

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

Jerneja Vrankar

**DOŽIVLJANJE ŽENSK PRI NEŽELENI PREKINITVI
NOSEČNOSTI Z ZDRAVILI V PRVEM TRIMESEČJU**

Ljubljana, 2017

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

Jerneja Vrankar

**DOŽIVLJANJE ŽENSK PRI NEŽELENI PREKINITVI
NOSEČNOSTI Z ZDRAVILI V PRVEM TRIMESEČJU**

Pregled literature

**WOMAN EXPERIENCE WITH UNWANTED MEDICAL
ABORTION IN FIRST TRIMESTER**

Literature review

Mentorica: pred. Martina Bizjak, viš. med. ses., univ. dipl. soc.

Recenzentka: viš. pred. dr. Suzana Mlinar

Ljubljana, 2017

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem mentorici pred. Martini Bizjak, viš. med. ses., univ. dipl. soc. za sprejetje mentorstva, strokovne nasvete in pogovore. Zahvaljujem se tudi recezentki viš. pred. dr. Suzani Mlinar in gospe Tini Kšela Premik za lektoriranje diplomskega dela.

Velika zahvala gre moji družini, ki mi je omogočila študij in dosego mojih ciljev ter ves čas verjela vame. Hvala tudi vsem mojim prijateljem.

Posebna zahvala gre mojemu možu Sebastjanu, ki me je ves čas študija in diplomskega dela podpiral, vzpodbujal in mi pomagal.

IZVLEČEK

Uvod: Težko je izgubiti nekaj, kar pričakuješ in si želiš. Izguba zelene nosečnosti za žensko in njenega partnerja ni samo izguba otroka, temveč je hkrati izguba dela sebe, vloge starša, dobre samopodobe, načrtov za prihodnost in močno vpliva na čustveno povezanost partnerjev. Prekinitev nosečnosti z zdravili je najpogosteje uporabljena in učinkovita metoda, pri kateri ima velik pomen in vlogo medicinska sestra. **Namen:** Namen diplomskega dela je opisati doživljanje žensk pri neželjeni umetni prekinitvi nosečnosti z zdravili v prvem trimesečju ter opisati vlogo medicinske sestre. **Metode dela:** V diplomskem delu je uporabljena deskriptivna metoda dela, teoretično-analitičen pregled izvirnih in preglednih znanstvenih člankov, domače in tuje literature. V analizo člankov je zajeto enajstletno časovno obdobje od leta 2006 do leta 2017. **Razprava in sklep:** Ženske, običajno v prvem trimesečju, bližnjim zamolčijo nosečnost, ker je v tem obdobju največ možnosti za spontani splav. Posledično po izgubi zelene nosečnosti ne dobijo dovolj potrebne podpore bližnjih in v sebi tiho trpijo. Umetna prekinitev nosečnosti, čeprav neželena, je še vedno stigma v naši družbi. Najpogosteje se nosečnost prekine z zdravili, ki dokazano na ženskah pusti manj zdravstvenih in psiholoških posledic, kot prekinitev s kirurškim načinom. Izguba zelene nosečnosti ženske močno prizadene, ker doživijo strah, stres, nemoč, žalujejo in celo zapadejo v depresijo. Moški in ženska žalujeta vsak na svoj način, kar pa lahko privede do težav v njunem odnosu, zato se mora v proces umetne prekinitve nosečnosti vključiti tudi partnerja, saj pozitivno vpliva na okrevanje ženske. Medicinska sestra lahko pripomore k boljšemu psihološkemu počutju ženske, če ji nameni pozornost, sočutnost, jo informira in razume, da vsak starš žaluje na svoj način.

Ključne besede: nosečnost, umetna prekinitev nosečnosti, prvo trimesečje, vloga medicinske sestre, doživljanje žensk.

ABSTRACT

Introduction: It is hard to lose something you are expecting and wanting. To lose a wanted pregnancy for a woman and her partner isn't just losing a baby, but also losing a part of yourself, the role of parents, good self-image, plans for the future and it affects strongly on their emotional connection. Termination of pregnancy with medications is the most used and the most effective method, in which a nurse has a big role and meaning. **Purpose:** The purpose of this thesis is to describe women's experience with unwanted artificial pregnancy termination with medications in the first trimester and to research the part and the meaning of nurses. **Methods:** In the thesis is used a descriptive method, theoretical-analytic review of scientific articles of domestic and foreign literature. In the analysis of articles is an eleven-year time period from the 2006 to 2017. **Discussion and conclusion:** Women, ordinarily in the first trimester, do not tell those closest to them about being pregnant, because in this period there is the greatest potential for miscarriage. Consequently they do not get enough needed support from close ones and they suffer silently. Artificial pregnancy termination, although unwanted, is still a stigma in our society. It is most common to terminate pregnancy with medicine, which is proven to leave less health and psychologic consequences on women, then surgical termination. Loss of pregnancy greatly affects women, they mourn, experience fear, helplessness, and they can fall into depression. A man and a woman mourn each in their own way, which can lead to troubles in their relationship that is why the partner must also be included in the process of artificial pregnancy termination, because he can positively affect a woman's recovery. A nurse can do a lot for a woman's psychological well-being, if she gives her enough attention, compassion, informs her and if she understands that every parent mourns in his own way.

Keywords: pregnancy, abortion, first trimester, nurse care, woman experience.

KAZALO VSEBINE

1	UVOD.....	1
2	NAMEN.....	2
3	METODE DELA.....	3
4	NEŽELENA UMETNA PREKINITEV NOSEČNOSTI.....	4
4.1	Vzroki in okoliščine za umetno prekinitve nosečnosti.....	5
4.2	Način umetne prekinitve nosečnosti.....	7
4.3	Vloga medicinske sestre.....	9
4.4	Vpliv umetne prekinitve nosečnosti na medicinsko sestro.....	12
4.5	Doživljanje žensk po izgubi želene nosečnosti.....	13
5	RAZPRAVA.....	17
6	ZAKLJUČEK.....	21
7	LITERATURA.....	22

SEZNAM UPORABLJENIH KRATIC IN OKRAJŠAV

KPN	kirurška prekinitev nosečnosti
MPN	medicinska prekinitev nosečnosti z zdravili
MS	medicinska sestra
UPN	umetna prekinitev nosečnosti
UZ	ultrazvočna preiskava

1 UVOD

Večina nosečnosti se konča s porodom, nekatere nosečnosti pa se zaključijo s spontanim splavom ali z umetno prekinitvijo nosečnosti, na željo ženske, zaradi zdravstvenih, socialnih ali psiholoških razlogov pri ženski ali plodu (Velikonja Globevnik, 2012). O spontanem splavu govorimo, ko se nosečnost konča pred 20. tednom in pri teži ploda 500g ali manj, brez zunanje ali medicinske prekinitve (WHO, 2012). Umetna prekinitve nosečnosti ali abortion je postopek, s katerim se prekine nosečnost z odstranitvijo zarodka ali ploda iz maternice (Lipp, Fothergill, 2009).

Nosečnost se lahko prekine kirurško, z zdravili ali kombinirano. Izbira metode je odvisna predvsem od gestacijske starosti ploda in želje ženske. Najpogosteje uporabljena in najbolj varna ter učinkovita metoda umetne prekinitve nosečnosti je z zdravili Mifepriston in Misoprostone (WHO, 2012).

Rezultati kažejo, da se 20 % vseh nosečnosti konča s spontanim splavom ali umetno prekinitvijo nosečnosti, pri čemer se 80 % teh zgodi v prvih dvanajstih tednih oziroma v prvem trimesečju nosečnosti. Se pa verjetnost za splav povečuje s starostjo ženske. Razlog je lahko ektopična, molarna ali propadla nosečnost, npr. gestacijska vrečka brez ploda ali plod brez srčne akcije (Lavrič, 2015).

Večina žensk opisuje doživljanje umetne prekinitve nosečnosti kot šok, osamljenost in izoliranost (Bajc et al., 2010). Zdravstveni delavci pri ženski običajno dobro spremljajo fizično stanje, ki vključuje vse potrebne preglede za umetno prekinitve nosečnosti, npr. vitalne znake, ultrazvočni in pelvični pregled, itd. Kljub tem pregledom dajejo zdravstveni delavci premalo ali nič pozornosti na čustveno stanje in počutje žensk. Ženske in njihove družine po opravljenem posegu doma tiho trpijo, zaradi psiholoških posledic, ker so jim zdravstveni delavci nudili premalo ali nič pozornosti ter sočutja. Spontani ali umetni splav je za ženske čustvena in težka izkušnja, zato jim veliko pomeni, če so zdravstveni delavci do njih sočutni, razumevajoči ter jih dobro informirajo. Tako lahko pripomorejo k izboljšanju psihološkega in čustvenega počutja, kar tudi dobro vpliva na naslednjo nosečnost. Za starše je izguba ploda ena izmed najtežjih preizkušenj, predstavlja jim izgubo načrtov in sanj za prihodnost. Vez med staršema in plodom se vzpostavi že na samem začetku zanositve, zato je potrebno obravnavati oba, ki sta izgubila otroka, tako mater kot očeta (Pavše et al., 2016; Velikonja Globevnik, 2012; Covington, Rickabaugh, 2006).

