

**UNIVERZA V LJUBLJANI
ZDRAVSTVENA FAKULTETA
BABIŠTVO, 1. STOPNJA**

Klara Škriba

**DOŽIVLJANJE ŽENSK PRI ŽELENI PREKINITVI
NOSEČNOSTI**

diplomsko delo

**WOMEN'S EXPERIENCE WITH ELECTIVE
ABORTION**

diploma work

Mentorica: pred. dr. Darja Thaler

Recenzentka: pred. dr. Ana Polona Mivšek

Ljubljana, 2018

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem mentorici pred. dr. Darji Thaler, viš. med. ses., univ. dipl. org., spec. supervizor, za vse strokovne nasvete in pomoč. Zahvaljujem se tudi doc. dr. Ani Poloni Mivšek, dipl. bab. za recenzijo, ter Melaniji Kožar za lektoriranje diplomskega dela.

Čas študija je čas, ki je najlepši, vendar zna biti včasih tudi naporen. Je čas največje osebne rasti. Hvala vsem, ki ste med študijem in pisanjem diplome pripomogli, da mi je bilo tudi v težkih časih malo lažje.

Zahvalila bi se družini za vso podporo skozi vsa leta šolanja. Vem, da se je včasih zdelo, kot da jih ne bo konec. Hvala mami in očetu za vso finančno podporo in motivacijo. Hvala sestri Deani za uho, ki je bilo znova in znova pripravljeno poslušati babiške teme. Hvala tudi vsem starim staršem za ponos, s katerim ste me vedno predstavljali. Vsem hvala za iskreno veselje ob vsaki manjši ali večji zmagi.

V vsakem obdobju je oseba, ki te spremlja na vsakem koraku. Oseba, ki vidi vse in te najbolj razume. Skozi študij babištva si bila zame to ti, Patricija. Iskrena hvala za vso podporo in pomoč.

Kljub razdalji pa si mi bil v izredno podporo tudi ti, Jordan. Hvala za vse ure, preživete na telefonu in ker imaš vedno na zalogi spodbudne besede in mi vračaš vero vase.

HVALA.

IZVLEČEK

Uvod: Umetna prekinitiv nosečnosti je tema, ki v javnosti še vedno buri duhove. Nasprotniki postopka pogosto kot argument uporabljajo dejstvo, da umetna prekinitiv nosečnosti vpliva na mentalno zdravje ženske. Poznavanje posledic je pomembno tudi s stališča strokovnjakov, ki morajo vedeti, kako ženski zagotoviti najboljšo obravnavo, da posledice postopka čim bolj omilijo. **Namen:** Raziskati, ali imajo ženske po umetni prekinitvi nosečnosti psihološke posledice in kakšne te posledice so. V nadaljevanju je namen ugotoviti, kaj vpliva na morebitna negativna čustva in kakšno obravnavo zagotoviti ženskam, da se te negativne učinke v čim večji meri prepreči. **Metode dela:** Uporabljena je bila deskriptivna ali opisna metoda dela s sistematičnim pregledom strokovne in znanstvene literature. Obstoječo znanstveno literaturo smo iskali s pomočjo baz PubMed, DiKUL in Google Učenjak. **Rezultati:** Najbolj pogosti razlogi za umetno prekinitiv nosečnosti so finančne narave in razlogi, povezani s težavami v partnerskem odnosu. Pozitiven vpliv pri soočenju s postopkom ima samostojnost pri odločanju. Na počutje vplivajo tudi kakovostna obravnava strokovnjakov in doktrina institucije, ki ženskam zagotovi ne samo varen postopek, pač pa tudi potrebno podporo. Na počutje žensk, še posebej tistih, ki so pri odločitvi neodločene, negativno vplivajo tudi protestniki. Njihova prisotnost ženskam povzroča večje občutke sramu in stigme. Ženske imajo pogosto negativne občutke v zvezi s samo nosečnostjo in ne z umetno prekinitvijo. Tako pozitivna kot negativna čustva se na dolgi rok umirijo. Velik del negativnih čustev ženske čutijo na račun stigmatizacije, ki na njih negativno vpliva pred in po splavu. Obravnava nosečnice, ki želi nosečnost prekiniti, mora poleg razlage postopkov vključevati tudi odziv na njene emocionalne potrebe. **Razprava in zaključek:** Umetna prekinitiv nosečnosti je pogost postopek pri ženskah v rodni dobi. Glede na pogostost in kontroverznost postopka pa je pomembno razumeti tudi njegov dolgoročni psihofizični vpliv. V slovenskem prostoru močno primanjkuje kvalitetnih raziskav s področja psiholoških učinkov umetne prekinitve nosečnosti in stigme, ki jo obkroža. Prav tako primanjkujejo standardi obravnave žensk, ki bi zdravstvenim strokovnjakom pomagali, ženskam izboljšati izkušnjo.

Ključne besede: splav, umetna prekinitiv nosečnosti, stigma, psihološke posledice.

ABSTRACT

Introduction: Elective abortion is a procedure which still appears to be a taboo in public. One of the arguments that opposing side uses is that abortion affects women's mental health. Knowing the consequences that abortion might have is important also for professionals working with those women, so they know how to minimize emotional difficulties that women might face. **Purpose:** Research if there are psychological consequences and what they are. In further part of the thesis the purpose is to research what causes the negative feelings and how to provide the best care for women undergoing the procedure. **Methods:** In the thesis we used descriptive method with systematic literature review. We searched for the existing scientific literature with PubMed, DiKUL and Google Scholar. **Results:** Most frequent reported reasons for seeking abortion are of a financial nature and troubles in a relationship. Autonomy at decision making turned out to have a positive influence dealing with abortion. Quality, professional staff and institution doctrine that offers women safe procedure and support also affect women's emotions. Protesters have a negative impact on women, especially those that struggle with the decision making. Their presence makes women feel ashamed and stigmatized. Negative feelings that women have are mostly associated with pregnancy and not abortion. Feelings, negative and positive, fade over time. A big part in negative emotions that women have are a result of stigma, which affects women in a negative way before, during and after the abortion. A care for a pregnant woman has to include procedure explanation and a response to her emotional needs. **Discussion and conclusion:** Abortion is a common procedure for women in their fertile age. Understanding its effects is very important, especially because of its frequency and controversy. Slovenia lacks proper research about abortion and the stigma around it. Standards for care of a woman that could help professionals provide the best care possible are also lacking.

Keywords: abortion, artificial abortion, stigma, psychological consequences.

KAZALO VSEBINE

1	UVOD.....	1
2	NAMEN	3
3	METODE DELA.....	4
4	DOŽIVLJANJE ŽENSK PRI ŽELENI PREKINITVI NOSEČNOSTI	5
4.1	Razlogi za umetno prekinitve nosečnosti	6
4.1.1	Vloga partnerjev pri odločitvi za prekinitve nosečnosti.....	8
4.2	Vpliv institucij in protestnikov na počutje žensk.....	9
4.3	Psihološke posledice umetne prekinitve nosečnosti	11
4.4	Stigma, ki obkroža ženske po umetni prekinitvi nosečnosti.....	15
4.5	Obravnavanje žensk, ki se odločijo prekiniti nosečnost.....	19
5	RAZPRAVA.....	22
6	ZAKLJUČEK	25
7	LITERATURA.....	26

KAZALO SLIK

Slika 1: Paradoks prevalence.....	18
-----------------------------------	----

SEZNAM UPORABLJENIH KRATIC IN OKRAJŠAV

ILAS Individual Level Abortion Stigma Scale

PTSS Posttravmatski stresni sindrom

UPN Umetna prekinitve nosečnosti

1 UVOD

Umetna prekinitev nosečnosti na željo (UPN) je postopek, ki v širši javnosti še vedno velja za tabu. V javni sferi sta se izoblikovala dva nasprotujoča si pola – podporniki pravice žensk do izbire in nasprotniki UPN. Eden izmed argumentov nasprotnikov je, da UPN ženskam povzroča emocionalno škodo in da ženske odločitev kasneje obžalujejo. Ta argument pa pogosto uporabljajo za oblikovanje mnenja javnosti z namenom omejevanja dostopa do postopka (Rocca et al., 2015), zato je pomembno, da ima argument tudi znanstveno podlago. Poznavanje posledic UPN pa je pomembno tudi zato, da strokovnjaki vedo, kako ob morebitnih težavah ukrepati (Stotland, 2011) in na ta način izboljšati obravnavo ženske.

V diplomskem delu je avtorica raziskovala, kako UPN oziroma splav na željo nosečnice vpliva na njeno dolgoročno psihično zdravje in ostale pojave, ki vplivajo na celotno doživljanje postopka. UPN je po definiciji medicinski poseg, ki je opravljen na varen način in je legalen. Je namerna prekinitev vitalne nosečnosti do 22. tedna, oziroma do teže ploda 500 g. V Sloveniji ima vsaka ženska pravico do UPN brez omejitev do 10. tedna nosečnosti (ZZUUP- Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok). Metode prekinitve nosečnosti obsegajo kirurške in pa danes vse bolj pogosto medikamentno prekinitev nosečnosti. UPN je precej pogost pojav, saj je bila v letu 2007 pojavnost v Sloveniji 10,5 na 1000 žensk (Rebolj Stare, 2016).

Selektivnost žensk, komu se bodo o izkušnji z UPN zaupale in pogosto negativno mnenje javnosti glede UPN, dokazuje prevladujočo stigmatizacijo žensk, ki se za prekinitev nosečnosti odločijo (Shellenberg, Tsui, 2012). Goffman (1963) je stigmo definiral kot oznako, ki nekoga označuje kot deviantnega v očeh družbe in ga razvrednoti v socialnih interakcijah, kar pogosto vpliva na njegovo identiteto. Glede na (ne)sprejemanje UPN, ženske lahko doživijo stigmatizacijo zaradi tega postopka. Ženske lahko izkušnjo delijo z več ljudmi. Tiste, ki jo delijo, lahko izkusijo tako pozitivne kot negativne reakcije okolja, obe reakciji pa sta del celotnega doživljanja posameznice (Cowan, 2017). Ponotranjena stigma je posledica družbene stigme, ki jo ženske prevzamejo same nase. Sociokulturni kontekst, ki ženske spodbuja, da verjamejo, da se bodo oziroma bi se morale po UPN

počutiti na določen način, lahko povzroči tudi to, da pričakovanja s strani družbe pogosto postanejo dejstvo. Družba ima lahko na ženske tudi dolgoročen vpliv. Njihova sporočila, ki žensko spodbudijo, da razmišlja o splavu na bolj negativen način (kot na primer uboj otroka ali greh), lahko povzročijo občutke krivde, internalizirano stigmo ali čustveno stisko tudi v primeru prekinitve nosečnosti iz preteklih let (Major et al., 2009).

