

UDK 613.88
618.39-089.888.14-06
COBISS.SR-ID 226837772

ISSN 0350-2899. - God. 41, br. 3 (2016), str. 208-213.

O FENOMENU NEŽELJENE TRUDNOĆE I NJENIM MOGUĆIM POSLEDICAMA

ON THE PHENOMENON OF UNINTENDED PREGNANCY AND ITS POTENTIAL CONSEQUENCES

Artur Bjelica (1, 2), Jelena Bjelanović (1, 3), Nenad Četković (1, 2)

(1) MEDICINSKI FAKULTET, UNIVERZITET U NOVOM SADU, NOVI SAD; (2) KLINIKA ZA GINEKOLOGIJU I AKUŠERSTVO KC VOJVODINE, NOVI SAD; (3) INSTITUT ZA JAVNO ZDRAVLJE VOJVODINE, NOVI SAD

Sažetak: Neželjena trudnoća je trudnoća koja je začeta u pogrešno vreme, neplanirana je i neželjena u momentu koncepcije. Smatra se da su oko polovine svih trudnoća u momentu nastanka neplanirane. Obično nastaju kao posledica nekorišćenja kontracepcije ili neadekvatne primene kontracepcije, dok se vrlo retko beleži pri redovnoj i pravilnoj upotrebi kontracepcije. Konsekvence neplanirane trudnoće mogu biti veoma ozbiljne i mogu predstavljati ozbiljno breme za decu, žene, muškarce i porodice. Neplanirana trudnoća može predstavljati uzrok maternalnog i perinatalnog morbiditeta i mortaliteta, kao i osnov za dalekosežne posledice po zdravlje dece rođene iz takvih trudnoća. S druge strane, tu su i moguće posledice artifičijalnog prekida trudnoće kao metode rešavanja neželjene trudnoće – kako fizičke, tako i psihološke.

Ključne reči: trudnoća, neželjena trudnoća, psihologija, mentalno zdravlje

Summary: Unintended pregnancy is the pregnancy that has occurred in a wrong time, unplanned, and unwanted at the moment of the conception. It is thought that about one half of all pregnancies are not planned. Usually, it occurs as a consequence of not using contraception or using it in an inappropriate way, whereas it is very rare in regular and correct use of contraception. The consequences of unplanned pregnancy can be very serious and may represent a real burden to children, women, men, and families. Unplanned pregnancy may be a cause of maternal and perinatal morbidity and mortality, as well as the basis for far-reaching consequences to the health of the born from such pregnancies. On the other hand, there are also possible consequences – both physical and psychological – of artificial termination as a method of dealing with undesired pregnancies.

Keywords: pregnancy, unwanted pregnancy, psychology, mental health

PROBLEM NEŽELJENE TRUDNOĆE

Neželjena trudnoća je trudnoća koja je začeta u pogrešno vreme, neplanirana je i neželjena u momentu koncepcije. Obično nastaje kao posledica nekorišćenja kontracepcije ili neadekvatne primene kontracepcije, dok se vrlo retko beleži pri redovnoj i pravilnoj upotrebi kontracepcije [1]. Neplanirana trudnoća nije retka pojava. Obično se vezuje za zemlje u razvoju, ali treba napomenuti da i u visoko razvijenim zemljama, kao što su Sjedinjene Američke Države, oko polovine svih trudnoća, u momentu koncepcije, su neplanirane trudnoće [2]. Na svetskom planu, prema podacima koje daje Global Health Council, u periodu 1995–2000. godine, u svetu je 1,3 milijardi žena, starosti između 15 i 45 godina, imalo više od 1,2 milijardi trudnoća, od kojih je, čak jedna

četvrtina, odnosno 300 miliona, bilo neplanirano [3]. Smatra se, da su oko polovine svih trudnoća u momentu nastanka neplanirane. Od toga, neke postanu „planirane“, a neke se završe prekidom trudnoće.

Konsekvence neplanirane trudnoće mogu biti veoma ozbiljne i mogu predstavljati ozbiljno breme za decu, žene, muškarce i porodice. Neplanirana trudnoća može predstavljati uzrok maternalnog i perinatalnog morbiditeta i mortaliteta, kao i osnov za dalekosežne posledice po zdravlje dece rođene iz takvih trudnoća. Dete koje je rođeno iz neplanirane koncepcije je pod većim rizikom da ima nisku porođajnu masu, da umre u toku prve godine svog života, da bude zlostavljano, kao i da ne dobija dovoljno sredstava i podsticaja za zdrav razvoj [4, 5].