2 NAMEN

Namen diplomskega dela je opisati doživljanje ženske pri neželeni umetni prekinitvi nosečnosti z zdravili v prvem trimesečju ter opisati vlogo medicinske sestre.

Cilji diplomskega dela so:

- opisati spontani splav in umetno prekinitvev nosečnosti
- predstaviti vzroke in okoliščine za umetno prekinitvev nosečnosti
- predstaviti različna načina umetne prekinitvev nosečnosti
- definirati umetno prekinitvev nosečnosti z zdravili v prvem trimesečju
- opisati vlogo medicinske sestre
- opisati doživljanje žensk po izgubi želene nosečnosti

3 METODE DELA

V diplomskem delu je uporabljena deskriptivna metoda dela. Narejen je teoretično-analitičen pregled izvirnih in preglednih znanstvenih člankov v slovenskem in angleškem jeziku.

Do literature smo dostopali na oddaljenem dostopu do informacijskih virov digitalne knjižnice Univerze v Ljubljani (DiKUL), kot so: CINAHL with full text, Cochrane Library in Medline, v knjižnici Zdravstvene fakultete Ljubljana in Narodni univerzitetni knjižnici Ljubljana, s pomočjo bibliografsko-katalogne baze podatkov virtualne knjižnice Slovenije COBISS.SI.

Ker smo želeli pregledati in uporabiti le najnovejšo ter najbolj relevantno literaturo, smo uporabili naslednje omejitve:

- literatura objavljena med leti 2006 in 2017,
- slovenski in angleški jezik,
- vsebina, ki obravnava umetno prekinitev nosečnosti v prvem trimesečju,
- literatura s celotnim besedilom,
- literatura, predvsem s področja zdravstvene nege, medicine in psihologije,
- znanstvene revije.

Z namenom krčenja zadetkov so bili uporabljeni naslednji izločitveni kriteriji:

- podvojevanje člankov
- članki s preobširno vsebino; HIV, downov sindrom, mikrobiologija, itd.,
- članki z umetno prekinitvijo nosečnosti v drugem in tretjem trimesečju,
- članki z zemljepisno oznako: Afrika, Južna Amerika in Azija.

Literatura je bila iskana v času od novembra 2016 do aprila 2017. Število uporabljene literature, najdene na CINAHL with full text je 11, na Medline 4, na ScienceDirect 4, v Obzorniku zdravstvene nege 2, na internetu 4, v knjižnici Zdravstvene fakultete Ljubljana 3 ter v Narodni univerzitetni knjižnici Ljubljana 8.

4 NEŽELENA UMETNA PREKINITEV NOSEČNOSTI

Spontani splav je najpogostejši zaplet v nosečnosti. Pri tem se nosečnost konča, še preden je plod sposoben za življenje. Nevarnost za spontani splav se s trajanjem nosečnosti zmanjšuje, in sicer konec sedmega tedna je 4,2 % možnosti, konec devetega tedna pa 0,5 % (Lavrič, 2015). Spontani splav je nepričakovan, travmatski dogodek, ki lahko povzroči nenadno intenzivno bolečino, krvavenje, hospitalizacijo in pogosto kirurško obravnavo (Sejourne, 2010). Definiran je kot neželena končanje nosečnosti, z rezultatom smrti ploda pred dvajsetim gestacijskim tednom. Spontani splav se zgodi v 20 % vseh nosečnosti, od tega se približno 80 % izgub zgodi v prvem trimesečju. S starostjo žensk se možnosti spontanega splava povečujejo, in sicer imajo ženske med 25. in 29. letom 27 % možnosti, ženske nad 45. letom pa kar 75% možnosti (Robinson, 2014).

Umetna prekinitve nosečnosti (UPN) je medicinski poseg, ki se opravi na zahtevo in z dovoljenjem nosečnice in se izvede v primeru propadle, ektopične ali molarne nosečnosti. Nosečnost se lahko prekine s kirurškim posegom (KPN), z zdravili (MPN) ali v kombinaciji obeh, kadar je samo z zdravili neuspešno (Hrovat Bukovšek, 2015; Robinson, 2014). Umetna prekinitve nosečnosti je dovoljena v skoraj vseh državah, z nekaterimi omejitvami glede višine nosečnosti. V Sloveniji je UPN ustavna pravica žensk, zagotovljena s 55. členom Ustave Republike Slovenije. Natančneje jo opredeljuje Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok. Ženska lahko brez navedbe razloga zahteva umetno prekinitve nosečnosti do desetega tedna. Po preteku omenjenega časa o umetni prekinitve nosečnosti odloča in jo dovoljuje posebna komisija. V Sloveniji predstavljata neuspela želena nosečnost in neželena zanositev skupaj 20 % vseh nosečnosti. Po podatkih Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije se je od leta 1995 do 2009 na območju Republike Slovenije v povprečju rodilo 18.846 otrok. Letno povprečje spontanega splavov znaša 1.063, vendar se je le to v opazovanih letih zmanjšalo za 496 primerov. Prav tako se je zmanjšalo število ektopičnih nosečnosti za kar 178 primerov. Povečalo se je število drugih patoloških nosečnosti. Umetna prekinitve nosečnosti se izvaja v bolnišnici, pod nadzorom zdravstvenega osebja. Stroške UPN krije zdravstveno zavarovanje, tako kot druge medicinske postopke, in je s tem ženski lahko dosegljiva, sprejemljiva, učinkovita in varna metoda (Ljubič et al., 2012; Štolfa Gruntar, 2012; ZZUUP, 1977). Na Švedskem in v Ameriki so medicinske sestre dodatno specializirane za delo UPN in izvajajo MPN na domu, kar je ženskam prijaznejše. V Keniji imajo dvojne standarde, kar

pomeni, da ženske, ki si finančno ne morejo privoščiti UPN, dobijo oskrbo brez strokovne usposobljenosti (Berer, 2009).

UPN je za mnoge etično sporna odločitev, npr. z vidika različnih kulturnih in verskih prepričanj. UPN je tudi področje, kjer lahko zdravstveni delavci uveljavljajo pravico do ugovora vesti, zaradi svojih filozofskih, verskih ali drugih moralnih prepričanj, a se morajo kljub temu vesti strokovno in odgovorno ter nuditi najboljšo možno oskrbo, dokler se ne najde boljša možna rešitev (Ljubič et al., 2012). Zagovorniki življenja pravijo, da je plod, nerojen otrok že od same zanositve in ima s tem pravico do življenja in rojstva. Zagovorniki svobodne izbire pravijo, da ima ženska pravico do splava, plod pa nima nobenih moralnih pravic do rojstva (Gallagher et al., 2010).

4.1 Vzroki in okoliščine za umetno prekinitev nosečnosti

Prva simptoma spontanega splava sta vaginalno krvavenje in bolečina (Robinson, 2014). Vaginalne krvavitve so v času nosečnosti pogoste in lahko predstavljajo hud zaplet. Ko ženska opazi krvavitev, po navadi pomisli na najhujše, vendar mora najprej na pregled h ginekologu, saj lahko s panično reakcijo poslabša stanje, ki lahko pospeši spontani splav (Snell, 2009).

Nosečnost se lahko jasno dokaže z ultrazvočno preiskavo (UZ) skozi nožnico, kjer se konec petega tedna nosečnosti najprej opazi gestacijski mehurček ali gestacijska vrečka, konec šestega tedna se vidi rumenjakov mehurček in nato še plod s srčno akcijo. Če gestacijska vrečka ni jasno vidna, obstaja možnost kasnejše oploditve, ektopične nosečnosti ali propad nosečnosti, npr. gestacijska vrečka brez ploda, plod brez srčne akcije (Lavrič, 2015).

Zaradi napredovanja v diagnostiki lahko spontane splave razčlenimo na več skupin:

- Grozeči splav, ki še ne pomeni dejanskega splava, se velikokrat postavi kot diagnoza zaradi bolečin in vaginalne krvavitve brez razširjenega materničnega vratu. Do nekaj krvavitve pride v 30 % v vseh nosečnosti, najpogosteje v prvem trimesečju, vendar samo polovica teh vodi v dejanski spontani splav, pri ostali polovici nosečnic krvavitev preneha in se nosečnost nadaljuje brez zapletov, vendar pod večjim nadzorom (Lavrič, 2015; Bryant, 2008).