Razumevanje vidikov psihološkega zdravja, kot sta stres in socialna podpora med ženskami, katerih nosečnost je neželena, je ključnega pomena za načrtovanje zdravstvene oskrbe in podpore (Harris et al., 2014). Ženske po UPN potrebujejo socialno podporo. Ta je bistvena za boljše počutje žensk, ne glede na to, ali so se pri odločanju počutile podprte ali ne. Pomanjkanje podpore pri ženskah, ki so čutile, da odločitev ni bila popolnoma njihova, je že tako težko situacijo še poslabšala. V prvi vrsti si ženske želijo, da je odločitev ali nosečnost prekiniti ali ne popolnoma njihova. Za tem pa si želijo, da jo partner, družina in bližnji prijatelji pri tej odločitvi podpirajo (Kimport et al., 2011). Pri povezovanju UPN z mentalnim zdravjem se je pomembno zavedati tudi razlike med tveganjem in vzrokom. Pogosto ljudje predpostavljajo, da je UPN zaradi tveganja za slabše mentalno zdravje kasneje tudi vzrok, če do tega pride. Temu ni nujno tako, saj lahko vzroki za slabše mentalno zdravje ležijo tudi drugje (Major et al., 2009), npr. v negativnih odzivih okolice do odločitve ženske.

Babice so pogosto zaposlene na oddelkih, kjer poteka UPN. Zaposlene so tudi v ginekoloških ordinacijah in so ene izmed prvih ljudi, ki stopijo v stik z žensko, pri kateri je nosečnost nezaželjena. Kot zaveznice žensk in zastopnice njihovih pravic je pomembno, da poznajo vse aspekte postopka. Prav tako je pomembno, da se ne zavedajo samo fizičnih, ampak tudi psihičnih posledic, jih znajo prepoznati in primerno ukrepati. Pomemben del izkušnje žensk z UPN je tudi odnos zaposlenih, zato naj bi babice do žensk, ki si želijo nosečnost prekiniti, pristopile empatično, spoštljivo in jim nudile oporo.

2 NAMEN

Namen diplomskega dela je raziskati, ali ženske imajo psihološke posledice po UPN in kakšne so. V nadaljevanju pa je namen ugotoviti, kaj vpliva na morebitna negativna čustva in kako ženskam zagotoviti najboljšo obravnavo.

Cilji diplomskega dela so:

- Definirati UPN;
- ugotoviti, kateri so razlogi, zaradi katerih se ženske odločajo za UPN;
- ugotoviti, ali ženske imajo psihološke posledice in kakšne so;
- ugotoviti, kateri dejavniki vplivajo na psihološko stanje ženske po UPN;
- ugotoviti, ali bi ženske pred, med ali po postopku potrebovale psihološko podporo strokovnjaka.

3 METODE DELA

V diplomskem delu je uporabljena deskriptivna ali opisna metoda dela s sistematičnim pregledom strokovne in znanstvene literature.

Obstoječa znanstvena literatura je bila iskana s pomočjo naslednjih baz: PubMed, DiKUL in Google Učenjak. Uporabljene so bile naslednje ključne besede oziroma kombinacije: abortion AND stigma, (abortion AND wanted) AND consequences, abortion AND grief, abortion AND mental health in »induced abortion« AND therapy AND psych*.

Vključitveni kriteriji so vključevali:

- strokovne članke, ki imajo celotno besedilo v angleškem ali slovenskem jeziku,
- starost največ 10 let in
- raziskave v zahodnih državah (Združene države Amerike, Kanada in države osrednje in severne Evrope).

Izključitveni kriteriji pa so bili:

- spontani splav ali
- splav zaradi fetalnih anomalij.

Na koncu so bili izključeni še dvojniki.

Začetna merila je izpolnjevalo 4418 zadetkov. Glede na njihovo relevantnost je bilo v diplomsko delo vključenih 53 enot literature.

4 DOŽIVLJANJE ŽENSK PRI ŽELENI PREKINITVI NOSEČNOSTI

Umetno prekinitev nosečnosti obkroža veliko kontroverznosti. Pogosto označimo, da ženske po postopku čutijo le eno vrsto emocij, dobre ali slabe. Zavedati pa se je treba, da ženske večinoma čutijo čustva, ki so kompleksna in jih ne moremo uvrstiti v le eno kategorijo (Weitz et al., 2008).

Steinberg in Finer (2011) v svojem delu konceptualne okvirje raziskav o soočanju z UPN razdelita v tri skupine: koncept dejavnikov tveganja, koncept splava kot stresorja in koncept splava kot travmatične izkušnje. Koncept splava kot travme ugotavlja, ali UPN vpliva na mentalno zdravje in ali povzroča travmo. Zaključujejo, da je splav travma, ki povzroča probleme v mentalnem zdravju. Študije, ki se nanašajo na ta pristop pa imajo metodološke pomanjkljivosti in so bile zaradi le-teh diskreditirane (Steinberg et al., 2014; Steinberg et al., 2012; Major et al., 2009; Steinberg, Russo 2008). Vprašanje, kako UPN vpliva na mentalno zdravje, so si raziskovalci postavili na več različnih načinov. Ali UPN povzroča škodo mentalnemu zdravju ženske, je vprašanje, na katerega z raziskavo ne moremo odgovoriti, saj ima etične omejitve. Znanstveno najbolj primeren način raziskovanja bi bila namreč randomizirana študija s kontroliranimi neodvisnimi in odvisnimi spremenljivkami in kontrolno skupino, kar pa je pri nosečnosti neetično, saj ženskam UPN ne moremo zavrniti samo zaradi raziskave (Major et al., 2009).

Študije v preteklosti so stanje ženske po splavu primerjale s stanjem žensk, ki so nosečnost nadaljevale zaradi lastne želje (Biggs et al., 2018; Foster et al., 2015; Rocca et al., 2013) ali pa z ženskami, ki niso bile noseče (Major et al., 2009). Major in sodelavci (2009) opozarjajo, da kadar je ženska noseča, mitično stanje nenosečnosti ne obstaja. V svojem delu navajajo, da je raziskovalno vprašanje, ki bi odgovorom prišel bližje naslednje: kaj je relativno tveganje za mentalne težave po splavu v primerjavi s tveganjem, povezanim z drugačnimi dejanji, za katere se noseča ženska odloči v podobni situaciji? V raziskavi, ki bi na to vprašanje odgovorila, pa je potrebno imeti primerjalno skupino, ki tem kriterijem zadošča

Ker so metodološke pomanjkljivosti prejšnjih študij tičale predvsem v pomanjkanju primerne kontrolne skupine, so strokovnjaki med letoma 2008 in 2015 izvršili obširno prospektivno longitudinalno študijo imenovano študija Turnaway, ki je spremljala vpliv

umetne prekinitve nosečnosti na življenje ženske. S to študijo so želeli predvsem izboljšati metodološki pristop raziskovanja pojavov, povezanih z UPN (Biggs et al., 2018; Foster et al., 2015; Rocca et al., 2013). Ženske so pridobivali na 30 ustanovah, kjer ponujajo UPN le v prvem tromesečju nosečnosti in ne kasneje. V študiji so sodelovale tri skupine žensk: tiste, ki jim je bila UPN zavrnjena zaradi previsoke gestacijske starosti; ženske, ki so se odločile za umetno prekinitve nosečnosti in so bile tik pod omejitvijo gestacijske starosti ter ženske, ki so prišle na umetno prekinitve v prvem tromesečju (Foster et al., 2018; Biggs et al., 2018; Harris et al., 2014; Foster et al., 2015; Biggs et al., 2013; Chibber et al., 2014; Gould et al., 2013; Rocca et al., 2013; Foster et al., 2013). S pomočjo študije Turnaway so raziskovali več aspektov UPN in njegovih posledic, posebno pozornost pa so namenili tudi razlogom za UPN.

4.1 Razlogi za umetno prekinitve nosečnosti

Ženske, ki se odločijo za splav, kot najpomembnejši dejavnik pri njihovi odločitvi pogosto navedejo željo biti odgovoren starš sedanjim ali bodočim otrokom (Jones et al., 2008). Razloge, zakaj ženske želijo nosečnost prekiniti, Biggs in sodelavci (2013) razdeljujejo v 3 skupine:

- razlogi, usmerjeni v žensko: neprimeren čas, fizično ali psihično stanje ženske, dovolj velika družina;
- drugi razlogi: razlogi, povezani s partnerjem, potencialnim otrokom, obstoječim otrokom, vplivom drugih ljudi;
- materialni razlogi: finančne in stanovanjske omejitve.

V raziskovalnem članku, ki izhaja iz študije Turnaway, so ugotavljali, zakaj ženske želijo nosečnost prekiniti. Ženske so kot razlog za UPN podale širok spekter dejavnikov, ki so vplivali na odločitev. Na vprašalniku, na katerem so bili navedeni razlogi za prekinitve nosečnosti, so imele ženske izbiro med 35 razlogi, ki so bili razvrščeni v 11 različnih tem (finančna nepripravljenost, neustrezen čas za otroka, razlogi povezani s partnerjem, potreba po posvečanju svojega časa drugim otrokom, otrok bi vplival na priložnosti v prihodnosti, emocionalna nepripravljenost, razlogi povezani z zdravjem, želja zagotoviti otroku boljše življenje, pomanjkanje samostojnosti in zrelosti, vplivi družine in prijateljev, otroka ne želi dati v posvojitev). Večina žensk je podala razloge, ki so spadale pod eno ali

dve temi, manjšina je omenila štiri ali več tem. Najbolj pogosti razlogi so bili finančni in neprimeren čas. Večina teh žensk je uporabljala fraze kot »nisem bila pripravljena« in »ni bil pravi čas«. Ostale so poročale, da za otroka enostavno nimajo dovolj časa in da so trenutno preveč zaposlene. Nekaj jih je za razlog izpostavilo previsoko starost (Biggs et al., 2013). Za skoraj tretjino so bili razlogi povezani s partnerjem. Ti razlogi so bili nestabilna zveza, želja po poroki pred otrokom, pomanjkanje podpore s strani partnerja, zveza z »napačnim« moškim, partner ne želi otroka in nasilje s strani partnerja, kar v svojem delu potrjujejo tudi Chibber s sodelavci (2014). Prav tako pogosta tema je bila potreba po osredotočanju na že obstoječe otroke. Ženske so splav izbrale tudi, ker bi bil otrok v napoto priložnostim v prihodnosti, oziroma šolanju ali karieri. Pogost razlog je bil tudi, da niso mentalno in čustveno pripravljene. Razlogi, povezani z zdravjem so vključevali zdravje matere, zdravje fetusa, uporabo predpisanih zdravil, tobaka, drog ali alkohola. Poleg želje, da bi lahko dale otroku boljše življenjske pogoje kot jih trenutno lahko, so ženske dodale tudi, da nimajo pomoči za vzgojo otroka in da ne želijo, da otrok ponovi njihovo otroštvo. Manj pogost razlog žensk je bil nezrelost ali odvisnost od drugih. Na koncu si kot najmanj pogosti sledijo vpliv prijateljev in družine (obremenitev družine, strah pred obsojanjem in prepričevanje v prekinitve nosečnosti) in možnost dati otroka v posvojitev ni sprejemljiva. Ženske so imele možnost navesti tudi druge razloge, med njimi pa so navedle predvsem legalne težave in strah pred porodom (Biggs et al., 2013).