Adresa autora: Artur Bjelica, Medicinski fakultet, Univerzitet u Novom Sadu, Hajduk Veljkova 1, 21000 Novi Sad, Srbija. E-mail: artur.bjelica@mf.uns.ac.rs

Rad primljen: 14. 6. 2016. Rad prihvaćen: 30. 7. 2016. Elektronska verzija objavljena: 7. 11. 2016.

Majke čija su deca rođena kao neplanirana signifikantno češće ne doje svoju decu [6]. Odnos majki i neželjene dece je manje kvalitetan i usled njega svi u porodici trpe. Ustanovljeno je da deca iz neželjenih trudnoća imaju veće skorove na skali straha dok su postignuća na skali pozitivnog afekta niža nego kod dece koja su rođena iz željenih i planiranih trudnoća. Takođe, uočena su manja postignuća neželjene dece u pogledu receptivnog vokabulara [7]. Zlostavljanje i zanemarivanje dece mnogo više je uslovljeno njihovom planiranosti nego karakteristikama samog deteta [8]. Treba istaći da potencijalni uticaj na zdravlje, kao i na odnos prema detetu, ne zavisi samo od njegove željenosti i planiranosti od strane majke, već i od oca. Iz tog razloga, planiranost i željenost deteta bi trebalo procenjivati ne samo od strane majke, već od strane oba partnera [9].

Uočeno je da majčino ponašanje tokom trudnoće zavisi od planiranosti koncepcije. Naime, u slučaju da je trudnoća neplanirana, trudnice se kasnije javljaju lekaru, manje pažnje posvećuju antenatalnoj zaštiti i ne poštuju savete lekara koji se odnose na prestanak pušenja i kontrolu prirasta telesne težine tokom trudnoće [10, 11].

Podaci ukazuju da su žene sa neplaniranom trudnoćom znatno više izložene fizičkom zlostavljanju, pre, ali i tokom trudnoće. U odnosu na žene sa željenom trudnoćom one su pod 2,5 puta većim rizikom od fizičkog zlostavljanja tokom trudnoće [12].

Takođe, u slučaju neplanirane trudnoće majka je pod većim rizikom za nastanak depresije [13], dok u pogledu partnerskog odnosa postoji veliki rizik od razilaženja. Oba partnera mogu biti izložena ekonomskoj malpoziciji i odustajanju od daljih edukacionih i karijernih dostignuća [14]. Iz tih razloga žena se često okreće ka odluci za artificijelnim abortusom, što za pojedine žene predstavlja, zaista, problematičnu i stresogenu odluku.

ARTEFIČIJELNI PREKID TRUDNOĆE I NJEGOVE MOGUĆE POSLEDICE

Artificijelni prekid trudnoće predstavlja metodu planiranja porodice koja se primenjuje u slučaju postojanja neplanirane trudnoće, ali označava i intervenciju koja se izvodi usled postojanja i nekih drugih razloga (medicinski, eugenički, pravni). Svakako, treba praviti razliku između legalnog artificijelnog prekida trudnoće,

izvedenog u medicinskim ustanovama (u zemljama gde je legalizovan) i ilegalnog, kriminalnog prekida trudnoće koji se najčešće izvodi na ilegalan, često nestručan ili, čak, vrlo primitivan način.

U manje razvijenim regionima u svetu svakodnevno se odigra veliki broj ilegalnih i medicinski nesigurnih prekida trudnoće. Njihov broj se procenjuje na čak 18 miliona u toku jedne godine [15]. Podaci govore da 60 000–70 000 žena godišnje umire od posledica medicinski nesigurnog, odnosno ilegalnog, artificijelnog prekida trudnoće, dok hiljade drugih žena ima dugotrajne posledice takvog čina, u vidu hronične pelvične bolnosti i infertiliteta. Razlozi koji vode u perzistiranje visoke incidence neželjenih trudnoća, a samim tim i ilegalnih abortusa u društvima sa restriktivnim pravnim normama i administrativnim poteškoćama u ostvarivanju legalnog prekida trudnoće, su: nedostatak informacija, loše i neispravno informisanje, odnosno tumačenje pruženih informacija, prisilni seksualni odnos, koji sprečava ženu da sama sebe zaštiti, i greške u primeni, odnosno ograničenja pojedinih kontraceptivnih metoda [16].