- Biokemična izguba nosečnosti se potrdi, kadar nosečniški test pokaže pozitiven odgovor, na UZ pregledu pa o nosečnosti ni sledi (Bottomley, Bourne, 2009).
- Snetljivo jajce ali blighted ovum se potrdi, kadar je na UZ vidna gestacijska vrečka brez ploda ali rumenjakevega mehurčka, čeprav bi po trajanju nosečnosti in velikosti gestacijske vrečke (večja od 12 mm) moral biti plod že viden. V tem primeru sledi umetna prekinitvev nosečnosti. V 90 % je vzrok pri tem kromosomska napaka (Lavrič, 2015; Muravec, Koželj, 2013).
- Zadržani ali nepopolni splav pomeni, kadar so prisotni hudi krči, krvavitev, razširjen maternični vrat, vendar brez iztisa ploda. Z UZ se potrdi, da še ni prišlo do iztisa in vidi se gestacijska vrečka s plodom, vendar brez srčnih utripov. V tem primeru sledi umetna prekinitvev nosečnosti (Lavrič, 2015).
- Popolni splav je kadar pride do iztisa ploda in se z UZ potrdi, da je maternica prazna vseh produktov zanositve (Lavrič, 2015).
- Ponavljajoči splav je izguba treh ali več nosečnosti do 20. tedna nosečnosti. Zgodi se eni na sto žensk (Bryant, 2008, Lavrič, 2015).
- Molarna nosečnost je najpogostejša v najstniških letih ali pri starejših ženskah in sicer enkrat na 1.000 do 2.000 porodov. Spada med gestacijske trofoblastne bolezni, pri kateri se horijske resice pretvorijo v mehurčke, napolnjene s tekočino v velikosti lešnika ali graha. Skoraj vse ženske z maligno gestacijsko trofoblastno boleznijo je možno pozdraviti, da pri tem ohranijo plodnost (Lavrič, 2015).
- Ektopična nosečnost pomeni, da se je oplojeno jajce naselilo izven maternične votline, kjer ni pogojev za normalen razvoj. Istočasno je lahko tudi maternična nosečnost, ki se jo da uspešno pripeljati do konca. Postopki pri ektopični nosečnosti so odvisni od klinične slike, največkrat je potreben operativni laparoskopski postopek (Lavrič, 2015).

Pri skoraj polovici spontanih splavov so najpogostejši vzrok kromosomske napake. S starostjo nosečnice se ti vzroki povečajo. Nižja kot je višina nosečnosti ob spontanem splavu, večja je verjetnost za kromosomsko napako. Verjetnost, da gre za kromosomsko napako v 8. – 11. tednu je 50 % v 16. – 19. tednu pa 30 % možnosti. Najpogostejše kromosomske napake so v številu kromosomov, npr. trisomija 16. Pri ponavljajočih splavih je potreben genetski posvet in izključitev nenormalnega kariotipa pri obeh starših (Muravec, Koželj, 2013).

Vzroke spontanih splavov razdelimo med materine, plodove in skupne. Materini vzroki za spontani splav so lahko: infekcija matere (Toxoplazmoza gondii, rubela ali rdečke, citomegalovirus), njene kronične bolezni (neurejena sladkorna bolezen), akutne bolezni (vnetje slepiča), nepravilno delovanje rumenega telesca, nenormalnosti imunskega sistema, prirojene trombofilije ali povečan (več kot 25) ali prenizek (manj kot 18) indeks telesne mase. Vzrok so lahko tudi razvojne nepravilnosti in bolezni maternice, slabše prekrvavljenosti, endometrijskih polipov ali miomov (Muravec, Koželj, 2013). Razlogi za povečano možnost spontanega splava so tudi starost matere (nad 35 let), predhodni splav, umetna oploditev, ekstremna shujšanost tik pred zanositvijo, uživanje alkohola, nikotina, kofeina, nekaterih zdravil, drog, nepravilna prehrana, stres, star oče, če je menjavala spolne partnerje, depresija, stresna služba ali travmatični dogodek. Razlogi, ki zmanjšajo možnost spontanega splava so: že rojeni otroci, slabost v prvem trimesečju, uživanje dodatnih vitaminov (železo, folna kislina, multivitamini), dnevno uživanje sadja in zelenjave, mlečne izdelke, čokolado, belo meso in 2x tedensko ribe. Pomaga tudi, da je ženska srečna, sproščena in ima željo po spolnih odnosih s partnerjem (Maconochie et al., 2007).

Muravec in Koželj (2013) pravita, da je med sedmim in devetim tednom nosečnosti najbolj kritično obdobje v nosečnosti, saj se tvorba progesterona iz rumenega telesca prenese na posteljico. To je lutealno-placentarni prenos, kjer je vrednost progesterona prehodno nekoliko nižja in posledično lahko pride do spontanega splava. V raziskavi sta preučevali zdravljenje grozečih splavov s progestageni ali s placebom. Zdravljenje je bilo učinkovito, zaznali sta manj spontanih splavov in ni bilo pomembnih stranskih učinkov - ne za nosečnico in ne za plod. Ugotovili sta tudi, da je umetni progestagen boljši od mikroniziranega progesterona. Ljubič in sodelavci (2012) so v raziskavi v Obzorniku zdravstvene nege potrdili del hipoteze, ki govori o tem, da zaposlitveni status in brezposelnost vplivata na število splavov v Sloveniji.

4.2 Način umetne prekinitve nosečnosti

Izbira metode, s katero umetno prekinemo nosečnost, je odvisna predvsem od trajanja nosečnosti. Ginekolog mora ženskam natančno predstaviti vse metode umetne prekinitve nosečnosti in jim svetovati najprimernejšo metodo. Če so ženske zdrave in v zgodnji nosečnosti, se lahko same odločijo, katera metoda jim najbolj ustreza (Hrovat Bukovšek, 2015; Robinson, 2014).

Kirurška prekinitvev nosečnosti (KPN) vključuje mehansko odstranitev ploda in vseh preostalih produktov zanositve iz maternice - ponavadi pod splošno anestezijo do 14. tedna nosečnosti. Najpogosteje se izvaja kiretaža ali vakumska aspiracija. Če so ženske starejše od 35. let in si ne želijo več otrok, se sočasno lahko opravi še sterilizacija. Pri KPN se rutinsko uporablja antibiotik kot preventiva pred okužbo (Hrovat Bukovšek, 2015; WHO, 2012).

Medikamentozna prekinitvev nosečnosti (MPN) je prekinitvev z zdravili, ki širijo maternični vrat, povzročijo krčenje maternice, da se plod lahko izloči. Ta metoda je zelo varna in učinkovita in se izvede do desetega tedna nosečnosti. Varna in uspešna je tudi v drugem trimesečju. Pri MPN je najbolj in največkrat uporabno zdravilo oziroma abortivna tableta antiprogesteron Mifepristone ali RU-486 (Hrovat Bukovšek, 2015; Robinson, 2014).

Zdravilo Mifepristone se uporablja v 31 državah. Deluje tako, da blokira delovanje endogenega progesterona, tako da se veže na njegove receptorje, brez da jih aktivira. Ker telo nosečnice potrebuje progesteron za razvoj nosečnosti, posledično pride do pomanjkanja tega in se tako prepreči nadaljnji razvoj ploda. Poleg tega Misoprostol, ki je v svetu registriran za preprečevanje razjed dvanajstnika, pospešuje krčenje maternice in dozorevanje ter odpiranje materničnega vratu. Misoprostol je teratogen, pri plodu povzroča nepravilnosti v razvoju okončin, lobanje in možganskih živcev. Mifepristone in Misoprostol vsak zase ne povzročita prekinitvev nosečnosti v več kot 60 % primerov. Skupaj pa sta učinkovita približno v 96 % primerov. Količina zdravila je odvisna od trajanja nosečnosti. Po aplikaciji zdravil 70% žensk splavi v štirih urah, ostale kasneje. V primeru, da prekinitvev ne uspe popolnoma, se prekinitvev nosečnosti dokonča s KPN (Hrovat Bukovšek, 2015; Štolfa Gruntar, 2012; Isley, Blumenthal, 2008).

Prednosti medicinske prekinitvev nosečnosti so: po mnenju žensk je MPN boljša, ker ne posega v njihovo telo in imajo s tem manj strahu pred neplodnostjo, MPN je bolj podobna naravnemu spontanemu splavu, ni potrebna splošna anestezija pri kateri je prisoten strah, manj zapletov kot pri KPN (kjer pride v 1 do 2% zapletov, ki lahko povzročijo neplodnost), manj invazivna, manj rizična, bolj diskretna izvedba in ženske lahko hitreje ponovno poskušajo zanositi, in sicer že po drugi menstruaciji, pri KPN pa je priporočljivo počakati šest mesecev (Štolfa Gruntar, 2012; Isley, Blumenthal, 2008).