Študija je pokazala, da so razlogi za prekinitve nosečnosti kompleksni in med seboj povezani. Kar nekaj žensk je mnenja, da si njihov otrok zasluži biti vzgojen pod boljšimi pogoji kot mu jih ona ta trenutek lahko zagotavlja, in da mora biti otrok vzgojen v finančno stabilni ter ljubeči družini (Biggs et al., 2013). To razpotje med splavom in materinstvom je opisal Jones s sodelavci (2008), ki je v kvalitativni študiji raziskoval, kako težave materinstva vplivajo na odločitev žensk za prekinitve nosečnosti. V tej študiji ženske navajajo, da je bila njihova odločitev za splav pod vplivom ideje, da si otroci zaslužijo tako imenovane »idealne pogoje materinstva«.

Prejšnje raziskave so pokazale, da imajo ženske, ki so se počutile, da odločitev za prekinitve nosečnosti ni bila popolnoma njihova, večje težave s soočanjem s splavom (Kimport et al., 2011). Zato je pomembno, da zdravstveni delavci z ženskami zgradijo zaupanje, da so odločitev o prekinitvi nosečnosti zmožne narediti same. Ženskam, ki se soočajo z pritiskom, bi dodatna čustvena podpora v primeru prekinitve nosečnosti lahko

koristila (Biggs et al., 2013). Prav tako so si ženske želele, da partner, družina in bližnji prijatelji njihovo odločitev podpirajo, saj neodobravanje bližnjih povzroči, da ženske svoje izkušnje ne delijo, kar pa lahko vodi v negativne čustvene posledice (Kimport et al., 2011). Ker je vzrok ambivalentnosti glede odločitve pogosto tudi partner, so se Chibber in sodelavci (2014) osredotočili na izključno vlogo partnerjev pri odločitvi za UPN.

4.1.1 Vloga partnerjev pri odločitvi za prekinitev nosečnosti

V javnem zdravstvu prihaja do vedno večjega priznavanja vpliva moških na odločitve žensk o reproduktivnem zdravju (Chibber et al., 2014). Moški partnerji lahko nadzorujejo uporabo kontracepcije ali ženske celo prisilijo v nosečnost (Miller et al., 2010). V današnjih časih še vedno opazimo neporocionalno porazdelitev odgovornosti za kontracepcijo, nosečnost in odločitev o splavu (Kimport et al., 2011). Raziskave kažejo, da ponavljajoče se nasilje intimnega partnerja nad žensko lahko poveča tveganje za nenačrtovano nosečnost (Uscher-Pines, Nelson, 2010). V nasprotju pa raziskave kažejo tudi, da partnerji lahko spodbujajo žensko v učinkovito uporabo kontracepcije in učinkovito odločanje o nosečnosti (Kraft et al., 2010). Ugotovitve novejših kvalitativnih študij govorijo v prid hipotezi, da imajo pri ženskah z zgodovino nasilja s strani partnerja nadzor nad odločitvijo o UPN partnerji ali pa ti ženske v splav celo prisilijo. Ženske so poročale o fizičnem napadu partnerja na njih z namenom povzročitve spontanega splava in o grožnjah z nasiljem, če nosečnosti ne prekinejo same (Moore et al., 2010). Doživljanje partnerjevega pogleda na nosečnost je pomemben dejavnik, ki vpliva na odločitev in na čustva po UPN. Ženske, ki so imele občutek, da je partner odločitev prepustil njim, so glede splava gojile boljše občutke od tistih, ki glede partnerjeve želje niso bile prepričane ali je partner prekinitvi nosečnosti nasprotoval (Rocca et al., 2013).

Chibber in sodelavci (2014) so želeli vpliv partnerjev na odločitev ženske glede UPN raziskati bolj podrobno. Podatke so pridobili iz študije Turnaway. V tej študiji je partnerja kot razlog za umetno prekinitev nosečnosti navedlo 31 % žensk. Najbolj pogost je bil razlog, da ženska s partnerjem ni v razmerju, je razmerje novo ali pa so razmerje označile za slabo. Poročale so, da so v zvezi nesrečne ali pa da je razmerje novo in ga ne želijo ogroziti. Drug najbolj pogost odgovor je bil pomanjkanje podpore partnerja. Partner ni bil fizično prisoten, da bi žensko lahko podpiral in pomagal skrbeti za otroka (službena odsotnost, izobraževalne dolžnosti, zapor ipd.). Nekatere so poročale, da partner ni

finančno sposoben preživljati otroka, nepripravljen postati starš, preveč neodgovoren ali pa ženski ni izkazoval podpore že pri prejšnjih otrocih (Chibber et al., 2014). Kimport in sodelavci (2011) potrjujejo, da ženske v večini čutijo, da bo breme vzgoje otroka nesorazmerno padlo na njih. Tretja najbolj pogosta lastnost partnerjev, zaradi katere se ženske odločajo za prekinitev nosečnosti je, da partner ni »pravi« za ustvarjanje družine z njim. Ti partnerji posedujejo določene lastnosti, ki ženske odvrnejo od želje za ustvarjanje družine z njim. Ženske so te zveze videle kot neperspektivne ali brez prihodnosti (partnerji so že poročeni, imajo otroke iz drugih razmerij, oče otroka ni mož sodelujoče, oče otroka ni oče že obstoječih otrok, oče otroka uporablja prepovedane substance ali je v zaporu). Nekateri sodelujoči v raziskavi so poudarile, da otroka s tem partnerjem ne želijo imeti, ker bi to pomenilo, da morajo s tem partnerjem imeti stik tudi v prihodnosti. Četrti razlog je bil, da partner ne želi imeti otroka. Večina tukaj ni omenjala prisile s strani partnerja. Pretiran pritisk partnerja je eksplicitno omenila le ena udeleženka študije. Peti razlog je bila fizična zloraba partnerja, kar je vključevalo udarce, grožnje, psihično nadlegovanje in posilstvo. Ena sodelujoča pa je omenila tudi prisilo v nosečnost (Chibber et al., 2014). Nekateri so omenile zaskrbljenost, da se bo nasilje nadaljevalo tudi po rojstvu in so se za prekinitev nosečnosti odločile z željo, da otrok ne bi odrasel v nasilnem okolju, kar pa so pokazale tudi starejše raziskave (Silverman et al., 2010; Williams, Brackley, 2009). Zadnji razlog je bila želja žensk, da bi bile pred otrokom poročene, oziroma želja, da ne bi bile matere samohranilke, kar je bilo ponovno omenjeno že v starejši raziskavi (Finer et al., 2005).

Naslednji korak od odločitve, da bo nosečnost prekinila je obisk tovrstne klinike ali oddelka. Poleg razloga, zakaj se ženska odloči prekiniti nosečnost ima pomembno vlogo pri počutju žensk tudi sama institucija, kjer UPN poteka. Na počutje predvsem vpliva atmosfera v klinikah, odnos osebja, prav tako pa je pomemben del doživetja tudi prisotnost protestnikov pred institucijami (Kimport et al., 2012).

4.2 Vpliv institucij in protestnikov na počutje žensk

Kimport in sodelavci (2012) so s študijo želeli preučiti učinke, ki jih imajo klinike za splave v ZDA na ženske. Raziskava je bila izvršena z namenom izboljšanja oskrbe in predlagati sredstva, s katerimi bi lahko zmanjšali negativno mnenje javnosti o klinikah in drugih institucijah, kjer potekajo UPN. Negativno mnenje o teh klinikah je nastalo

predvsem na račun medijev, ki predstavljajo tovrstne klinike kot temačne in neosebne. Podatke so zbirali v dveh študijah, v obeh z metodo pol-stukturiranega intervjuja. Intervjuja sta bila v posameznih študijah zasnovana drugače, pri obeh pa so bile vzorec ženske, ki so imele splav in so bile stare nad 18 let. V obeh intervjujih so ženske spraševali o slabih in težkih vidikih UPN. Podobnost rezultatov kaže, da način postavljanja vprašanj in potek intervjuja ne vpliva na rezultate in da je rezultate mogoče posplošiti.

V pripovedih žensk se je pogosto pojavil opis atmosfere pred samo kliniko in protestniki, ki se pred klinikami nahajajo. Nekaj žensk je opisalo izkušnjo s protestniki kot negativno ali celo travmatično. Zaradi protestnikov so se počutile prestrašene, njihova prisotnost jim je povečala občutke stigme in sramu (Kimport et al., 2012). V letu 2011 so v sklopu študije Turnaway intervjuvali po enega zaposlenega iz 27 ustanov, kjer izvajajo umetne prekinitve nosečnosti. Med drugim so jih povprašali tudi o prisotnosti protestnikov. Prav tako so o prisotnosti in vplivu protestnikov povprašali ženske, vključene v študijo. Večine žensk protestniki niso razburili, četrtnina jih je poročala o zmernem razburjenju, petina pa o precejšnjem ali ekstremnem razburjenju. Demografski podatki na občutke niso vplivali, vplivala pa je odločenost za sam poseg. Ženske, ki so poseg izbrale težje in o odločitvi niso bile popolnoma prepričane, so bile zaradi protestnikov več kot dvakrat bolj razburjene. Prav tako so bile bolj razburjene tiste ženske, do katerih so protestniki pristopili, kot tiste, ki so protestnike samo opazile (Foster et al., 2013).

Pomemben del celotne izkušnje so bili tudi varnostni postopki, ki jih klinike zaradi sovražnega okolja uporabljajo kot način varovanja tako zaposlenih kot žensk, ki pridejo na kliniko. Sodelujoče v študiji so izrazile, da so jim vsi varnostni postopki povečali občutke stigmatizacije, skrivnostnosti in izolacije. Ti postopki so odklepanje vrat izključno za ženske, ki pridejo na UPN, uporaba le začetnic imena, detektorji kovin na vhodih, plačilo z gotovino in prepoved spremljevalcev. Čeprav so vsi ti postopki namenjeni zagotavljanju anonimnosti in varnosti, pa so se ženske zaradi njih počutile prestrašene in so imele občutek, da so le številka. Za veliko sodelujočih v raziskavi je bila še posebej travmatična prepoved spremljevalcev, saj je bila izkušnja zaradi tega težja. Prav tako pa je bilo to težje za ljudi, ki so bili njihova podpora, saj v času postopka niso vedeli, kaj se z njimi dogaja (Kimport et al., 2012).