Ako izuzmemo ilegalni prekid trudnoće, legalni artificijelni abortus, odnosno dobrovoljni abortus, je jedan od najkontraverznijih činova u okviru medicinske prakse, pa čak i danas, kada je, pod različitim uslovima, ovaj zahvat legalizovan u više od 100, pre svega, razvijenih zemalja. Ujedinjene nacije propagiraju da legalni abortus ne treba promovisati kao metod planiranja porodice, ali da ga treba iskoristiti u slučajevima neuspeha kontraceptiva. Zabrana artificijelnog abortusa neće uticati nimalo na razloge koji vode u neželjene trudnoće. U zemljama gde je najniža stopa artificijelnih abortusa, prekid trudnoće na ovakav način je legalan, ali su zato, sa druge strane, informacije o seksu i znanja o kontracepciji veoma široko rasprostranjeni [17]. Penalizacija abortusa ne smanjuje toliko frekvenciju abortusa koliko dramatično može da doprinese povećanju morbiditeta i mortaliteta asociiranog sa trudnoćom, kao i diskriminaciji i neravnopravnosti žena. S druge strane, iskustva u svetu nas uče da poboljšanje statusa žena, ekstenzivno obrazovanje iz domena seksologije i humane reprodukcije, kao i poboljšanje i olakšavanje pristupa metodama antikoncepcije,

predstavljaju efikasne strategije u borbi protiv abortusa.

U literaturi se najčešće navodi podela posledica artificijelnog prekida trudnoće na fizičke i psihosocijalne konsekvence.

Telesne posledice mogu se podeliti na *minor* i *major* komplikacije. *Minor* posledice obuhvataju: manje i blage infekcije, krvarenje, groznicu, hronični abdominalni bol, gastrointestinalne probleme, povraćanje i Rh senzibilizaciju. Među *major* komplikacijama se izdvajaju: ozbiljna infekcija, vrlo obilno krvarenje, embolija, perforacija materice, povrede grlića materice, komplikacije anestezije i endotoksični šok [18]. Treba navesti i mogućnost smrtnog ishoda kao komplikacije ove intervencije, bilo kao fatalnog ishoda neke od potencijalnih teških komplikacija, bilo kao kasne posledice intervencije. Naime, studija sprovedena u Finskoj ukazala je da se žene koje su imale artificijelni prekid trudnoće nalaze pod četiri puta većim rizikom od umiranja u nekoliko narednih godina nego žene koje su trudnoću iznele do kraja [19]. Takođe, artificijelni prekid trudnoće dovodi se i u vezu sa rizikom od nastanka *placenta praeviae* i komplikacija u toku porođaja [20, 21].

Kao najčešća psihološka sekvela navodi se razvoj posttraumatskog stresnog poremećaja ili postabortalnog sindroma, kako se u literaturi naziva posttraumatski stresni poremećaj izazvan artificijelnim prekidom trudnoće [22, 23]. Smatra se da su faktori koji doprinose razvoju ovog poremećaja: prisiljavanje na odluku za prekidom trudnoće, viktimizacija žena, zatim strah, osećaj krivice i bol koji je povezan sa samim zahvatom. Takvi faktori povećavaju uticaj traumatskog događaja, što vodi u razvoj poremećaja koji se ogleda u dezorganizaciji, udaljavanju od aktuelnih okolnosti, abnormalnim ponašanjem i razvijanju poremećaja ponašanja. Određene osobe koje iskuse ovaj poremećaj imaju intenzivne emocije, ali bez jasnog sećanja na događaj; druge se sećaju svakog detalja, ali bez uključivanja emocionalne komponente, dok neke osobe ponovo preživljavaju i događaj i njegove prateće emocije u flešbekovima koji se spontano javljaju [24]. Glavni simptomi ovog poremećaja su: preterana razdražljivost (karakteriše se neodgovarajućim hroničnom nadražanjem, odnosno stanjem pripravnosti *fight-or-flight* odbrambenog mehanizma), intruzija (ponovno proživljavanje traumatskog doživljaja, tj. prekida

trudnoće kada se to ne očekuje i ne želi) i konstrikcija (kočenje emocionalnih resursa ili razvoj bihevioralnih shema koje vode izbegavanju stimulusa povezanih sa traumom, što se ogleda u udaljavanju od partnera, restriktivnim osećanjima prema okolini, izbegavanjem dece, smanjenjem interesa za svakodnevne aktivnosti, auto destruktivne tendencije) [23, 25].

