
- (41) Landy U, Darney PD. Pregnancy termination and potential psychiatric outcomes U: Post TW, editor. UpToDate. Waltham, MA (citirano 18.5.2020.).

## 9. Životopis

Marita Babić rođena je 16. svibnja 1990. u Osijeku, gdje završava osnovnu školu i gimnaziju. 2009. godine po završetku gimnazije upisuje preddiplomski stručni studij radiološke tehnologije na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu, koji završava 2012. godine. Potom 2013. godine upisuje studij medicine na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci.

Tijekom cijelog studija aktivno sudjeluje u radu studentske udruge FOSS MedRi, kroz razne projekte, uključujući i vođenje organizacijskog odbora studentskog kongresa „Prehrana i klinička dijetoterapija“. Od treće godine studija članica je skupštine Studentskog zbora Medicinskog fakulteta, u sklopu čega u akademskoj godini 2017./18. obnaša dužnost studentske pravobraniteljice, te sudjeluje u radu Povjerenstva za nastavu. U istoj akademskoj godini sudjeluje i kao članica skupštine Studentskog zbora Sveučilišta u Rijeci.

Tijekom studija radi kao demonstratorica na Katedri za medicinsku fiziku i biofiziku.