Odnos osebja so sodelujoče navedle kot pozitiven, osebje naj bi bilo sočutno. To jim je zmanjšalo občutke osamljenosti in izolacije. Sodelujoče so navedle, da jih osebje ni

obsojalo in da je izražalo iskreno skrb. Podpora osebja, deljenje osebnih prepričanj in izkušenj je ena sodelujoča navedla kot pozitivno izkušnjo, ki ji je zmanjšala občutke osamljenosti in krivde. Druga sodelujoča je navedla, da ji je medicinska sestra, zaposlena na kliniki, ki ji je bila v oporo, na nek način nadomestila družino, s katerimi zaradi prepričanj o splavu izkušnje ni mogla deliti. Nekaj sodelujočih je kot pozitivno navedlo prisotnost zastopnika pacientov, psihoterapevta ali medicinske sestre, ki jih je držal za roko, razložil postopek ali pa so bili samo prisotni. Prav tako pa so sodelujoče pomirile majhne geste zaposlenih, kot na primer kozarec soka, ki so zmanjšale občutke osamljenosti. Nekaj sodelujočih je navedlo, da bi nekaj manjših gest lahko precej izboljšalo njihovo izkušnjo. Kot slabost so navedle pomanjkanje empatije osebja, neosebni odnos zaposlenih, občutek priganjanja, osamljenost, pomanjkanje čustvene podpore, obsojajoč odnos zdravnika, ali pa so se počutile, da so zdravniku v napoto (Kimport et al., 2012). Pri teh zgodbah moramo vzeti v zakup dejstvo, da se zaposleni na tovrstnih klinikah pogosto oddaljijo od pacientk z namenom ohraniti svoje emocionalno zdravje. Z drugimi besedami, oddaljevanje od pacientk omogoča zaposlenim, da opravljajo svoje delo (Wolkomir, Powers, 2007).

Kljub nekaterim pozitivnim stranem klinik podatki kažejo, da večina žensk vseeno klinike, ki omogočajo splave, vidijo kot osamljene, neosebne in nevarne. Avtorji zaključujejo, da je negativna predstava teh ustanov v javnosti in kasnejša izkušnja z njimi del začaranega kroga. Zaključujejo, da bi se osebje moralo zavedati, da ženske ne razumejo vseh razlogov za določene postopke, zaradi tega pa jih kasneje lahko razumejo napačno (Kimport et al., 2012).

Ko ženske zapustijo institucijo, se morajo z UPN soočiti. V sklopu študije Turnaway so se raziskovalci poglobili tudi v posledice, katere pridejo do izraza po tem ko ženska že opravi UPN. Proces soočenja je kompleksen in treba se je zavedati, da čustva žensk pred, med in po postopku niso enodimenzionalna (Rocca et al., 2013).

4.3 Psihološke posledice umetne prekinitve nosečnosti

Zaradi pomanjkanja raziskav o tem, ali so negativna čustva posledica same prekinitve nosečnosti ali pa imajo ženske negativna čustva zaradi drugih razlogov (negativna čustva glede same nosečnosti, občutek krivde ker je sploh zanosila ali žalovanje za razmerjem), je

bil razlog, da so Rocca in sodelavci (2013) v sklopu študije Turnaway raziskovali tudi ta vidik UPN. Nekatere študije so enačile veliko negativnih čustev s pomanjkanjem pozitivnih (npr. Broen et al., 2005), čustva pa po naravi niso enodimenzionalna, zato so se v novejši raziskavi posvetili prav kompleksnosti čustev v zvezi z UPN (Rocca et al., 2013).

Prisotnost tako pozitivnih kot negativnih čustev so starejše raziskave pogosto pripisale racionalizaciji ali zanikanju (Lazarus, 1985). Druga pomanjkljivost starejših raziskav je hipoteza, da splav ženske čustveno prizadene. Ta predpostavlja, da bi bilo čustveno stanje žensk boljše, če bi otroka donosile, vendar pa jim pri dokazovanju te hipoteze primanjkuje primerne primerjalne skupine (Major et al., 2009).

V sklopu longitudinalne študije Turnaway so raziskovali, kakšna so kratkoročna čustva žensk en teden po umetni prekinitvi nosečnosti ali zavrnitvi postopka. Z namenom premagovanja pomanjkljivosti starejših raziskav so primerjali podatke med ženskami, ki so nosečnost prekinile in ženskami, katere so zavrnili in so nosečnost morale nadaljevati. Prav tako so upoštevali nianse čustev, ki jih ženske lahko imajo (Rocca et al., 2013). V svojem delu Harris in sodelavci (2014) navajajo, da je bila raven stresa en teden po splavu ali po zavrnitvi splava pri ženskah, katerim so postopek zavrnili, višja. Rezultati so pokazali tudi, da so ženske, ki so nosečnost prekinile kasneje, čutile več stresa kot ženske, ki so nosečnost prekinile v prvem tromesečju. Po 6 mesecih se je nivo stresa pri vseh treh skupinah žensk izenačil in po 30 mesecih podobno upadel.

Rocca in sodelavci (2013) so v sklopu enake študije ugotovili, da imajo ženske različen pogled oziroma odnos tako do nosečnosti kot tudi do splava, kar pa se odraža v njihovem čustvenem doživljanju. Ženske so bolj čutile obžalovanje, žalost in jezo glede same nosečnosti kot glede prekinitve. Več olajšanja in sreče pa so čutile v zvezi s prekinitvijo. Raziskovalci navajajo, da v primeru pripisovanja negativnih čustev samo prekinitvi nosečnosti ta čustva precenjujemo. Rezultati pa kažejo tudi, da v nekaterih primerih ženske opravijo splav tudi, kadar imajo glede nosečnosti pozitivne občutke. V raziskavi je bila ena četrtnina žensk, ki so občutke sreče in olajšanja pripisale nosečnosti. Ti rezultati kažejo ambivalentnost čustev pri ženskah glede nosečnosti in da ženske čutijo pozitivna čustva tudi, kadar je nosečnost neželena. To ambivalentnost čustev ženske v manjši študiji narejeni leto prej, opisujejo kot »konflikt med srcem in razumom«. Ženske vedo, kaj morajo narediti, vendar čutijo nekaj drugega (Kimport, 2012). V nekaterih primerih do pozitivnih čustev pride zaradi ugodnosti, ki jih ženska zaradi nosečnosti dobi, v drugih pa

tudi zaradi olajšanja, da lahko zanosijo. Tako se je pokazalo, da je pomembno razlikovati pozitivna čustva zaradi nosečnosti glede na dejstvo, ali je bila nosečnost načrtovana ali ne. Ženske so imele glede same UPN mešane občutke. Kljub temu, da nekatere poročajo o različnih stopnjah žalosti in obžalovanja, večina poroča tudi o pridruženih občutkih sreče in olajšanja. Najbolj pogosto čustvo je bilo tako olajšanje, najredkeje so ženske poročale o občutkih obžalovanja. Ženske, katere so za umetno prekinitev zavrnil, so en teden po zavrnitvi poročale o bistveno več občutkih obžalovanja in jeze kot olajšanja in sreče (Rocca et al., 2013).

Med ženskami, ki so nosečnost prekinile, so avtorji ugotovili, da je nivo depresije in tesnobe ostal enak ali pa v 2 letih po postopku upadel. Če bi torej zagovarjali dejstvo, da UPN povzroča kasnejše težave v mentalnem zdravju, bi pričakovali, da bi ti nivoji čez čas narasli ali pa da bi bili simptomi bolj pogosti. Prav tako bi opazili višje nivoje depresije in tesnobe pri ženskah, ki so nosečnosti prekinile, kot pri ženskah, katerih nosečnost je bila neželena, vendar so nosečnost morale nadaljevati. Rezultati te študije pa dokazujejo, da so bili nivoji tesnobe pri ženskah, katerim so UPN zavrnil, prvotno višji, čez čas pa so se nivoji izenačili pri obeh skupinah. Med ženskami, ki so nosečnost prekinile v prvem tromesečju, in ženskami, ki so nosečnost prekinile kasneje, avtorji bistvenih razlik niso opazili (Foster et al., 2015).

Ženske v študiji Turnaway so v veliki večini (95 %) čutile, da je bila odločitev za prekinitev nosečnosti prava na vseh točkah v razponu treh let. Ženske so skozi čas izkusile zmanjšano intenzivnost čustev. Tako občutki sreče in olajšanja kot negativni občutki so se čez čas umirili. Neodločenost o prekinitvi ali nosečnost, ki je bila načrtovana, sta bili močno povezani s kasnejšimi negativnimi občutki in občutki, da je bila odločitev napačna. Prav tako sta bili z negativnimi občutki povezani stigma skupnosti in pomanjkanje podpore. Ženske v izobraževalnem procesu ali tiste, ki so bile redno zaposlene, so imele boljše samozaupanje in s tem tudi prepričanje, da so se odločile pravilno (Rocca et al, 2015).

V zadnjih treh desetletjih se je poleg argumentov, da UPN pušča trajne negativne posledice za mentalno zdravje pri ženskah, pojavil tudi argument, da prekinitev nosečnosti povzroča tako imenovani »post-abortivni stresni sindrom« oziroma posttravmatski stresni sindrom (PTSS) po splavu (Kelly, 2014). To hipotezo so Biggs in sodelavci (2018) ovrgli s pomočjo rezultatov iz študije Turnaway. V študiji so prepustili ženskam, da same izrazijo

naravo dogodkov, za katere verjamejo, da je povzročila njihov posttravmatski stresni sindrom. Ženske so kot izvor njihovih simptomov izpostavile veliko različnih dogodkov. Ena od petih žensk je izpostavila zgodovino posilstva oziroma spolnega nasilja, kar je bil najpogostejši razlog za PTSS. Raziskava je pokazala, da sta kmalu po UPN 2 od 5 žensk imeli enega ali več simptomov PTSS. Razlik med tistimi, ki so nosečnost prekinile in tistimi, katere so zavrnila, ni bilo. Prav tako med tema dvema skupinama ni bilo razlik v občutku stiske. Dejstvo, da med skupinama ni bilo bistvene razlike, potrjuje, da so za simptome PTSS krivi okoljski dejavniki in drugi dogodki in ne sama nosečnost oziroma UPN. Prav tako ni bilo razlik med ženskami, ki so nosečnost prekinile v prvem tromesečju in tistimi, ki so nosečnost prekinile kasneje. Kot drugi občutki so tudi ti sčasoma zbledeli. Po 4 letih je le še 1 % žensk poročal, da je bila nosečnost vzrok simptomov stiske.