Ipak, neki autori osporavaju postojanje ovog sindroma, a kao glavni problem navode nedostatak jasne kauzalne veze između prekida trudnoće i posledičnih mentalnih poremećaja usled metodoloških problema, kao što su neadekvatni uzroci i odabir grupa, neodgovarajuća konceptualizacija i kontrola relevantnih varijabli, loš kvalitet studija i nedostatak jasnih i merljivih kliničkih pokazatelja što dovodi do pogrešnog izvođenja zaključaka o povezanosti.

Odgovor možda leži u razmatranju postojanja preegzistirajućih mentalnih problema koji mogu da dovedu do razvoja postabortalnog stres sindroma. Takođe, značajan doprinos imaju faktori kao što su seksualna zloropotreba i zlostavljanje. [26]. Iz tih razloga, u novije vreme se insistira na istraživanju psihosocijalnih faktora pre prekida trudnoće u cilju pronalaženja specifičnih stigma koje doprinose poremećaju mentalnog zdravlja nakon intervencije [27].

Prekid trudnoće može imati određeni upliv na psihoseksualnost. Najčešće se spominje razilazak sa partnerom, koji se događa kod oko jedne četvrtine parova. Najverovatnije da sam prekid trudnoće nije direktan uzrok razilaženja već, najverovatnije, određeni psihološki problemi u sadejstvu sa partnerskim problemima, koji mogu sa svoje strane da doprinesu neuspehu kontracepcije, uzrokuju prekid partnerskog odnosa. Takođe, spominje se i uticaj prekida trudnoće na nastanak, najčešće, tranzitornih seksualnih disfunkcija [28, 29]. Od simptomatologije koja se odnosi na seksualnu disfunkciju, najčešće se navodi: smanjenje seksualne želje, orgazmički poremećaji i dispareunija. Nastanak seksualne disfunkcije objašnjava se pojavom simptomatologije anksioznosti i depresivnosti nakon prekida trudnoće [30, 31]. Žene koje su imale dobrovoljni prekid trudnoće su za 65% pod većim rizikom za nastanak kliničke depresije. Analiza kliničkih podataka je ukazala da se abortus pojavljuje kao riziko faktor za nastanak

depresije i nakon 8 godina od same intervencije [32]. Ponekad psihičko stanje nakon intervencije može ženu da odvede u zloupotrebu određenih medikamenata ili alkohola i posledični razvoj adiktivnog ponašanja [33].

Ipak, treba istaći da su teške psihološke smetnje i psihički poremećaji nakon artificijelnog prekida trudnoće retki. Istraživanje koje su sprovedli Major i sar. [34] ukazalo je na to da je dve godine nakon izvršenog prekida trudnoće, 72% žena bilo zadovoljno svojom odlukom i da su imale više koristi nego štete od navedene odluke i intervencije; 69% žena bi se odlučilo za ponovni abortus; 80% nije bilo depresivno; 1% je imalo posttraumatski stresni poremećaj u proteklom periodu. Žene kod kojih je uočeno postojanje depresivnosti imale su i ranije epizode depresivnosti, pre prekida trudnoće. Autori zaključuju da depresivne epizode pre abortusa predstavljaju riziko faktor za razvoj depresije i niskog samopoštovanja nakon izvršenog prekida trudnoće.

Navedene moguće komplikacije i posledice artificijelnog prekida trudnoće ukazuju na to da ga ne bi trebalo praktikovati kao pogrešno shvaćenu i vrlo drastičnu metodu kontracepcije, već samo kao metodu planiranja porodice koja sprečava kontinuiranje neplaniranih i neželjenih trudnoća, prevenirajući posledice koje takve trudnoće nose, i koja je rezervisana za one slučajeve u kojima je došlo do neuspeha u praktikovanju određene kontraceptivne metode. Svakako, postoji eksplicitna potreba za legalizovanjem artificijelnog prekida trudnoće u svim zemljama, jer njegovo mesto u programima planiranja porodice je neosporno. Razvijen je čitav pokret podrške koji staje u odbranu artificijelnog abortusa na napade njegovih protivnika [35, 36].