Slabosti MPN: ženske morajo vedeti, da si ne smejo premisliti, ko zaužijejo Mifepristone. Če ga zaužijejo, morajo prekinitvev dokončati, ker je nadaljnja nosečnost odsvetovana zaradi

anomalij ploda. Prisotna je večja in daljša bolečina, kot pri KPN, kjer ženska pod splošno anestezijo spi in nič ne čuti. Medicinska prekinitiv nosečnosti je uspešna v 96 % primerov z razliko od KPN, ki je uspešna v 100 % primerov. MPN se ne izvaja v primeru, če je ugotovljena alergija na Mifopristone, če ima ženska astmo, anemijo, kronično ledvično odpoved, kortikosteroidno terapijo ali ektopično nosečnost. Če ima ženska srčni spodbujevalnik, se mora ta odstraniti pred posegom. Najpogostejši stranski učinki po MPN so: slabost, bruhanje, diareja, mrzlica, vročina, vrtoglavice, medenični krči, glavoboli, gastrointestinalne bolezni in bolečine. Pri 1 % splavov lahko pride do hudih zapletov, in sicer: do krvavitve, toksičnega šoka, perforacije maternice in infekcije zaradi ostankov nosečnosti. Medikamentozni splav je uspešen, če je maternica očiščena, brez potrebe po dodatnem kirurškem posegu (Štolfa Gruntar, 2012; Isley, Blumenthal, 2008). Gatter in Chen (2014) v raziskavi prideta do sklepa, da sta oba načina do 63. dne gestacijske starosti varna in učinkovita ter da naj se ženske same odločijo, katera metoda jim bolj ustreza. Crandell (2012) je ugotovil, da je pri kirurški UPN zaznано pri ženskah več depresije, vsi ostali psihološki znaki pa nimajo povezave z načinom umetne prekinitve nosečnosti. K boljšemu psihološkemu počutju ženske pa veliko pripomore to, da lahko sama izbere način prekinitve.

Po opravljeni MPN ženske potrebujejo veliko pomoči medicinskih sester (MS) zaradi bolečin, slabosti, stranskih učinkov zdravil, potrebujejo spremstvo pri vstajanju in pregledih. Tako fizična in psihična obremenitev MS je bistveno večja pri MPN nosečnosti kot pri kirurški prekinitvi nosečnosti (Štolfa Gruntar, 2012).

4.3 Vloga medicinske sestre

Že leta 1977 so v 30. členu Zakona o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu zapisali: »Zdravstveni delavci ter zdravstvene organizacije in socialni delavci seznanjajo nosečnice s postopkom, potekom in posledicami umetne prekinitve nosečnosti ter metodami in sredstvi za preprečevanje« (ZZUUP, 1977).

Naloga medicinske sestre je multidisciplinarni pristop do pacientke. Na osnovi ugotovljenih problemov mora načrtovati individualno in celovito zdravstveno nego, predvideti težave in zmožnosti ženske. Vnaprej mora določiti cilje, izvajanje intervencij in na koncu to ovrednotiti. Na osnovi doseženih rezultatov se ugotavlja kakovost zdravstvene nege (Hajdinjak, Meglič, 2012).

Pred posegom MS sprejme in identificira ženske, se z njimi pogovori in naredi anamnezo. Ženske psihično pripravi, jih dobro informira in seznanja s trajanjem in postopkom samega posega, možnimi komplikacijami in oblikami lajšanja bolečine, ki so ji na voljo. Ginekolog pred samim postopkom naredi UZ, ročni pregled maternice in materničnega vratu, določi gestacijsko starost ter izloči ektopično nosečnost. MS vzame kri za pregled RhD- (v primeru RhD negativne krvne skupine, mora v 72 urah aplicirati anti- D profilaktik), zaželen je tudi urinski in krvni pregled, merjenje hemoglobina in hematokrita za ugotavljanje anemije, da ne pride do prehude krvavitve. Zaželen je tudi pregled za spolne bolezni, saj lahko HIV poslabša posledice UPN. Zgodnjo nosečnost v prvem trimesečju se lahko prekine z 200mg Mifepristone. Na prvem pregledu ženske zaužijejo tableto na tešče. Če so brez posebnosti, slabosti in bolečin, zapustijo ambulantno v roku pol ure ter odidejo domov. Medicinska sestra jih opozori na možnost krvavitve iz nožnice in rahle krče. Tretji dan zjutraj so ženske sprejete na ginekološki oddelek, tešče in s praznim mehurjem. Vaginalno prejmejo štiri tablete Misoprostola in če se iztis ploda po treh urah še ne prične, se lahko doda še dve tableti Misoprostola pod jezik. Pri vaginalni aplikaciji je največja koncentracija Misoprostola v krvi dosežena v 75 minuti in je nižja, kot pri peroralni aplikaciji, kjer je izločanje iz telesa počasnejše. Med postopkom MPN je dobro dati analgetike preventivno oziroma že na začetku bolečine, saj jih ženske v celoti kasneje manj potrebujejo. Uporabljajo se nesteroidni antirevmatiki, paracetamol in tramadol, ki pa ne vplivajo na uspešnost metode. Ob samem posegu in kasneje MP spremlja ženske vitalne znake, splošno počutje, aplicira predpisano terapijo, jih stalno nadzoruje in skrbi za njihovo varnost, udobje in bolečino (Hrovat Bukovšek, 2015; Štolfa Gruntar, 2012; WHO, 2012; Jakopič, Kostoski, 2010). Medicinska sestra mora biti pozorna na ženske, ki so zelo odklonilne do UPN, nimajo partnerja ali njegove podpore in so članice skupin ali vere, ki nasprotujejo splavom (RCN, 2008).

Ženske ostanejo na kliničnem opazovanju, dokler ne pride do iztisa ploda in jih ne pregleda ginekolog. Ves čas so tešče in hrano lahko zaužijejo šele štiri do pet ur po posegu. 70 % žensk splavi v roku treh ur, ostale kasneje (Hrovat Bukovšek, 2015). Pred odpustom mora MS ženskam dati natančna ustna in pisna navodila ter zdravstveno vzgojno svetovanje o negi po posegu, npr.: koliko časa traja krvavitev, odsvetuje se spolni odnos, kopanje, uporaba tamponov do prvega kontrolnega pregleda pri ginekologu, ki je po navadi po dveh tednih po UPN. Svetuje se redno tuširanje in temeljita anogenitalna nega ter uporaba bombažnih higienskih vložkov. MS ženskam pojasni tudi v katerih primerih naj se obrnejo na zdravnika ali vrnejo v bolnišnico, npr. če dobijo vročino, močno krvavijo, imajo še naprej znake

nosečnosti... Ker so štiri do šest tednov hormoni še neuravnovešeni, je test nosečnosti še nezanesljiv in je lahko kljub UPN pozitiven. Ženske so plodne že po dveh tednih, menstruacijo prvič dobijo v treh do devetih tednih (Jakopič, Kostoski, 2010; RCN, 2008). Krvavitev traja še približno sedem dni, nato sledi pet do sedem dni rjavega izcedka. Po dveh tednih se na ginekološkem pregledu pregleda maternico, če je prazna. Eden od pokazateljev je tudi debelina endometrija, ki mora biti tanjša kot 15 mm. S tem je bila umetna prekinitev nosečnosti uspešno izvedena (Štolfa Gruntar, 2012). Medicinske sestre bi morale izvajati zdravstveno vzgojo pred zanositvijo, dati točne informacije, da bi se ženske dobro pripravile, poskrbele za svoje življenjske navade, uredile svoje zdravje, da sta oba starša v optimalnem zdravju med zanositvijo, ker je tako več možnosti za zdravega otroka (Wiliamson et al., 2008).

Medicinska sestra je poleg telesnega počutja žensk odgovorna tudi za njihovo psihološko počutje. Pri tem je potrebno, da se MS ne izogiba njihovim pogovorom in vprašanjem, ima spontano komunikacijo, je empatična in poskrbi za verske ter kulturne potrebe in po potrebi priskrbi psihologa. Ker večina žensk za izgubo nosečnosti krivi samo sebe, bi morale MS večkrat poudarjati, da izguba ni posledica njihovih dejanj in da same niso krive (Bryant, 2008). Ženske imajo po izgubi želene nosečnosti svoje potrebe, odvisne od njihovih individualnih občutij. MS morajo paziti na svoje komentarje in besede, npr. saj sta še mlada, itd., pokazati morajo, da razumejo njihove občutke, skrbi, jih poslušajo, so sočutne in pokažejo, da jim ni vseeno. Ženskam naj namenijo dovolj časa, da se lahko vzpostavi zaupanje in so do njih odkrite. Dejansko je pogosto najhujši strah prav zaradi nepojasnjenih stvari, zato je tu zelo pomemben pravi odnos medicinske sestre. Razumeti morajo, da vsak žaluje na svoj način, jim nuditi podporo, zasebnost in ohraniti spoštovanje in dostojanstvenost (Velikonja Globevnik, 2016). Gallagher in sodelavci (2010) so naredili raziskavo med MS, ki delajo na oddelku, kjer se izvaja UPN in so ugotovili, da je zelo pomemben izbor besed pri pogovoru, saj določene besede povzročijo močna čustva, npr: plod ne sme biti »baby« ali otroček. Pri pogovoru je potrebno uporabljati čim bolj nežen ton, da ženske ne začutijo kakšnega obsojanja. Rousset in sodelavci (2011) so ugotovili, da po izgubi nosečnosti ženske lahko razvijejo defenzivno naklonjenost do splava, se izogibajo čustvom in zatirajo materinski nagon. Sejourne (2010) je v raziskavi, ki je merila terapevtsko pomoč ugotovil, da so se ženske, ki so bile deležne takojšnje psihološke pomoči ali so jih kasneje poklicali po telefonu in se z njimi malo pogovorili, bolj počutile in se lažje sprijaznile. Ugotovil je, da je dolgoročna psihološka terapija draga in da jo večina žensk

zavrača, ter da je terapija z eno seanso bolj učinkovita kot tista z več seansami. Ker se je najbolje obnesla takojšna psihološka pomoč po UPN, bi bilo smiselno, da bi imele vse ženske to možnost. S tem bi se lažje identificirale ženske, ki so psihološko bolj dovzetne in bi kasneje potrebovale še več pomoči. K temu stremi psihološka intervencija, kognitivna vedenjska terapija, ki vpliva na nenormalna čustva. Ta metoda je zelo uspešna za soočanje s čustvi krivde, brezmočnosti, strahu in depresije, ki so po navadi močno prisotna po izgubi.