Malo je znanega o socioekonomskih posledicah pri ženskah, katerim so zavrnila dostop do splava. Tudi to so raziskovali v sklopu študije Turnaway. Veliko žensk želi nosečnost prekiniti prav zaradi slabih ekonomskih razmer. Med ženskami, ki so nosečnost prekinile, in tistimi, katere so zavrnila, so bile odkrite pomembne razlike. Ženske, ki so donosile otroka, so se soočale z večjim številom finančnih težav, kot ženske, ki so nosečnost prekinile. Finančne razlike so se po petih letih zmanjšale, tako da so bile ženske po splavu in ženske, ki so donosile otroka v podobnih ekonomskih razmerah. Odvrčanje žensk od UPN ima tako za posledice zmanjšano zaposlenost, višjo incidenco revščine, več mater samohranilk in večjo odvisnost od socialne pomoči. Avtorji v tem delu zaključujejo, da ima lahko postavljanje meje gestacijske starosti za UPN velike in dolgoročne ekonomske posledice za ženske (Foster et al, 2018). To potrjujejo tudi Biggs in sodelavci (2013), ki v svojem delu navajajo, da ima zavrnitev želje po prekinitvi nosečnosti znaten negativen vpliv na zdravje ženske, že obstoječe otroke in druge družinske člane in prihodnost posameznice. Politika, ki omejuje dostop do splava, pomeni, da bodo te ženske po vsej verjetnosti potrebovale dodatno pomoč (finančno, čustveno, izobraževalno, zdravstveno, zaposlitveno), da bodo lahko primerno skrbele za otroke in zase. Nadaljevanje nosečnosti v primeru zdravstvenih težav ali nasilja pa je povezano tudi z višjim tveganjem za zaplete pri porodu.

Major in sodelavci (2009) so v delu zaključili, da na mentalno zdravje po UPN predvsem vpliva stanje pred splavom. Na podlagi teh ugotovitev so Steinberg in sodelavci (2015) raziskovali, od katerih izmed dejavnikov je odvisno mentalno zdravje ženske pred

splavom. Faktorji, ki dosledno prispevajo k mentalnemu zdravju pred UPN, so število neželenih dogodkov v otroštvu, starost, izobrazba in nasilje intimnega partnerja. V tej študiji so prvič pokazali, da ima pomemben vpliv na mentalno zdravje tudi reproduktivna prisila (prisila partnerja v nosečnost ali prekinitve nosečnosti).

Dejavnik, ki je najbolj vplival na žensko in njene depresivne, stresne ali tesnobne simptome, je bila stigmatizacija okolice, ki jo je ženska zaznala. Rezultati kažejo, da zmanjšanje občutka stigmatizacije najbolj pripomore k dobremu mentalnemu zdravju pred UPN. Ker pa je mentalno zdravje po UPN odvisno od mentalnega zdravja pred postopkom, pa pomeni, da stigmatizacija vpliva tudi na kasnejše počutje (Steinberg et al., 2015).

4.4 Stigma, ki obkroža ženske po umetni prekinitvi nosečnosti

Čeprav ženske izberejo splav kot odgovor na težke okoliščine, se pogosto srečujejo s stigmo kot posledico njihove odločitve (Cockrill et al., 2013). Stigmo po umetni prekinitvi nosečnosti je Kumar s sodelavci (2009) definiral kot negativno lastnost, pripisano ženskam, ki iščejo način prekinitve nosečnosti in jih zaznamuje navznoter ali navzven kot inferiorne idealom ženskosti.

Ker so raziskave pokazale, da stigmatizacija pomembno vpliva na mentalno zdravje ženske pred in po splavu (Steinberg et al., 2015), je bilo pomembno razviti multidimenzionalno merilo stopnje stigmatizacije pri ženskah, ki so se odločile za umetno prekinitve nosečnosti (Cockrill et al., 2013). Študija je bila izvedena v več stopnjah: konceptualizacija, razvoj lestvice, kognitivni intervjuji, izvajanje ankete, potrditev lestvice in analiza. Lestvica individualne ravni stigmatizacije splava (Individual Level Abortion Stigma Scale - ILAS) je lestvica, s katero lahko določamo stopnjo stigmatiziranosti posameznice. Višji je rezultat, večja je stigma. Vprašalnik je sestavljen iz štirih podkategorij: skrb o predsodkih, izolacija, obsojanje same sebe in obsojanje družbe (Cockrill et al., 2013).

Cockrill in Nack (2013) v svojem delu navajata tri tipe stigme: internalizirano, čuteno in prejeto. Prav tako identificirata tri tipe spopadanja s stigmo: spoprijemanje s poškodovano osebnostjo, ohranjanje dobrega ugleda in spoprijemanje z okvarjenim ugledom.

Internalizirana stigma se kaže kot negativni občutki, ki jih ženske gojijo do samih sebe, prav tako pa do vseh udeleženi v procesu prekinitve nosečnosti (do ostalih žensk,

zaposlenih na institucijah ipd.) (Cockrill, Nack, 2013). Do internalizirane stigme velikokrat vodi družbena stigma, katera povzroči, da ženske njihove predpostavke prevzamejo same nase. Tako se ženske po UPN lahko vidijo kot moralno manjvredne in okvarjene (Major et al., 2009). S pomočjo ILAS podlestvice so internalizirano stigmo ocenjevali Cockrill in sodelavci (2009). Ta je ocenjevala negativna čustva žensk, ki jih gojijo do samih sebe. Večina sodelujočih je poročala o zmernih do močnih občutkih krivde, sramu in sebičnosti po umetni prekinitvi nosečnosti, . Občutki krivde po UPN pa so osnovani predvsem na njihovem zaznavanju stigmatizacijskega odnosa drugih ljudi (Shellenberg et al., 2011). Čutena stigma opisuje mišljenje drugih ljudi glede UPN in kako ženske to mišljenje sprejemajo. Prav tako tukaj dodajajo še pričakovanja o sodbi, zavračanja in diskriminacije na podlagi teh mišljenj (Cockrill, Nack, 2013).

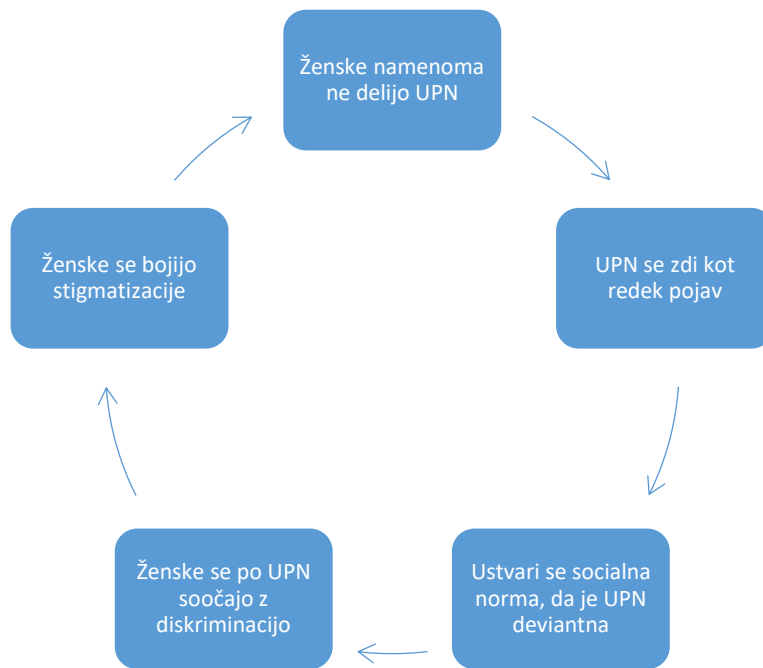
Nazadnje pa prejeta stigma opisuje dejanske izkušnje z drugimi ljudmi, zaradi katerih se ženske po postopku v družbi počutijo manjvredne. Te izkušnje vključujejo govorice, zmerjanje, fizično nasilje ali diskriminacijo (tudi s strani zaposlenih v zdravstvu) (Cockrill, Nack, 2013). Prejeto stigmo je podrobneje raziskovala študija, v kateri so spraševali ženske po UPN ali partnerje žensk po UPN po reakciji ljudi, katerim so se zaupali. Na izbiro so imeli osem reakcij: jeza, sram, zaskrbljenost, obsojanje, žalost, podpora, presenečenje, sočutje. Reakcijo osebe, kateri se je udeleženec zaupal, lahko napovesta dva dejavnika. To sta razmerje med poslušalcem in govorcem, in razlog, zakaj je bila izkušnja deljena s prav to osebo. Osebe, s katerimi so udeleženci delili izkušnjo so bile v anketi naštetje kot bližnja družina (partner, otrok, mati, oče, sestra, brat in drugi), bližnji prijatelji in drugi. Vprašanje, zakaj je bila izkušnja deljena s to osebo, je imelo naslednje kategorije: pridobivanje podpore, intimen odnos s to osebo, pojasnilo (na primer, pojasnilo o odsotnosti), deljenje izkušnje z nekom, ki je izkusil podobno situacijo ali ker je pogovor nanesel na to temo. V večini primerov, ko so udeleženci delili izkušnjo, so bili odzivi pozitivni, poslušalci so izkazali podporo ali sočutje. Ti odzivi pa so bili povezani z razlogom deljenja izkušnje, odnosom in značilnostmi posameznikov, katerim so se zaupali. Kadar so se udeleženci zaupali osebi s podobno izkušnjo, ni bil odziv nikoli negativen. Odzivi bližnjih prijateljev so bili v večini bolj sočutni kot odzivi bližnjih družinskih članov (Cowan, 2017). Predhodna literatura navaja dva razloga za take rezultate. Prvi razlog je družbena norma obveščanja, pri kateri se ženska ali partner po UPN čutita zavezana novico deliti z družino, tudi če te novice drugače z njimi ne bi delila (Ryan, 2006; Cowan, 2014). Drug razlog tiči v edinstvenem odnosu družinskih članov. Zaradi narave odnosa so reakcije

lahko negativne, saj se bližnji družinski člani lahko počutijo vključene v samo prekinitev nosečnosti. Počutijo se, da prekinitev nosečnosti opisuje in vpliva tudi na njihovo podobo, kar pogosto pripelje do občutka osramočenosti (Tangney, Tracy, 2013). Glede na socialni status so najbolj pozitivne odzive dobili udeleženci srednjega sloja, medtem ko so bile reakcije slabše pri udeležencih nižjega in višjega sloja. Razlik med spoloma ni bilo, moški, katerih partnerke so prekinile nosečnost, so dobili negativne odzive v enaki meri kot ženske (Cowan, 2017).