ODNOS KONTRACENCIJE I ARTIFICIJELNOG PREKIDA TRUDNOĆE

U odnosu na upotrebu kontracepcije, artificijelni prekid trudnoće je direktna posledica neupotrebljavanja kontraceptiva, jer se većina registrovanih legalnih prekida trudnoće odnosi na trudnoće nastale usled neprimenjivanja kontraceptivnih metoda, dok znatno manji broj otpada na trudnoće do kojih je došlo tokom primene kontraceptiva [37, 38]. Bongaarts i Westoff, ispitujući ulogu povećanja prevalencije upotrebe kontraceptiva i njihove efikasnosti u smanjenju stope artificijelnih prekida trudnoće, analizirali su model koji

povezuje stopu artificijelnih prekida trudnoće sa direktnim determinantama koje uključuju reproduktivne preference para, prevalencu i efikasnost praktikovanja kontracepcije i verovatnoće podvrgavanja artificijelnom prekidu neplanirane trudnoće, u cilju izbegavanja rađanja neplaniranog deteta, u slučaju neuspeha kontraceptivnog metoda ili njegovog nekorišćenja. Autori ističu da procena odnosa kontracepcije i artificijelnih prekida trudnoće ukazuje da smanjenje u ukupnoj stopi arificijelnih prekida trudnoće dolazi usled ilustrativnog povećanja od 10% u prevalenciji. Ovaj efekat je različit u raznim zemljama, jer sama tendencija sprovođenja artificijelnog prekida trudnoće nakon neplanirane trudnoće varira. Kao primer se navodi da u zemlji gde verovatnoća artificijelnog prekida trudnoće (definisana kao proporcija prekinutih neželjenih trudnoća) iznosi 0,5–10% povećanja u prevalenciji upotrebe kontraceptiva, dovešće do smanjenja od 0,45 abortusa po ženi, pretpostavljajući da je efikasnost kontracepcije 95%. U slučaju kada bi se sve neželjene trudnoće prekinule, ovaj efekat bi bio tri puta veći. Ukoliko bi se želele sprečiti sve neželjene trudnoće i posledični prekid trudnoće, to bi značilo da bi prevalencu upotrebe kontracepcije trebalo dovesti na nivo da sve fertile žene primenjuju kontraceptivne metode koje su 100% efikasne [39].

Međutim, pored podataka koji ukazuju da broj artificijelnih prekida trudnoće opada u skladu sa povećanjem prevalencije kontracepcije, postoje i podaci koji ukazuju na to da povećanje primene metoda planiranja porodice uzrokuju povećanje incidence prekida trudnoće. Analiziran je trend artificijelnih prekida trudnoće u zemljama gde je on legalizovan, i u kojima postoje podaci koju ukazuju na povećanje upotrebe kontracepcije, kao i uloga promene u fertilitetu kao modifikujućeg faktora u povezanosti između prekida trudnoće i primene kontracepcije. U okviru sedam zemalja (Kazahstan, Kirgiska Republika, Uzbekistan, Bugarska, Turska, Tunis, Švajcarska), incidenca prekida trudnoće je opadala u skladu sa povećanjem prevalencije upotrebe modernih kontraceptiva. Međutim, u šest drugih zemalja (Kuba, Danska, Holandija, Sjedinjene Američke Države, Singapur, Koreja), broj prekida trudnoće i upotreba kontracepcije su, simultano, u porastu. U navedenih šest zemalja nivo fertiliteta u ispitivanom periodu je opadao. Ipak, uočeno je

da, kada se nivo fertiliteta stabilizuje, upotreba kontracepcije nastavlja da raste dok stopa abortusa opada. Najočitiiji primer za to je Republika Koreja. Zaključeno je da povećanje primene kontracepcije rezultuje smanjivanjem artificijelnih prekida trudnoće u slučajevima kada je nivo fertiliteta konstantan. S druge strane, paralelno povećanje i broja artificijelnih prekida trudnoće i primene kontracepcije se dešava jer samo povećanje primene kontracepcije nije u stanju da izađe u susret rastućim potrebama za regulacijom fertiliteta u situacijama gde fertiltet brzo opada [40].