Umetna prekinitve nosečnosti je v očeh družbe vidna kot ženski problem. Pomembno vlogo igrajo tudi moški, ki so pogosto spregledani med samim postopkom UPN. Od moških se pričakuje, da igrajo podporno vlogo, nihče pa se ne posveti njim, njihovim čustvom in njihovim potrebam. Velikokrat je celo s strani zdravstvenega osebja smatrano, da jim je v napoto. Priporočljivo je, da bi MS partnerje vprašale, kako se počutijo, saj v družbi pogosto ni dobro sprejeto izkazovanje čustev. Vključevale bi jih v postopek UPN, jih podprle in jim dovolile prisotnost, ker bi se s tem ženskam izboljšalo njihovo psihološko stanje in bi se razdelila odgovornost med moškim in žensko in s tem pritisk na samo žensko (Papworth, 2011).

4.4 Vpliv umetne prekinitve nosečnosti na medicinsko sestro

Medicinske sestre se po navadi prve srečajo z ženskami, ki bodo imele UPN, zato ta intervencija stresno vpliva tudi na njih. Poseg običajno v bolnišnicah ni ločen med zelenimi in neželenimi UPN, zato imajo MS delo z ženskami, ki si želijo splav in poleg njih ženske, ki si želijo nosečnosti. Lipp in Fothergill (2009) sta ugotovili, da medicinskim sestram, ki želijo biti v čustveno pomoč ženskami, pomaga, če se znajo sprostiti, so samozavestne in imajo smisel za humor. Manj izkušene MS so bolj čustvene in občutljive na stres, kot že izkušene. Pomaga jim, če imajo doma urejeno svoje osebno življenje ter znajo ločiti med službo in domom. Bistveno je, da se določijo navodila s strani vodstva: dobre organizacijske odločitve, pozitivno delovno okolje, sigurnost službe in podpora, da ni negativnega stresa na MS, saj sta v raziskavi ugotovili, da jih to zelo čustveno izčrpa in negativno vpliva na njihovo delo.

Lipp (2011) je naredila raziskavo na Irskem, kjer je želela raziskati, zakaj MS skrivajo svoja mnenja in čustva do žensk na umetni prekinitvi nosečnosti. Ugotovila je, da se MS zaščitijo s tem, da izklopijo čustva, ker drugače preveč vpliva na njih, na njihovo spanje, mnenje,

čustveno počutje ter delo. Za MS je bolje, da ne ve s kakšnim razlogom so ženske prišle na UPN, ker bi jih drugače hitro lahko obsojala, v primeru zelene prekinitve pa jim ne bi nudila enake zdravstvene oskrbe. Izkazalo se je tudi, da starejši kot je plod, večji čustveni vpliv je bil na MS.

Gallagher in sodelavci (2010) so v raziskavi, ki je potekala v Veliki Britaniji, raziskovali doživljanje medicinskih sester, ki sodelujejo pri UPN. Ugotovili so, da je MS sram, da delajo na ginekološkem oddelku, kjer izvajajo umetno prekinitve nosečnosti. Medicinske sestre so podzavestno preusmerjale pogovor stran od službe in se na tak način branile. Preden so nekemu zaupale, kje delajo, so morale osebo poznati, da so lahko pričakovale, kako bo ta oseba sprejela novico, ker so nekateri mnenja, da ubijajo otroke za denar. Za to krivijo medije, ker ustvarjajo negativno mnenje o ljudeh, ki delajo na tem področju. MS se odločijo za svoj poklic zaradi pomoči drugim, na oddelku z UPN je potrebno imeti v mislih, da pomaga in izboljša življenje žensk na takšen ali drugačen način. Večkrat poudarjajo, da se ženske same odločijo in da zdravstveno osebje ni nič krivo. Pri soočanju s tem jim pomaga dobra delovna ekipa, da se lahko pogovorijo in sprostijo, saj se doma pogosto ne morejo.

4.5 Doživljanje žensk po izgubi zelene nosečnosti

Kmalu po UPN, ko ženske zakrvavijo, doživijo strah, nemoč in občutek, da nimajo kontrole nad svojim telesom. Pogosti so občutki krivde, anksioznost, postravmatični sindrom in žalovanje. Žalovanje po izgubi ploda se enači žalovanju po izgubi bližnjega. Razlika je le v tem, da po izgubi ploda ženske ne žalujejo nad spomini, ampak nad prihodnostjo, katero bi lahko imele (Robinson, 2014). Večina žensk poskuša s pogovorom pojasniti razlog za UPN, ker iščejo odobravanje in podporo zdravstvenega osebja. Počutijo se, da bi se morale sramovati, ker je splav še vedno stigma v naši družbi (Gallagher et al., 2010). Ženske svoji družbi zamolčijo izgubo nosečnosti, zato posledično ne dobijo dovolj pomoči in sočutja, ker se ne ve, da so bile noseče (Robinson, 2014). Velikonja Globevnik (2016) pravi, da se polovica žensk bori z izgubo tako, da se zakoplje v delo, druga polovica pa ponovno zanosi. Sejourne (2010) je v raziskavi ugotovil, da 40 % žensk boleha za povečano žalostjo, 20 % do 40 % jih trpi za anksioznostjo in 20 % do 25 % žensk trpi za depresijo. Dva tedna po UPN so ženske kazale simptome depresije, in sicer trikrat večje od nosečnic in štirikrat bolj od navadnih žensk. Pravi tudi, da ženske ne dobijo dovolj podpore od zdravstvenih delavcev in da s časoma vsako doleti žalost in obžalovanje.

Najpogostejše vprašanje žensk po UPN je koliko časa naj počakajo preden poskusijo ponovno zanositi. Pomembno je, da se ženska fizično in psihično okrepi preden ponovno zanosi. Dokazano je, da je najbolje čim prej. El Behery in sodelavci (2013) to dokazujejo z raziskavo, ki je bila narejena na 4.019 ženskah z zgodovino spontanega splava pri prvi nosečnosti. Pokazala je, da jih je od tega 2.422 zanosilo v roku šestih mesecev, 2.197 pa v roku dvanajstih mesecev po UPN. Rezultat je bil, da so ženske, ki so zanosile v roku šestih mesecev, imele manj možnosti za ponovni spontani splav ali ektopično nosečnost. Tiste, ki so zanosile kasneje, so imele manj možnosti za živo rojstvo oziroma life birth in več možnosti za carski rez, predčasni porod ter novorojenčka z nižjo porodno težo. V raziskavi so prišli do zaključka, da so ženske, ki so zanosile znotraj šestih mesecev po prvem spontanem splavu ali UPN, imele boljše rezultate in manj komplikacij v drugi ali nadaljnji nosečnosti. To so podprli s teorijo, da nosečnost poveča funkcionalno kapaciteto reproduktivnega sistema, kar pomeni, da telo še nekaj časa ostane v nosečniških simptomih, zato ponovna zanositev zanj ni tolikšna sprememba, kot zanositev po šestih mesecih, ko ti simptomi sčasoma upadejo in je telo kot na začetku zanositve. Velikonja Globevnik (2016) in Robinson (2014) pa sta mnenja, da so ženske, ki so doživele izgubo ploda, pod še večjim stresom v naslednji nosečnosti. Dobro je, da najprej zaključijo z žalovanjem preden ponovno zanosijo, ker s tem tvegajo ponovno nosečnost z anksioznostjo in depresijo. Po drugi strani so ženske, ki jim naslednja nosečnost dobro dene, ker so imele strah pred neplodnostjo.

Najpogostejše pritožbe žensk, ki so jih dobili na podlagi pritožb pri UPN, je premalo zasebnosti, vstop zaposlenih med pregledom, odpiranje in zapiranje vrat in manjkajoča oprema na vozičku (Bryant, 2008). Nekatere so pozorne na to kam zdravnik odvrže njen plod, lepo bi bilo, če bi ga previdno odložil ali zavil v posebno posodico, kot pa vrgel v smeti. V nekaterih državah ženske zahtevajo svoj plod, da ga odnesejo domov, saj tudi ni zakona, ki bi jim to prepovedoval (RCN, 2008).