Cockrill in sodelavci (2013) so raziskovali, s katerih strani so se ženske čutile stigmatizirane. Najpogosteje so se čutile stigmatizirane s strani družbe (pogosto opredeljeno kot drugi oziroma druge osebe) in bližnjih oseb (družina, prijatelji in intimni partnerji). Prav tako so velik vir stigme predstavljale religijske institucije, predvsem tiste, ki javno izražajo negativen odnos do umetnih prekinitev nosečnosti, kot je katoliška cerkev (Shellenberg, Tsui, 2012). Ženske so poročale tudi o stigmatizaciji s strani ponudnikov umetnih prekinitev nosečnosti ali zdravstvenih strokovnjakov (Cockrill et al., 2013).

Cockrill in Nack (2013) v delu opisujeta tudi teorijo, ki predpostavlja, da za spopadanje s posledicami stigme ženske uporabljajo intrapersonalne in interpersonalne vedenjske strategije. Te strategije vključujejo opravičevanje splava z razlogi ali izgovori in prelaganje krivde na druge. Kadar je UPN tema v družbi, si ženske zaradi bojazni pred obsojanjem pogosto izmislijo zgodbo ali pa svojo izkušnjo zamolčijo. Ženske pogosto ohranijo izkušnjo kot skrivnost predvsem zaradi osamljenosti, zatiranja čustev in pričakovanja socialne izolacije.

Ohranjanje UPN kot skrivnosti pa pripelje tudi do vtisa javnosti, da UPN ni pogost. To pripelje do mnenja, da je splav odraz odklonskega vedenja. Zaradi tega se ženske soočajo z diskriminacijo, kar povzroči, da zaradi strahu pred tem ženske ponovno ohranjajo izkušnjo kot skrivnost (Kumar et al., 2009). Kumar in sodelavci (2009) to imenujejo paradoks prevalence (Slika 1). V nekaterih primerih izkušnja ženske s stigmo pripelje do tako imenovanih upornih strategij. Te so na primer obsojanje ljudi z negativnimi mnenji o splavu in poizkus normaliziranja izkušnje z UPN za druge (Cockrill, Nack, 2013).



Slika 1: Paradoks prevalence (Kumar et al., 2009)

S stigmatizacijo se srečujejo tudi zaposleni na klinikah (Hanschmidt et al., 2016). O zmanjševanju stigme med zaposlenimi, ki sodelujejo pri postopkih umetne prekinitve nosečnosti in ženskami, katere so se za postopek odločile, so bile narejene tri študije (Martin et al., 2014a, Martin et al., 2014b; Harris et al., 2011; Littman et al., 2009). Harris in sodelavci (2011) so razvili delavnico v šestih delih, ki so zaposlenim v postopkih umetne prekinitve nosečnosti zagotovile varno okolje za razpravljanje o delu, stresu in bremenu, ki jim ga to delo prinaša. Dolgoročni cilj delavnice je bilo spodbujati odpornost zaposlenih proti stigmatizaciji in okrepiti človeško podporo znotraj oskrbe. Rezultati so pokazali, da so delavnice okrepile medsebojne vezi med zaposlenimi. Udeleženci so po delavnicah čutili olajšanje od bremena stigme, ki pogosto predstavlja moteč dejavnik pri medosebnih odnosih. Enako delavnico so bolj podrobno raziskali Martin in sodelavci (2014a, 2014b). Opazovali so raven stigme pri zaposlenih pred, takoj po in eno leto po delavnici. Ugotovili so pomembno znižanje stigmatizacije po enem letu.

Littman in sodelavci (2009) so ustvarili intervencije z namenom podpore ženskam pri soočenju z neodobranjem, napačnimi informacijami in stigmatizacijo po odločitvi za UPN. Udeleženkam so pokazali kratke videoposnetke drugih žensk, ki govorijo o svoji izkušnji. Ponudili so jim tudi varno in neobsojajoče okolje, kjer so lahko z drugimi delile svoje

občutke in zgodbe. Ženske so poročale, da je bila ideja o komunikaciji glede izkušnje z umetno prekinitvijo nosečnosti za njih nova in da jim je izkušnja pomagala, da so se počutile podprte in manj osamljene. Prav tako jim je pomagala pri soočenju z obsojanjem drugih oseb. Te intervencije, bi bile lahko vključene v celovito obravnavo ženske, katera se sooča z neželjeno nosečnostjo, katera pa bi jim izkušnjo z UPN olajšala.

4.5 Obravnava žensk, ki se odločijo prekiniti nosečnost

Malo je znanega glede pričakovanj, potreb in izkušenj žensk s svetovanjem glede prekinitve nosečnosti (Gould et al., 2013). Stotland (2011) navaja, da je vloga strokovnjakov za mentalno zdravje javnosti zagotoviti dejstva o težavah v mentalnem zdravju in pomagati pacientkam sprejeti samostojno odločitev. Njihova vloga pa je tudi pomoč pri spopadanju z bolečimi čustvi, ki se lahko pri ženski pojavijo pred in po UPN.

Po zakonu morajo v Sloveniji zdravstveni delavci ter zdravstvene organizacije in socialni delavci seznaniti nosečnico s postopkom, potekom in posledicami umetne prekinitve nosečnosti, ter z metodami in sredstvi za preprečevanje nosečnosti. Od nosečnice pridobijo tudi privolitev za poseg (ZZUUP, 23. člen; ZZUUP, 30. člen). Pridobivanje informirane privolitve v poseg je tako pomemben del svetovanja nosečnici, vendar pa strokovnjaki še nimajo univerzalno sprejetih standardov ali definicij o svetovanju glede umetnih prekinitvev nosečnosti v širšem smislu (Gould et al., 2013).

Najnovejša literatura glede svetovanja navaja, da naj bi svetovanje o umetni prekinitvi nosečnosti vsebovala:

- informacije o poteku obiska in negi po postopku;
- pregled tveganj, koristi in alternativ umetni prekinitvi nosečnosti;
- potrditev, da je odločitev za splav prostovoljna in
- odziv na emocionalne potrebe, ko se le-te pojavijo (Perrucci, 2012, cit. po Gould et al., 2013).

Oceno in pogovor o čustvenih težavah poleg informiranega pristanka v ospredje postavita predvsem dve strokovni deli (Perrucci, 2012, cit. po Gould et al., 2013; Joffe, 2013). Nekatero ustanovo, ki izvajajo umetne prekinitve nosečnosti v Združenih državah Amerike, so razvile svetovalno prakso, ki specifično obravnavajo čustvene vidike pred in po umetni

prekinitvi nosečnosti. Joffe (2013) v svojem članku tak pristop opisuje kot »svetovanje s srcem in glavo«. V delu opiše tudi spreminjanje potreb žensk pri UPN skozi čas. Trdi, da vedno večje stigmatiziranje motivira ponudnike UPN, da skozi svetovanje aktivno poizkušajo temu nasprotovati. Taki ponudniki UPN uporabljajo z raziskavami podprto prakso, katera se uporablja za čustveno oskrbo tudi pri drugih zdravstvenih stanjih, pri katerih se pacienti soočajo s stigmatizacijo. Uporabljajo ocene samozavedanja, svetovanje za ljudi s podobno izkušnjo, pomoč pri odločanju in spodbujanje za aktivno sodelovanje (Upadhyay et al., 2010).

Čustvene podpore pa ne zagovarjajo vsi ponudniki UPN. Nekateri se usmerjajo bolj na avtonomijo ženske v odločanju, hkrati ne verjamejo, da je naloga ustanove raziskovati čustva žensk glede UPN in razloga zanj (Perrucci, 2012, cit. po Gould et al., 2013). Nekateri študije tudi dokazujejo, da je svetovanje nepotrebno ali celo nezaželeno. Brown (2013) tako v svoji študiji dokazuje, da so ženske odločitev za UPN sprejele že preden vstopijo v ustanovo in so le redko v to odločitev prisiljene (Brown, 2013). Kvalitativna študija na 49 pacientkah je ugotovila, da se veliko število žensk o svojih čustvih z svetovalcem v ustanovi ne želi pogovarjati, ker se bojijo obsojanja ali možne zavrnitve postopka (Moore et al., 2011). Te ugotovitve so potrdili tudi z raziskavo v Veliki Britaniji na vzorcu 24 žensk, starih od 16 do 20, ki so ponujeno svetovanje v večini zavrnile (Brown, 2013).

Študija o tem, ali so ženske svetovanje ocenile za koristno ali ne, je potekala tudi v sklopu študije Turnaway. Večina žensk je odgovorila, da so svetovanje prejele in da je bilo svetovanje koristno. V tej študiji pa je prišlo do nasprotovanja med poročanjem institucij in žensk. 96 % sodelujočih ustanov v študiji Turnaway je poročalo, da izvajajo svetovanje pri vsaki ženski (Gould et al., 2012), vendar pa je kar ena tretjina žensk poročala, da svetovanja niso bile deležne (Gould et al., 2013). Avtorji navajajo, da je ta razlika lahko nastala predvsem na račun definicije svetovanja pri ustanovah in pri ženskah. Za ustanove lahko svetovanje pomeni že informirana odločitev in pomoč pri tem, medtem ko je za ženske lahko svetovanje predvsem čustvene narave. Gould in sodelavci (2013) v svojem delu predlagajo več raziskav na temo svetovanja pri UPN, saj je potrebno ženske in njihove potrebe bolje razumeti, potrebno pa je tudi ugotoviti, ali so izidi po splavu (mentalno zdravje, čustva, spopadanje in stigma) v primeru svetovanja boljši.

Avtorji predlagajo, da bi bilo za ženske, ki imajo težave z odločitvijo o prekinitvi nosečnosti, koristno individualizirano svetovanje, saj bi jim izboljšalo dolgoročno čustveno zdravje (Rocca et al, 2015). Stotland (2011) v svojem delu navaja, da je določena razdvojenost glede odločitve o nosečnosti normalna. Paralizirajoča čustva razdvojenosti pa so faktor tveganja za kasnejše težave in nakazujejo potrebno pomoč s strani strokovnjaka. Prav tako poudari pomembnost informiranosti ideološko nevtralnih strokovnjakov za mentalno zdravje.

Strokovnjak naj bi se z žensko, ki je v procesu odločanja glede UPN, pogovoril o:

- verskih ali duhovnih načelih;
- njenem odnosu do UPN, ki prihaja iz direktnih ali indirektnih izkušenj z UPN (izkušenj sorodnikov, prijateljev);
- življenjskih načrtih in ambicijah;
- podpori in sredstvih za starševstvo;
- odnosu z očetom otroka;
- dodatnemu stresu;
- zahtevah in željah (Stotland, 2011).