Ipak, najnovija istraživanja bacaju svetlo i na neke druge činjenice. Tako je istraživanje koje je obuhvatilo šest nacionalnih studija o upotrebi kontracepcije i željenosti trudnoće ukazalo da je upotreba kontracepcije povezana sa smanjenjem stope neželjenih trudnoća. Ali, verovatnoća da se neželjena trudnoća završi prekidom trudnoće se menja tokom vremena – povećana je kod mlađih žena, dok je snižena među starijim ženama. Tako, dakle, stopa prekida trudnoće je rezultat kompleksnog procesa koji ne zavisi samo od dostupnosti i upotrebe kontracepcije i njene efikasnosti, već i od promena u prokreativnim normama koje uslovljavaju odluku o završetku neželjene trudnoće. Iz tog razloga, u programima planiranja porodice umesto razmatranja stope prekida trudnoće u fokus je potrebno staviti stopu neželjenih trudnoća [41].

LITERATURA

- Finer LB, Zolna MR. Unintended pregnancy in the United States: incidence and disparities, 2006. *Contraception*, 2011; 84 (5): 478–485.
- US Department of Health and Human Services. *Healthy People 2020 topics and objectives*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, 2010.
- United Nations. 2004. *Review and Appraisal of the Progress Made In Achieving the Goals and Objectives of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development: Report of the Secretary-General (E/CN.9/2004/3)*. New York: United Nations.
- Brown S, Eisenberg L (eds.). *The best intentions: unintended pregnancy and well-being of children and families*. Washington DC: National Academy Press, 1996.
- Ahluwalia IB, Merritt R, Beck LF, Rogers M. Multiple lifestyle and psychosocial risks and delivery of small for gestational age infants. *Obstet Gynecol*, 2001; 97(5 Pt 1): 649–56.
- Taylor JS, Cabral HJ. Are women with an unintended pregnancy less likely to be at fied? *J Fam Pract*, 2002; 51 (5): 431–6.
- Baydar N. Consequences for children on their birth planning status. *Fam Plann Perspect* 1995; 27 (6): 228–34, 245.
- Sidebotham P, Heron J; ALSPAC Study Team. Child maltreatment in the “children of the nineties”: the role of the child. *Child Abuse Negl*, 2003; 27 (3): 337–52.
- Korenman S, Kaestner R, Joyce T. Consequences for infants of parental disagreement in pregnancy intention. *Perspect Sex Reprod Health*, 2002; 34 (4): 198–205.
- Cheng D, Schwarz EB, Douglas E, Horon I. Unintended pregnancy and associated maternal preconception, prenatal and postpartum behaviors. *Contraception*, 2009; 79 (3): 194–8.
- Exavery A, Kanté AM, Hingora A, Mbaruku G, Pemba S, Phillips JF. How mistimed and unwanted pregnancies affect timing of antenatal care initiation in three districts in Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2013, Feb 6; 13: 35.
- Cripe SM, Sanchez SE, Perales MT, Lam N, Garcia P, Williams MA. Association of intimate partner physical and sexual violence with unintended pregnancy among pregnant women in Peru. *Int J Gynaecol Obstet*, 2008, Feb; 100 (2): 104–8.
- Leathers SJ, Kelley MA. Unintended pregnancy and depressive symptoms among first-time mothers and fathers. *Am J Orthopsychiatry*, 2000; 70 (4): 523–31.
- Rinehart W, Compton AW, Rigby HM. Three to five saves lives. *Population Reports*, 2002; 30 (3): 1.
- Jones RK. Abortion in the United States: incidence and access to services, 2005, *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2008; 40 (1): 6–16.
- Harris LH, Grossman D. Confronting the challenge of unsafe second-trimester abortion. *Int J Gynaecol Obstet*, 2011, Oct; 115 (1): 77–9.
- Benagiano G, Pera A. Decreasing the need for abortion: challenges and constraints. *Int J Gynaecol Obstet*, 2000; 70 (1): 35–48.
- Reardon DC. *Aborted women – silent no more*. Chicago: Loyola University Press, 1987.
- Gissler M, Kauppila R, Merilainen J, Toukomaa H, Hemminki E. Pregnancy-associated deaths in Finland 1987-1994. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1997; 76: 651–657.
- Throp JM Jr, Hartmann KE, Shadigian E. Long-term physical and psychological health consequences of induced abortion: review of the evidence. *Obstet Gynecol Surv*, 2003; 58 (1): 67–79.
- Faiz AS, Ananth CV. Etiology and risk factors for placenta previa: an overview and meta-analysis of observational studies. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 2003; 13 (3): 175–90.
- Tedstone JE, Tarrier N. Posttraumatic stress disorder following medical illness and treatment. *Clin Psychol Rev*, 2003; 23 (3): 409–48.
- Gurpegui M, Jurado D. Psychiatric complications of abortion. *Cuad Bioet*, 2009, Sep–Dec; 20 (70): 381–92.
- Herman JL. *Trauma and recovery*. New York, Basic Books, 1992.
- A list of major psychological sequelae of abortion. Fact sheet courtesy of the Elliot Institute, Springfield. URL: <http://www.afterabortion.org/psychol.html>
- Robinson GE, Stotland NL, Russo NF, Lang JA, Occhiogrosso M. Is there an “abortion trauma syndrome”? Critiquing the evidence. *Harv Rev Psychiatry*, 2009; 17 (4): 268–90; doi: 10.1080/10673220903149119.
- Steinberg JR, Tschann JM2, Furgerson D3, Harper CC4. Psychosocial factors and pre-abortion psychological health: The significance of stigma. *Soc Sci Med*, 2016, Feb; 150: 67–75; doi: 10.1016/j.socscimed.2015.12.007. Epub, 2015. Dec. 12.