Izguba zelene nosečnosti staršem ne pomeni le izgubo zelenega otroka, pač pa dela sebe, načrtov za prihodnost, izguba vloge starša, izguba dobre samopodobe, upanje v sposobnost roditi zdravega otroka. Izguba nosečnosti predstavlja neuspeh in sproži globoko žalovanje. Tako žalovanje je eno najbolj bolečih žalovanj in posebej težko, saj je bilo s strani družbe dolgo ignorirano (Velikonja, 2016). Žalovanje je naraven in individualen odgovor posameznika na izgubo, ki se kaže na čustvenem, vedenjskem, telesnem, kognitivnem in

socialnem funkcioniranju (DSM-5, 2013). Izzvenelo naj bi po šestih mesecih po izgubi, vendar se lahko vrne v času, ko naj bi ženska rodila ali na dan obletnice (Robinson, 2014).

V nosečnosti in po UPN se lahko pojavi več vrst depresivnih motenj, nekatere so lahko tudi prikriti. Ker je depresivna motnja najpogostejši zaplet po izgubi nosečnosti, je potrebno znake čim prej prepoznati in jih odpraviti. Tiste ženske, ki so pri UPN v slabšem psihološkem stanju, jim je potrebno nuditi več podpore (Quinley et al., 2014; Bajc et al., 2010). Da bi MS razumele kaj ženske doživljajo, morajo poznati pet stopenj žalovanja: zanikanje, jeza, pogajanje, depresija in sprijaznjenje. Ni nujno, da si stopnje žalovanja sledijo v takem zaporedju in v taki obliki. Najprej so lahko čustveno otopele, jezne, obupane ali zanikajo in ne sprejemajo realnosti. Nato so lahko močno žalostne, razdražljive, odmaknjene od okolice in imajo močno željo po ponovni nosečnosti in zapolnitvi praznine. Temu sledi depresija, lahko več mesecev do enega leta, in šele nato sprijaznjenje. Lahko pa tudi nikoli ne pride do čistega sprijaznjenja in ženske ostanejo depresivne. Medicinske sestre, ki delajo z ženskami se soočajo tudi z hujšimi oblikami žalovanja, ki se kaže z agresijo in nasiljem (Velikonja, 2016; Bryant, 2008). Večje možnosti za depresijo imajo ženske z že obstoječo depresijo, ki še nimajo otrok, so preveč osredotočene na nosečnost ali imajo strah pred tem, da so neplodne. Ženske, ki so kmalu ponovno zanosile, so imele te simptome veliko manjše (Robinson, 2014).

Izguba nosečnosti vpliva na čustveno povezanost med partnerjema, njuno spoštovanje in spolnost. V večini primerov izguba nosečnosti, kljub močnemu stresu, pozitivno vpliva na njun odnos in ne predstavlja dejavnika tveganja za poslabšanje kvalitete partnerskega odnosa. Težave nastanejo predvsem zaradi razlik v procesu žalovanja in pomanjkanja medsebojne podpore (Pavše, 2016). Ženske žalujejo približno dvanajst mesecev, moški samo tri mesece. Razlog je, da se moški v zgodnji nosečnosti ne počutijo povezani s plodom, po drugi strani se drugače soočajo s problemi in se raje zamotijo z novimi aktivnostmi kot s pogovori, kot to delajo ženske. Moški dostikrat mislijo, da bodo še povečali žensko žalost, če bodo govorili o svojih občutkih, zato se rajši zaprejo vase in posledično se ženska počuti osamljeno in izolirano. Robinson (2014) je dokazal, da se veliko več zakoncev, ki so doživeli izgubo, loči v roku enega do treh let po dogodku. To se da preprečiti le z dobro komunikacijo.

Veliko staršev se odloči, da svojim otrokom ne povejo za izgubo. Kljub temu otroci čutijo, da so njihovi starši žalostni in da je nekaj narobe, zato velikokrat sami postanejo zmedeni in

imajo občutek, da so oni krivi za njihovo žalost. Tudi stari starši občutijo žalost po izgubi, lahko žalujejo, lahko pa krivijo svoje otroke za izgubo vnuka (Robinson, 2014).

V slovenski raziskavi, ki so jo izvedli v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana na 108. ženskah, so ugotovili, da so bolj izobražene ženske po izgubi manj depresivne, se lažje soočijo z izgubo in doživljajo manj krivde. Dejstvo je, da poiščejo vso potrebno pomoč in informacije glede izgube. Ugotovili so tudi, da višji kot je bil teden gestacije ob prekinitvi, bolj so bili izraženi simptomi žalosti, žalovanja in krivde, ker se s trajanjem nosečnosti krepi odnos matere do nerojenega otroka. Tiste ženske, ki so v preteklosti že imele UPN so bolj jezne od tistih, ki so jo imele prvič. Velika večina žensk ocenjuje, da ju je izguba nosečnosti s partnerjem zblížala. Poročajo o boljšem medsebojnem razumevanju, čustveni povezanosti, večji pozornosti drug do drugega ter večji pripadnosti drug drugemu. Menijo, da je njun odnos postal globlji in kvalitetnejši. Nekaj žensk je poročalo, da je prišlo v odnosu do nesporazuma in težav pri spolnosti, predvsem zaradi pomanjkanja komunikacije, očitkov in drugačnih želja. Tri ženske od 108 so se z partnerjem razšle (Pavše, 2016). V avstralski študiji se je dokazalo, da je zelo pomembno pri soočanju z izgubo nosečnosti, da ženska dobi potrditev od drugih, da je ta plod bil resničen in pomemben za njo ter da je zdaj izgubljen (Rowlands, Lee, 2010).

5. RAZPRAVA

Vsaka tretja od desetih žensk bo vsaj enkrat imela spontani splav ali umetno prekinitvev nosečnosti do svojega 45. leta (Quinley et al., 2014). Spontani splav je najpogostejši zaplet v nosečnosti, je nepričakovan, neželen in lahko povzroči hospitalizacijo ali kirurško obravnavo (Lavrič, 2015; Sejourne, 2010). Robinson (2014) je ugotovil, da se 20 % vseh nosečnosti konča s spontanim splavom ali umetno prekinitvijo nosečnosti (UPN), od tega se 80 % zgodi v prvem trimesečju in da imajo mlajše ženske za to manj možnosti. Ljubič in sodelovci (2012) pravijo, da je način UPN odvisen od gestacijske starosti ploda, ginekolog mora razložiti vse metode, ki so možne, ženske pa se lahko do desetega tedna nosečnosti same odločijo s kakšno metodo bodo prekinile svojo nosečnost. Lahko prekinejo kirurško (KPN) ali z zdravili (MPN). Na izbiro je tudi možnost, da počakajo, da se nosečnost sama izloči in pride do spontanega splava. Ta način je zelo boleč, lahko dolgo traja in je na koncu vseeno velikokrat potrebno še mehanično čiščenje maternice. Vendar je to možnost za tiste, ki ne želijo umetnih posegov ali jim to prepoveduje vera in njihovo moralno prepričanje. UPN je tudi področje, kjer lahko zdravstveni delavci uveljavijo pravico, do ugovora vesti. Avtorica meni, da je v Sloveniji UPN varna in učinkovita ter dostopna vsem ženskam, ker je zakonsko dovoljena in se izvaja v bolnišnicah pod nadzorom zdravstvenega osebja in stroške krije zdravstveno zavarovanje.

Pomembno je, da se vsako krvavitev iz nožnice jemlje resno, natančno diagnosticira, zdravi in nadzoruje. Medicinski sestri koristi znanje in razumevanje fizioloških procesov v nosečnosti, da lahko ženski pojasni in jo s tem bolj motivira ter zdravstveno pouči za naslednjo nosečnost (Muravec, Koželj, 2013). Bryant (2008) je ugotovil, da pride do krvavitve pri 30% vseh nosečnic, a le polovica jih dejansko vodi v spontani splav ali UPN, ostale nosečnosti se uspešno zaključijo, vendar pod večjim nadzorom. Muravec in Koželj (2013) pravita, da je pri polovici spontanih splavov najpogostejši vzrok kromosomska napaka, s starostjo nosečnice se možnost za to povečuje in nižja kot je višina nosečnosti, večja je možnost kromosomske napake. Ljubič in sodelavci (2012) so v raziskavi ugotovili, da zaposlitveni status in brezposelnost tudi vplivata na število splavov.