Harris in sodelavci (2014) poudarjajo tudi, da je potrebno uvesti svetovanje tudi za ženske, katerim UPN zavrnejo, saj se te ženske soočajo z edinstvenimi težavami. Ženske se morajo po zavrnitvi odločiti, ali bodo možnost UPN iskale drugje, otroka donosile ali ga oddale v posvojitev. Prav tako opozarjajo, da je glede na negativne učinke stresa na mater in otroka potrebno razmisliti o zakonih, ki omejujejo dostop do UPN (Harris et al., 2014).

5 RAZPRAVA

S pregledom literature smo ugotavljali, ali UPN pri ženskah pušča dolgoročne posledice. Ugotovili smo, da psihološka izkušnja ženske z UPN ni enaka pri vseh, temveč se razlikuje na podlagi njihovih osebnostnih lastnosti, dogodkih, ki vodijo v nosečnost, okoliščin v njihovem življenju, stanja razmerij v času odločanja o prekinitvi, časa UPN, dogodkov in razmer v času UPN in po njem ter socialno-političnega konteksta, v katerem se UPN zgodi (Major et al., 2009). Pri raziskovanju UPN in njenih posledic pa je pogosto pogrešan obzir na zapletenost emocij, ki jih ženske čutijo po postopku (Weitz et al., 2008).

Razlogi, zaradi katerih si ženske želijo nosečnost prekiniti, so številni in med seboj povezani. Babice v oskrbi bi se tega morale zavedati in ženski zagotoviti okolje, v katerem se bo počutila razumljeno in varno. Večina razlogov, ki jih ženske navajajo, neposredno vpliva tudi na druge. Materialna podpora partnerja je za določene ženske eksistenčnega pomena. Zato je pogosto razlog za umetno prekinitev nosečnosti prav finančne narave. Zaradi tega pa je smiselno ponovno razmisliti o postavljenih mejah gestacijske starosti za UPN tudi v Sloveniji, saj ima to ekonomske posledice za žensko, prav tako pa je taki ženski potrebno zagotoviti ustrezno državno pomoč (Biggs et al., 2013).

Iz raziskav je razvidno tudi neravnovesje med spoloma glede odgovornosti za kontracepcijo, zanositev, prekinitev nosečnosti in vzgojo otrok. Ženske so mnenja, da bi breme vzgoje otroka pripadala njim in da se njihovi partnerji za zanositev ne počutijo odgovorne, posledično se ne bi čutili odgovorne za vzgojo otroka (Kimport et al., 2011). Neravnovesje med spoloma je tako velikokrat vzrok čustvene stiske pri ženskah. Babice imajo na ženske in na njihove partnerje lahko velik vpliv. Zdravstvena vzgoja partnerjev in spodbujanje pri prevzemanju odgovornosti, bi pomembno pripomogla k razbremenitvi žensk.

Več raziskav se strinja o pomenu samostojne odločitve ženske glede prekinitve nosečnosti. Ženske si želijo, da je odločitev glede prekinitve nosečnosti njihova in da jih partnerji, družina in bližnji prijatelji pri tem tudi podprejo. Želja po samostojnosti pri odločanju pa ne smemo zamenjati za izolacijo pri odločanju, saj si ženske prisotnost bližnjih želijo (Kimport et al., 2011). Neodločenost ali prisilo v prekinitev nosečnosti bi babica ob bolj poglobljenem pogovoru z žensko prepoznala. Tako bi jo lahko vodila skozi odločanje in ji zvišala občutke opolnomočenosti, kar bi dolgoročno vplivalo na boljše emocionalno stanje ženske. V raziskavi so ženske poudarile tudi pomembnost osebja in

malih gest, cenile so, kadar je bilo osebje neobsojajoče, empatično in v podporo (Kimport et al., 2012).

Institucije, kjer potekajo prekinitve nosečnosti, v družbi veljajo kot temačne in neosebne. V Sloveniji klinik kot takih ni, UPN se večinoma izvaja na oddelkih v sklopu porodnišnice ali ginekološkega oddelka. Tudi v Sloveniji so spremljevalci v večini prepovedani, kar so kot negativno izpostavile tudi ženske v raziskavi (Kimport et al., 2012). Zaradi tega bi bilo smiselno zagotoviti možnost spremljevalne osebe, ki bi bila ženski v podporo. Hkrati pa bi morali zagotoviti bolj ženskam prijazno okolje, jim zagotoviti sobe z več zasebnosti in bolj individualno obravnavo.

Raziskovanje psiholoških posledic UPN je v preteklosti potekalo kar nekajkrat. Študije, narejene v preteklosti, so se izkazale za metodološko pomanjkljive, saj jim večinoma primanjkuje smiselne primerjalne skupine. Noseče ženske ne moremo primerjati z nenosečo žensko, temveč jo je treba primerjati z nosečo žensko v podobni situaciji, ki se odloči drugače (Major et al., 2009). Pomembna pa je tudi razlika, ali so negativna čustva povezana s samo nosečnostjo ali pa s prekinitvijo nosečnosti (Rocca et al., 2013). Prav tako je pomembno sprejeti zapletenost čustev in se zavedati, da negativna čustva ne izničijo prisotnost pozitivnih (Broen et al., 2005). V Sloveniji raziskav povezanih z UPN ni. Potrebno bi bilo izvršiti kvalitetno in podrobno raziskavo predvsem o obravnavi med postopkom in stigmatizaciji UPN. Tako bi lahko na podlagi raziskave izboljšali obravnavo žensk in jim zagotovili kvalitetno oskrbo. Prav tako bi z razumevanjem stigmatizacije lahko ukrepali k zmanjševanju le-te, posledično pa bi to izboljšalo emocionalno stanje žensk pred, med in po posegu.

Stigmo lahko razdelimo na internalizirano, čuteno in zaznano (Cockrill, Nack, 2013). Internalizirana stigma je za mentalno zdravje ženske še posebej škodljiva, saj je to posledica družbene stigme, ki jo ženske prevzamejo same nase. Družba ima na ženske lahko tudi dolgoročen vpliv, saj njihova sporočila, ki sporočajo, da je splav uboj otroka ali greh, lahko pri ženski povzročijo negativna čustva tudi nekaj časa po UPN (Major et al., 2009). Prav zato je pomembno, da se stigmatizacijo poizkuša znižati, saj bi s tem ženske svojo izkušnjo lahko zaupale in tako zmanjšale negativne občutke povezane s postopkom. Pri tem imajo veliko vlogo tudi babice, saj bi ob izkazani podpori ženskam in javnem prizadevanju k zmanjšanju stigmatiziranja žensk po UPN lahko uveljavile v družbi tudi

drugačna prepričanja, kar bi počasi pa vendar lahko izboljšalo pogled na UPN in na ženske, ki se za postopek odločijo.

Vloga strokovnjakov v obravnavi ženske je predvsem v opolnomočenju ženske za sprejemanje odločitve (Stotland, 2011), seznaniti nosečnico s postopkom, potekom in posledicami umetne prekinitve nosečnosti in pridobiti privolitev v poseg (ZZUUP), pomemben del obravnave pa je tudi odziv na emocionalne potrebe (Perrucci, 2012 cit. po Gould et al., 2013; Joffe, 2013). Babica bi se morala z žensko pogovoriti njenih načelih, izkušnjah in drugih življenjskih okoliščinah, na katere vpliva UPN (Stotland, 2011) in tako zagotovila resnično celostno obravnavo ženske. Prav tako bi na ta način lahko opazila morebitne težave in primerno ukrepala. V obravnavi žensk z neželjeno nosečnostjo je pomembno je tudi medpoklicno sodelovanje. V celostni obravnavi ženske pri UPN sodelujejo babice, zdravniki, diplomirane medicinske sestre, psihologi in tudi socialni delavci. Celostna, individualna obravnavo in sodelovanje zaposlenih na različnih ravneh oskrbe ženske pri UPN, bi počutje teh žensk lahko opazno izboljšala.

6 ZAKLJUČEK

UPN sama po sebi ženskam ne povzroča psiholoških težav, negativna čustva pa povzročajo predvsem dejavniki, povezani s pojavom. Na negativna čustva močno vpliva stigmatizacija, ki povzroča, da ženske UPN ohranjajo kot skrivnost. Ženske se tako nočejo zaupati, kar jim daje negativne občutke, prav tako pa lahko stigmo ponotranjijo in začnejo nase gledati kot na osebo, ki je v družbi manj vredna. Zato je pomembno, da si prizadevamo UPN destigmatizirati in ženske opolnomočiti ob njihovih odločitvah. Prav tako je pomembno, da razbremenimo odgovornost žensk za kontracepcijo, zanositev, splav in vzgojo otrok in moški del spodbujamo, da nekaj odgovornosti prevzamejo tudi nase. Sama izkušnja je imela prav tako vpliv. Ženske si želijo empatične obravnave v udobnem okolju, brez občutkov obsojanja. Babice in medicinske sestre, zaposlene na oddelkih, kjer se ti postopki izvajajo, bi morale biti ženskam v oporo in jih obravnavati sočutno in korektno.

V slovenskem prostoru raziskav na temo UPN primanjkuje, zato bi jih bilo smiselno narediti. Še posebej bi bilo smiselno narediti raziskavo stigmatizacije žensk po UPN in o načinih zmanjšanja le te, saj bi bil to začetek, ki bi pripomogel k boljšemu počutju žensk. Prav tako bi bilo potrebno izdelati smernice za obravnavo žensk po UPN in organizirati delavnice za zaposlene, s pomočjo katerih bi se naučili prepoznavati potrebe teh žensk.

Koristna bi bil tudi supervizija zdravstvenih delavcev, zaposlenih v institucijah, ki ponujajo to storitev, saj bi tako lahko preprečili obrambni mehanizem odtujevanja, prav tako pa bi se lažje soočili s stigmatizacijo, katere so deležni tudi sami.

7 LITERATURA

Biggs MA, Gould H, Greene Foster D (2013). Understanding why women seek abortions in the US. *BMC Womens Health* 13(29). doi: 10.1186/1472-6874-13-29.

Biggs MA, Rowland B, McCulloch CE, Greene Foster D (2018). Does abortion increase women's risk for post-traumatic stress? Findings from a prospective longitudinal cohort study. *BMJ Open* 6(2). doi: 10.1136/bmjopen-2015-009698.

Broen AN, Moum T, Bødtker AS, Ekeberg O (2005). Reasons for induced abortion and their relation to women's emotional distress: a prospective, two-year follow-up study. *Gen Hosp Psychiatry* 27(1): 36–43. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2004.09.009.

Brown S (2013). Is counselling necessary? Making the decision to have an abortion. A qualitative interview study. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 18(1): 44–8. doi: 10.3109/13625187.2012.750290.

Chibber KS, Biggs MA, Roberts SCM, Greene Foster D (2014). The role of intimate partners in women's reasons for seeking abortion. *Womens Health Issues* 24(1): e131–8. doi: 10.1016/j.whi.2013.10.007.