28. Bianchi-Demicheli F, Kulier R, Perrin E, Campana A. Induced abortion and psychosexuality. *Psychosom Obstet Gynaecol*, 2000; 21 (4): 213-7.
29. Morotti M, Calanni L, Gianola G, Anserini P, Venturini PL, Ferrero S. Changes in sexual function after medical or surgical termination of pregnancy. *J Sex Med*, 2014, Jun; 11 (6): 1495-504; doi: 10.1111/jsm.12506. Epub 2014, Mar. 18.
30. Bianchi-Demicheli F, Perrin E, Ludicke F, Bianchi PG, Chaton D, Campana A. Termination of pregnancy and women's sexuality. *Gynecol Obstet Invest*, 2002; 53 (1): 48-53.
31. Wallin Lundell I, Georgsson Öhman S, Frans Ö, Helström L, Högberg U, Nyberg S, Sundström Poromaa I, Sydsjö G, Östlund I, Skoog Svanberg A. Posttraumatic stress among women after induced abortion: a Swedish multi-centre cohort study. *BMC Womens Health*, 2013, Dec. 23; 13: 52; doi: 10.1186/1472-6874-13-52.
32. Cogle JR, Reardon DC, Coleman PK. Depression associated with abortion and childbirth: a long-term analysis of the NLSY cohort. *Med Sci Monit*, 2003; 9 (4): CR105-12.
33. Reardon DC, Ney PG. Abortion and subsequent substance abuse. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 2000; 26 (1): 61-75.
34. Major B, Cozzarelli C, Cooper ML, Zubek J, Richards C, Wilhite M, Gramzow RH. Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Arch Gen Psychiatry*, 2000; 57 (8): 777-84.
35. Borgmann C, Weiss C. Beyond apocalypse and apology: a moral defense of abortion. *Perspect Sex Reprod Health*, 2003; 35 (1).
36. Sable MR, Galambos CM. Prevention and women's reproductive health: a matter of concern. *Health Soc Work*, 2006, Aug; 31 (3): 163-6.
37. Rotondi M, Labriola D, Ammaturo FP, Perone C, Manzo E, Magliole A, Rampone N, Panariello S. Induced abortion and contraception: survey of 576 young women in Naples. *Clin Exp Obstet Gynecol*, 2000; 27 (1): 47-50.
38. Serrano I, Doval JL, Lete I, Arbat A, Coll C, Martínez-Salmeán J, Bermejo R, Pérez-Campos E, Dueñas JL. Contraceptive practices of women requesting induced abortion in Spain: a cross-sectional multicentre study. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 2012, Jun; 17 (3): 205-11; doi: 10.3109/13625187.2012.670889
39. Bongaarts J, Westoff CF. The potential role of contraception in reducing abortion. *Stud Fam Plann*, 2000; 31 (3): 193-202.
40. Marston C, Cleland J. Relationships between contraception and abortion: a review of the evidence. *Int Fam Plan Perspect*, 2003; 29 (1): 6-13.
41. Bajos N, Le Guen M, Bohet A, Panjo H, Moreau C, and the FECOND group. Effectiveness of Family Planning Policies: The Abortion Paradox *PLoS One*, 2014; 9 (3): e91539.