Najpogosteje uporabljen način UPN v Sloveniji je z zdravili. V nekaj raziskavah so raziskovali katera metoda je boljša: Gatter in Chen (2014) sta prišla do sklepa, da sta oba načina varna in učinkovita. Crandell (2012) je ugotovil, da je pri kirurški prekinitvi nosečnosti zaznano pri ženskah več depresije, vsi ostali psihološki znaki pa nimajo povezave

z načinom UPN. Štolfa Gruntar (2012) pravi, da je pri UPN z zdravili manj zapletov kot pri KPN, kjer je ena do dva procenta več možnosti za neplodnost. Pri MPN ni potrebne anestezije, bolj je podobna spontanemu splavu in po mnenju žensk boljša, ker ne posega v njihovo telo. Je pa za zdravstvene delavce MPN fizično in psihično bolj naporna, kot KPN, ker je več možnosti zdravstvenih zapletov, ženske potrebujejo več zdravstvene nege, nadzora in psihološke podpore. Isley in Blumenthal (2008) pravita, da je MPN manj rizična, bolj diskretna in da nobena metoda v prvem trimesečju ne poveča možnosti za spontani splav ali ektopično nosečnost pri naslednji nosečnosti, kar pa pri ženskah povzroča največji strah. Vsi pa navajajo, da MPN ni 100% način, saj se procenti uspešne prekinitve gibljejo od 90 % do 98 % in da je potrebno pri nekaterih ženskah MPN, dokončati kirurško. Samo kirurški metodi pripisujejo 100% uspešnost izvedbe. Ker se v nekaterih državah, npr. Velika Britanija, Amerika, skandinavske države MPN uspešno izvaja na domu žensk pod nadzorom dodatno specializirane MS, raziskave napovedujejo, da je pričakovati v prihodnosti, da se bo MPN tudi pri nas lahko izvedla doma, v prijaznejšem okolju in ob prisotnosti partnerja ali druge osebe (Štolfa Gruntar, 2012).

Zdravstveni delavci se ne zavedajo posledic UPN in jo obravnavajo kot vsak medicinski dogodek. Medicinske sestre so raje večkrat tiho, da se ne bi zagovorile ali kaj narobe rekle, vendar jih zaradi tega ženske dojemajo, kot da jim je vseeno. Robinson (2014) predlaga, da bi MS, ki delujejo na ginekoloških oddelkih morale imeti znanje, kako komunicirati in pomagati ženskam, ki se soočajo z izgubo in žalovanjem. Dokazano je, da bi večino ženskam koristilo in zmanjšalo stres, če bi natančno vedele, zakaj je prišlo do izgube in kako je z naslednjo zanositvijo. To je tudi dolžnost MS, da ženske seznanijo s postopkom in posledicami UPN, kar pa v praksi ni vedno tako. Poleg fizične in administrativne priprave na poseg, apliciranja predpisanih zdravil in izvajanja zdravstvene nege je najbolj pomembna psihološka podpora ženski. Bryant (2008) predlaga, da naj se MS ne izogiba pogovoru in vprašanju, naj bo empatična ter poskrbi za verske in kulturne potrebe ženske. Dobro bi bilo, da bi MS večkrat poudarjale ženskam, da niso same krive za izgubo nosečnosti, saj večina žensk za izgubo krivi sebe. Velikonja Globevnik (2016) ugotavlja, da morajo MS znati poslušati, ženskam pokazati, da jim ni vseeno, znati razumeti in vedeti, da vsaka ženska žaluje na svoj način, ji pomaga ohraniti dostojanstvenost in spoštovanje ter mora paziti na način komunikacije. Lipp (2011) je raziskovala zakaj MS skrivajo svoja čustva in mnenje do žensk in ugotovila, da se ne pogovarjajo in so hladne, ker s tem zavarujejo sebe, sicer se tudi MS psihično izčrpajo. Medicinski sestri pomagata, če je samozavestna, ima smisel za

humor in ima znanje in izkušnje iz zdravstvene nege žensk, ker je ugotovila, da so manj izkušene MS pod večjim stresom in bolj čustvene. Lipp in Fothergill (2009) pa pravita, da pomaga tudi dober tim in dobra organizacija oddelka. Gallagher in sodelavci (2010) so v svoji raziskavi ugotovili, da je MS sram povedati, kje delajo, ker so nekateri mnenja, da ubijajo otroke za denar in da večkrat preusmerjajo pogovor od te teme. Čeprav so se za ta poklic odločile, da pomagajo ljudem, morajo imeti v mislih, da z UPN tudi na takšen ali drugačen način pomagajo ženskam.

Trenutno socialno zdravstveno okolje nudi premalo možnosti za psihološko pomoč po UPN, med tem pa so pri ženski prisotna močna čustva, izolacija in strah, zaradi katerih lahko pride do psiholoških težav. Sejourne (2010) predlaga vsaki ženski takoj po izgubi nosečnosti kognitivno vedenjsko terapijo. To je psihološka intervencija, ki se ukvarja z bolečimi čustvi, kot so soočanje s krivdo, nemočnost, strah in depresijo. Ugotovil je, da se je najbolje obnesla takojšnja psihološka pomoč s pogovorom ali s telefonskim klicem. Avtorica meni, da bi bilo smiselno omogočiti psihološko svetovanje vsem ženskam in parom, ki izgubijo željeno nosečnost, ker bi se s tem izboljšalo psihološko počutje, žalovanje in za preprečitev psiholoških težav v naslednji nosečnosti. Rousset in sodelovci (2011) so ugotovili, da ženske po zgubi nosečnosti lahko zatirajo materinski nagon in svoja čustva.

Pomembno je, da zdravstveno osebje pri UPN ne spregleda potrebe moškega in njegovo žalovanje. Moški skrivajo svoje občutke in čustva, a vseeno je mišljenje, da je moški le podpornik ženske pri UPN, neupravičena. Ženski bi se moralo dovoliti, če bi želela prisotnost partnerja ali družine, saj bi s tem izboljšali psihološko počutje in zmanjšali pritisk na žensko (Bryant, 2008). Vendar Papworth (2011) navaja, da se zdravstveno osebje boji, da če bodo moški bolj vključeni v odločitev glede UPN, da bodo ženskam zmanjšane pravice o odločanju o svojem telesu.

Ženske po navadi svoji družbi ne sporočijo, da so zanosile do konca prvega trimesečja, ker je izguba nosečnosti in UPN še vedno stigma. Tako okolica ne ve, da je ženska splavila in posledično trpi. Robinson (2014) pravi, da je žalovanje po izgubi nosečnosti enako izgubi bližnjega. Ženske imajo občutke krivde, strahu in nimajo nadzora nad svojim telesom. Vse to lahko privede v globoko žalovanje in depresijo. Velikonja Globevnik (2016) pravi, da se polovica žensk po izgubi zakoplje v delo, polovica jih ponovno zanosijo. Po opravljeni UPN, ženske največkrat sprašujejo kdaj lahko ponovno zanosijo. El Behery in sodelavci (2013) v svoji raziskavi predlagajo, da ženske čimpreje zanosijo in sicer v roku šestih mesecev, ker

je telo še pod nosečniškimi simptomi in je bolj pripravljeno ter dokazano imajo te ženske kasneje manj možnosti za spontani splav ali UPN. Pomembno je, da se ženska fizično in psihično rehabilitira ter zaključi z žalovanjem, saj s tem lahko tvega anksioznost v naslednji nosečnosti. Mnogim pa takojšna nosečnost prežene strah pred neplodnostjo (Velikonja Globevnik, 2016; Robinson, 2014).

Izguba nosečnosti ni le izguba otroka, temveč je izguba sanj, prihodnosti, katera bi morala biti, izguba vloge starša, dobre samopodobe in upanja v zdravega otroka. Močno vpliva na povezanost med partnerjema in njuno zvezo. Večina žensk trdi, da se je njun odnos po izgubi nosečnosti izboljšal in poglobil, nekateri pari pa imajo težave, predvsem zaradi razlik v žalovanju in se hitreje ločijo kot pari, ki niso doživeli izgube. V avstralski študiji so ugotovili, da je zelo pomembno za ženske po izgubi nosečnosti, da dobijo od okolice potrditev, da je bil plod resničen in za njih pomemben ter da je zdaj izgubljen (Rowlands, Lee, 2010). MS bi morale veliko nameniti zdravstveni vzgoji žensk pred samo zanositvijo. Poučile bi jih o zdravih navadah, da bi oba starša izboljšala svoje zdravje, ker je tako več možnosti za zdravega otroka (Wiliamson et al., 2008).

Avtorica je mnenja, da bi zdravstveno osebje in klinike morale dati več pozornosti tem ženskam in jih ne le rutinsko obravnavati. S tem bi veliko pripomogli k boljšemu počutju ženske, njenega partnerja, njeni družini in njeni naslednji nosečnosti. Slaba izkušnja med postopkom UPN in neprijaznost zdravstvenega osebja lahko žensko še dodatno oteži in pusti posledice.