Cockrill K, Nack A (2013). »I'm not that type of person«: managing the stigma of having an abortion. *Deviant Behav* 34(12): 973–90. doi: 10.1080/01639625.2013.800423.

Cockrill K, Upadhyay UD, Turan J, Greene Foster D (2013). The stigma of having an abortion: development of a scale and characteristics of women experiencing abortion stigma. *Perspect Sex Reprod Health* 45(2): 79–88. doi: 10.1363/4507913.

Cowan SK (2017). Enacted abortion stigma in the United States. *Soc Sci Med* 177: 259–68. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.01.011.

Cowan SK (2014). Secrets and misperceptions: the creation of self-fulfilling illusions. *Sociol Sci* 1: 466–92. doi: 10.15195/v1.a26.

Finer LB, Frohwirth LF, Dauphinee LA, Singh S, Moore AM (2005). Reasons U.S. women have abortions: quantitative and qualitative perspectives. *Perspect Sex Reprod Health* 37(3): 110–8. doi: 10.1363/psrh.37.110.05.

Foster DG, Kimport K, Gould H, Roberts SCM, Weitz TA (2013). Effect of abortion protesters on women's emotional response to abortion. *Contraception* 87(1): 81–7. doi: 10.1016/j.contraception.2012.09.005.

Foster DG, Steinberg JR, Roberts SCM, Neuhaus J, Biggs MA (2015). A comparison of depression and anxiety symptom trajectories between women who had an abortion and women denied one. *Psychol Med* 45(10). doi: 10.1017/S0033291714003213.

Foster DG, Biggs AM, Ralph L, Gerds C, Roberts S, Glymour MM (2018). Socioeconomic outcomes of women who receive and women who are denied wanted abortions in the United States. *Am J Public Health* 108(3): 407–13. doi: 10.2105/AJPH.2017.304247.

Goffman E (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon and Schuster, 13-4.

Gould H, Perrucci A, Barar R, Sinkford D, Greene Foster D (2012). Patient education and emotional support practices in abortion care facilities in the United States. *Womens Health Issues* 22(4): e359–64. doi: 10.1016/j.whi.2012.04.003.

Gould H, Greene Foster D, Perrucci AC, Barar RE, Roberts SCM (2013). Predictors of abortion counseling receipt and helpfulness in the United States. *Womens Health Issues* 23(4): e249–55. doi: 10.1016/j.whi.2013.05.003.

Hanschmidt F, Linde K, Hilbert A, Riedel-Heller SG, Kersting A (2016). Abortion stigma: a systematic review. *Perspect Sex Reprod Health* 48(4): 169-77. doi: 10.1363/48e8516.

Harris LH, Debbink M, Martin L, Hassinger J (2011). Dynamics of stigma in abortion work: findings from a pilot study of the Providers Share Workshop. *Soc Sci Med* 73(7): 1062–70. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.07.004.

Harris LF, Roberts SCM, Biggs MA, Rocca CH, Greene Foster Diana (2014). Perceived stress and emotional social support among women who are denied or receive abortions in the United States: a prospective cohort study. *BMC Women's Health* 14(76). doi: 10.1186/1472-6874-14-76.

Joffe C (2013). The politicization of abortion and the evolution of abortion counseling. *Am J Public Health* 103(1): 57–65. doi: 10.2105/AJPH.2012.301063.

Jones RK, Frohwirth LF, Moore AM (2008). »I would want to give my child, like, everything in the world« - how issues of motherhood influence women who have abortions. *J Fam Issues* 29(1): 79–99. doi: 10.1177/0192513X07305753.

Kelly K (2014). The spread of 'Post Abortion Syndrome' as social diagnosis. *Soc Sci Med* 102: 18–25. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.11.030.

Kimport K (2012). (Mis)Understanding abortion regret. *Symb Interac* 35(2): 105–22. doi: 10.1002/symb.11.

Kimport K, Foster K, Weitz TA (2011). Social sources of women's emotional difficulty after abortion: lessons from women's abortion narratives. *Perspect Sex Reprod Health* 43(2): 103–9. doi: 10.1363/4310311.

Kimport K, Cockrill K, Weitz TA (2012). Analyzing the impacts of abortion clinic structures and processes: a qualitative analysis of women's negative experience of abortion clinics. *Contraception* 85(2): 204–10. doi: 10.1016/j.contraception.2011.05.020.

Kraft JM, Harvey SM, Hatfield-Timajchy K, et al. (2010). Pregnancy motivations and contraceptive use: Hers, his or theirs? *Womens Health Issues* 20(4): 234–41. doi: 10.1016/j.whi.2010.03.008.

Kumar A, Hessini L, Mitchell EMH (2009). Conceptualizing abortion stigma. *Cult Health Sex* 11(6): 625–39. doi: 10.1080/13691050902842741.

Lazarus A (1985). Psychiatric sequelae of legalized elective first trimester abortion. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 4(3): 141–50. doi: 10.3109/01674828509019579.

Littman LL, Zarcadoolas C, Jacobs AR (2009). Introducing abortion patients to a culture of support: a pilot study. *Arch Womens Ment Health* 12(6): 419–31. doi: 10.1007/s00737-009-0095-0.

Major B, Appelbaum M, Beckman L, Dutton MA, Russo NF, West C (2009). Abortion and mental health: evaluating the evidence. *Am Psychol* 64(9): 863–90. doi: 10.1037/a0017497.

Martin LA, Debbink M, Hassinger J, Youatt E, Harris LH (2014A). Abortion providers, stigma and professional quality of life. *Contraception* 90(6): 581–7. doi: 10.1016/j.contraception.2014.07.011.

Martin LA, Debbink M, Hassinger J, Youatt E, Eagen-Torkko M, Harris LH (2014B). Measuring stigma among abortion providers: assessing the Abortion Provider Stigma Survey instrument. *Women Health* 54(7): 641–61. doi: 10.1080/03630242.2014.919981.

Miller E, Decker MR, McCauley HL, et al. (2010). Pregnancy coercion, intimate partner violence and unintended pregnancy. *Contraception* 81(4), 316–22. doi: 10.1016/j.contraception.2009.12.004.

Moore AM, Frohwirth L, Miller E (2010). Male reproductive control of women who have experienced intimate partner violence in the United States. *Soc Sci Med* 70(11): 1737–44. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.02.009.

Moore A, Frohwirth L, Blades N (2011). What women want from abortion counseling in the United States: a qualitative study of abortion patients in 2008. *Soc Work Health Care* 50(6): 424–42. doi : 10.1080/00981389.2011.575538.

Rebolj Stare M (2016). Umetna prekinitev nosečnosti. In: Takač I, Geršak K, eds. *Ginekologija in perinatologija*. Prva izdaja. Maribor: Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta, 161–4.

Rocca CH, Kimport K, Gould H, Greene Foster D (2013). Women's emotions one week after receiving or being denied an abortion in the United States. *Perspect Sex Reprod Health* 45(3): 122–31. doi: 10.1363/4512213.

Rocca CH, Kimport K, Roberts SCM, Gould H, Neuhaus J, Foster DG (2015). Decision rightness and emotional responses to abortion in the United States: a longitudinal study. *PLoS One* 10(7). doi: 10.1371/journal.pone.0128832.

Ryan D (2006). Getting the word out: notes on the social organization of notification. *Sociol Theory* 24(3): 228–4. doi: 10.1111/j.1467-9558.2006.00289.x.

Shellenberg KM, Moore AM, Bankole A et al. (2011). Social stigma and disclosure about induced abortion: results from an exploratory study. 6(Suppl 1): 111–25. doi: 10.1080/17441692.2011.594072.

Shellenberg KM, Tsui AO (2012). Correlates of perceived and internalized stigma among abortion patients in the USA: an exploration by race and Hispanic ethnicity. *Int J Gynaecol Obstet* 118(Suppl 2): S152–9. doi: 10.1016/S0020-7292(12)60015-0.

Silverman JG, Decker MR, McCauley HL, et al. (2010). Male perpetration of intimate partner violence and involvement in abortions and abortion-related conflict. *Am J Public Health* 100(8): 1415–7. doi: 10.2105/AJPH.2009.173393.

Steinberg JR, Finer LB (2011). Examining the association of abortion history and current mental health: a reanalysis of the national comorbidity survey using a common-risk-factors model. *Soc Sci Med* 72(1): 72–82. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.10.006.

Steinberg JR, McCulloch CE, Adler NE (2014). Abortion and mental health: findings from the national comorbidity survey-replication. *Obstet Gynecol* 123(2): 263–70. doi: 10.1097/AOG.0000000000000092.

Steinberg JR, Russo NF (2008). Abortion and anxiety: what's the relationship? *Soc Sci Med* 67(2): 238–52. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.03.033.

Steinberg JR, Trussell J, Hall KS, Guthrie K (2012). Fatal flaws in a recent meta-analysis on abortion and mental health. *Contraception* 86(5): 430–7. doi: 10.1016/j.contraception.2012.03.012.

Steinberg JR, Tschann JM, Furgerson D, Harper CC (2015). Psychological factors and pre-abortion psychological health: the significance of stigma. *Soc Sci Med* 150: 67–75. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.12.007.

Stotland NL (2011). Psychiatric aspects of induced abortion. *J Nerv Ment Dis* 199(8): 568–70. doi: 10.1097/NMD.0b013e318225f135.

Tangney JP, Tracy J (2013). Self-conscious emotions. In: Leary M, Tangney JP, eds. *Handbook of self and identity*. 2nd ed. New York: Guilford Press, 446–78.

Upadhyay UD, Cockrill K, Freedman LR (2010). Informing abortion counseling: an examination of evidence-based practices used in emotional care for other stigmatized and sensitive health issues. *Patient Educ Couns* 81(3): 415–21. doi: 10.1016/j.pec.2010.08.026.

Uscher-Pines L, Nelson DB (2010). Neighborhood and individual-level violence and unintended pregnancy. *J Urban Health* 87(4): 677–87. doi: 10.1007/s11524-010-9461-5.

Weitz TA, Moore K, Gordon R, Adler N (2008). You say »regret« and I say »relief«: a need to break the polemic about abortion. *Contraception* 78(2): 87–9. doi: 10.1016/j.contraception.2008.04.116.

Williams GB, Brackley MH (2009). Intimate partner violence, pregnancy and the decision for abortion. *Issues Ment Health Nurs* 30(4): 272–8. doi: 10.1080/01612840802710902.

Wolkomir M, Powers J (2007). Helping women and protecting the self: the challenge of emotional labor in an abortion clinic. *Qual Soc* 30(2): 153–69. doi: 10.1007/s11133-006-9056-3.

ZZUUP- Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok, Ur L SRS, št. 11/77, 42/86 in Ur L RS, št. 70/00 – ZZNPOB.