6 ZAKLJUČEK

Spontani splav in UPN je nepričakovan in neželen dogodek. Je aktualna tema, vendar premalo predstavljena ženskam in naši družbi. Veliko se govori in piše o želeni in premalo o neželeni izgubi nosečnosti. Premalo vemo o tem kaj ženske in partnerji preživljajo, čutijo in kakšne so lahko posledice za njihove zveze ter nadaljnje nosečnosti. Ko ženske zanosijo, so vesele in že pri prvem pozitivnem testu delajo načrte za prihodnost, zato jih novica, da nekaj ni v redu z nosečnostjo, močno pretrese. Nekateri pari se dolgo časa trudijo zanositi, zato je izguba za njih še toliko težja. Ponavadi se morajo ženske hitro odločiti za način UPN in so v bolnišnici poleg mnogih žensk, ki so tam z razlogom, ker želijo izgubiti nosečnost. Izguba nosečnosti ženske močno prizadene, doživijo strah, nemoč, žalujejo in celo zapadejo v depresijo. Pri tem ima medicinska sestra pomembno vlogo, saj če zna ženske dobro informirati, psihično pripraviti, pomiriti ter jim čim bolj pomagati med in po sami umetni prekinitvi nosečnosti, se bodo ženske bolje počutile, hitreje prebolele izgubo nosečnosti in se ponovno postavile na noge. Izguba nosečnosti ne pomeni samo izgube otroka, temveč tudi izgubo prihodnosti in izgubo vloge starša. Ženske je strah nove nosečnosti. Zaradi izgube, zaskrbljenosti in stresa se partnerja lahko za naslednjo nosečnost ne upata odločiti ali pa ženske dalj časa ne morejo zanositi. Zato je zelo pomembna medicinska sestra, njen odnos in delo, saj je pogosto ena prvih in tudi zadnjih oseb pri začetku in koncu izvajanja kirurške prekinitve nosečnosti ali medicinske prekinitve nosečnosti.

7 LITERATURA IN DOKUMENTACIJSKI VIRI

Bajc N, Čuček Trifkovič K, Kores Plesničar B (2010). Depresivna motnja ob smrti otroka med nosečnostjo ali kmalu po rojstvu: usposobljenost medicinskih sester za obravnavo depresivnih žalujočih staršev. *Obzor Zdr N* 44(3): 173–7.

Berer M (2009). Provision of abortion by mild-level providers: international policy, practice and perspectives. *Bull World Health Organ* 87: 58–63.

Bottomley C, Bourne T (2009). Diagnosing miscarriage. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 23(4): 463–77.

Bryant H (2008). Maintaining patient dignity and offering support after miscarriage. *Emerg Nurse* 15: 26–9.

Covington D, Rickabaugh B (2006). Caring for the patient with a spontaneous abortion. *J Emerg Nurs* 32: 513–5.

Crandell L (2012). Features: psychological outcomes of medical versus surgical elective first trimester abortion. *Nurs Womens Health* 16(4): 296–307.

DSM-5- Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (2013). Washinton DC: American psychiatric association. Dostopno na: <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/dsm-v-manual-diagnc3b3stico-y-estadc3adstico-de-los-trastornos-mentales.pdf> < 25.3.2017 >.

El Behery MM, Siam S, Seksaka MA, Ibrahim ZM (2013). Reproductive performance in the next pregnancy for nulliparous women with history of first trimester spontaneous abortion. *Arch Gynecol Obstet* 288: 939–44.

Gallagher K, Porock D, Edgley A (2010). The concept of »nursing« in the abortion services. *J Adv Nurs* 66(4): 849–57.

Gatter M, Chen A (2014). First trimester medical abortion versus surgical abortion: a comparison of efficacy and complications. *Contraception* 90: 304.

Hajdinjak G, Meglič R (2012). *Sodobna zdravstvena nega*, 2. dopolnjena izdaja. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, 80–3.

Hrovat Bukovšek A (2015). *Zdravstvena nega žensk: reproduktivno zdravje, nosečnost, porod in poporodno obdobje*. Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju, 34–41.

Isley MM, Blumenthal P (2008). Medical abortion: what's old, what's new? *Contemp Ob Gyn* 53: 30–8.

Jakopič K, Kostoski J (2010). *Zdravstvena nega žensk ob prekinitvi z zdravili v 1. trimesečju nosečnosti*. In: Štolfa Gruntar A, Tul Mandić N, eds. *Prekinitve nosečnosti z zdravili v 1. in 2. trimesečju nosečnosti: Seminar, 19. marec 2010*. Ljubljana: Ginekološka klinika Ljubljana, Szo, Evropsko združenje za kontracepcijo in reproduktivno zdravljenje, Združenje za perinatalno medicino, SZD: 21–24.

Ljubič A, Pavič K, Pavlovič A, Fleišman S, Plazar N (2012). Raziskava o povezavi med splavom in bruto nacionalnim dohodkom v Sloveniji. *Obzor Zdr* 46(4) :275–80.

Lavrič M (2015). *Porodništvo*. Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju, 35–72.

Lipp A (2011). Self-preservation in abortion care: a grounded theory study. *J Clin Nurs* 20: 892–900.

Lipp AJ, Fothergill A (2009). Nurses in abortion care: Identifying and managing stress. *Contemp Nurse* 31(2): 108–20.

Maconochie N, Doyle P, Prior S, Simmons R (2007). Risk factors for first trimester miscarriage- results from a UK- population- based case- control study. *BJOG* 114: 170–86. Dostopno tudi na: <https://www.issues4life.org/pdfs/iariskptb027.pdf> <15.11.2016>.

Muravec RU, Koželj IM (2013). Grozeči spontani splavi. In: Vrabič DL. *Simpozij o ženskih spolnih hormonih v klinični praksi: konferenčni zbornik, 25. januar 2013*. Ljubljana: Združenje za ambulantno ginekologijo – Slovensko zdravniško društvo: 5–12.

Papworth V (2011). Abortion services: the need to include men in care provision. *Nurs Stand* 25(40): 35–37.

Pavše L (2016). Psihološke reakcije po prekinitvi nosečnosti zaradi ugotovljenih nepravilnosti pri plodu. In: Tul Mandić N, Pinter B, eds. Neuspela nosečnost: zbornik, strokovno srečanje, 29. januar 2016. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino Slovenije: 102–109.

Pavše L, Krajnc M, Velikonja Globevnik V, Tul Mandić N (2016). Predstavitev priporočil za obravnavo staršev ob/ po prekinitvi nosečnosti. In: Tul Mandić N, Pinter B, eds. Neuspela nosečnost: zbornik, strokovno srečanje, 29. januar 2016. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino Slovenije: 112–17.

Quinley KE, Ratcliffe SJ, Schreiber CA (2014). Psychological coping in the immediate post- abortion period. *J Womens Health* 23(1): 44–50.

RCN- Royal College of Nursing (2008). Abortion care RCN guidance for nurses, midwives and specialist community public health nurses. London: Royal College of Nursing. Dostopno na: http://www.healthcaretoday.co.uk/doclibrary/documents/pdf/121_abortion_care.pdf <8.1.2017>.

Robinson GE (2014). Pregnancy loss. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 28(1): 169–78.

Rousset C, Brulfert C, Sejourne N, Goutaudier N, Chabrol H (2011). Posttraumatic stress disorder and psychological distress following medical and surgical abortion. *J Reprod Infant Psychol* 29(5): 506–17.

Rowlands JJ, Lee C (2010). The silence was deafening: social and health service support after miscarriage. *J Reprod Infant Psychol* 28(3): 274–86.

Sejourne N (2010). The utility of a psychological intervention for coping with spontaneous abortion. *J Reprod Infant Psychol* 28: 287–96.

Snell BJ (2009). Assessment and management of bleeding in the first trimester of pregnancy. *J Midwifery Womens Health* 54: 483–91.

Štolfa Gruntar A (2012). Umetna prekinitve nosečnosti v prvem trimesečju. In: Tul Mandić N, Štolfa Gruntar A, eds. Prekinitve nosečnosti z zdravili: zbornik, strokovno srečanje 27. januar 2012. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino Slovenija: 31–42.

Velikonja Globevnik V (2012). Psihološki vidiki umetne prekinitve nosečnosti. In: Tul Mandić N, Štolfa Gruntar A, eds. Prekinitve nosečnosti z zdravili: zbornik, strokovno srečanje 27. januar 2012. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino Slovenija: 19–28.

Velikonja Globevnik V (2016). Proces žalovanja po izgubi želene nosečnosti in psihološka pomoč družini. In: Tul Mandič N, eds. Neuspela nosečnost: zbornik, strokovno srečanje 29. januar 2016. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino Slovenije, KO za perinatologijo, Ginekološka klinika UKC Ljubljana, 83–97.

WHO – World health organization (2012). Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, second edition. Dostopno na:
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/en/
<27.1.2017>.

Wiliamson A, Crozier K, Melley M et al. (2008). Neonatal care: a textbook for student midwives and nurses. Cheltenham: Reflect Press Ltd, 13–16.

ZZUUP – Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok, Ur L SRS 11/77, 42/86 – ZPDF, 29/95 – ZZNPOB 70/00.