

Kvaliteta života i samopoštovanje žena nakon gubitka trudnoće

Puškaric, Lucija

Master's thesis / Diplomski rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Dental Medicine and Health Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:243:472586>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-22**

Repository / Repozitorij:

[Faculty of Dental Medicine and Health Osijek
Repository](#)



SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO

OSIJEK

Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Lucija Puškarić

**KVALITETA ŽIVOTA I
SAMOPOŠTOVANJE ŽENA NAKON
GUBITKA TRUDNOĆE**

Diplomski rad

Osijek, 2024.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO

OSIJEK

Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Lucija Puškarić

**KVALITETA ŽIVOTA I
SAMOPOŠTOVANJE ŽENA NAKON
GUBITKA TRUDNOĆE**

Diplomski rad

Osijek, 2024.

Rad je ostvaren na Fakultetu za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo u Osijeku.

Mentor rada dr. sc. Mirjana Kralj, mag. med. techn.

Rad ima 32 lista, 14 tablica

Lektor hrvatskog jezika: Sandra Naletilić, univ. mag. educ. philol. angl. et univ. mag. educ. philol. croat.

Lektor engleskog jezika: Sandra Naletilić, univ. mag. educ. philol. angl. et univ. mag. educ. philol. croat.

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Znanstvena grana: Sestrinstvo

Zahvala

Iskreno se zahvaljujem mentorici dr. sc. Mirjani Kralj, mag. med. techn. na ukazanom povjerenju, vodstvu i pomoći pri izradi ovoga rada. Hvala svim profesorima i predavačima Fakulteta za dentalnu medicinu i zdravstvo na prenesenom znanju i vještinama.

Hvala mojim roditeljima, braći i sestrama, obitelji i prijateljima na podršci.

Posebno se zahvaljujem suprugu koji me podržavao i bio mi neizmjerne potpora tijekom studija.

Najviše hvala dragome Bogu na svim darovima i svim situacijama koje mi je stavio na životnom putu.

Ovaj rad posvećujem kćeri Mari koja je moj dobitak nakon svih ovih gubitaka.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
2. CILJEVI	4
3. ISPITANICI I METODE	5
3.1. Ustroj studije	5
3.2. Ispitanici	5
3.3. Metode.....	5
3.4. Statističke metode	6
4. REZULTATI.....	8
5. RASPRAVA.....	18
6. ZAKLJUČAK	21
7. SAŽETAK.....	22
8. SUMMARY	23
9. LITERATURA.....	24
10. ŽIVOTOPIS	27

1. UVOD

Gubitak trudnoće ili spontani pobačaj različito se definira diljem svijeta, no općenito se odnosi na gubitak ploda ili fetusa prije 28. tjedna trudnoće. Gubitak fetusa nakon 28. tjedna trudnoće definira se kao mrtvorodenče (1). Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) jedna od četiri trudnoće završi spontanim pobačajem, obično prije 28. tjedna trudnoće, što je godišnje oko 2,6 milijuna mrtvorodenčadi, od kojih oko 50 % umire pri porodu (2). Mnogi od ovih slučajeva mogu se spriječiti, posebno kada se govori o gubitku trudnoće nakon 28. tjedna. Smanjenje rizika od gubitka i neželjenih ishoda trudnoće ovisi o učinkovitosti i kvaliteti zdravstvene skrbi tijekom i nakon porođaja, odnosno gubitka trudnoće (1, 2).

Gubitak trudnoće može se klasificirati na različite načine, a dijeli se u dvije osnovne kategorije: spontani i dobrovoljni prekid trudnoće. Dobrovoljni prekid trudnoće provodi se najčešće zbog malformacija ploda. Specifična vrsta inducirano gubitka provodi se kod višepodne trudnoće gdje se provodi pobačaj jednog ili više fetusa. Spontani prekid trudnoće klasificira se kao (3):

- rani gubitak trudnoće – prije 10. tjedna trudnoće,
- kasni gubitak trudnoće – između 10. i 22. tjedna trudnoće,
- ponavljajući gubitak trudnoće – dva ili više ili tri ili više spontana gubitka trudnoće koji nisu uzastopni ili dva ili više spontanih gubitaka trudnoće koji su uzastopni
- gubitak fetusa ili mrtvorodenče – nakon 22. tjedna trudnoće.

Žene se još uvijek suočavaju s visokom razinom stigme i srama nakon gubitka trudnoće i često ih se ne ohrabruje da govore o iskustvu i gubitku, što može dovesti do izolacije i razvoja poteškoća povezanih s psihičkim zdravljem. Razina podrške je važna, neovisno o tome dolazi li od partnera, obitelji, prijatelja i okoline. Kada se govori o podršci zdravstvenih djelatnika, ona je ključna u procesu skrbi usmjerene na ženu. Žene nakon gubitka trudnoće moraju biti zaštićene od štetnih praksi i mora im se pomoći kako bi stekle samopouzdanje, samopoštovanje i kontrolu nad seksualnim i reproduktivnim životom. Osiguravanje zdrave trudnoće zahtijeva pristup učinkovitoj prenatalnoj skrbi od samog početka trudnoće i kontinuirani nadzor primalje ili patronažne službe (2).

Prekid trudnoće najčešće se doživljava kao traumatičan događaj koji može dovesti do razvoja sekundarnih poremećaja psihičkog zdravlja. Zdravstvene poteškoće koje se povezuju s gubitkom trudnoće proizlaze iz iskustva gubitka i povezanih medicinskih problema koji su

povezani s boli, hospitalizacijom, ograničenjem u društvenim ulogama, smanjenim osjećajem sigurnosti i promjenama u percipiranoj kvaliteti života (4 – 6).

U mnogim je slučajevima gubitak trudnoće povezan s kratkoročnim i dugoročnim učincima, koje zdravstveni djelatnici često podcjenjuju (7). Psihološki učinak gubitka trudnoće često se podcjenjuje, a individualni odgovor na ovaj neželjeni događaj razlikuje se od žene do žene. Različita istraživanja pokazala su da većina žena nakon gubitka trudnoće doživljava simptome depresije, perinatalne tuge i anksioznosti. Čimbenici koji se povezuju s razvojem ovih poteškoća uključuju nizak socioekonomski status, žene bez djece, nedostatak podrške, nizak standard obrazovanja i ponavljajući pobačaj u razdoblju manjem od šest mjeseci (8 – 10). Kao zaštitni čimbenici u prevenciji depresije, perinatalne tuge i anksioznosti u literaturi se navode visok standard obrazovanja, žene koje nisu imigranti, dobri bračni odnosi, podrška i zadovoljstvo primljenom zdravstvenom skrbi za vrijeme boravka u bolnici i nakon otpusta (8, 11 – 13).

Proces suočavanja s gubitkom trudnoće ovisi o brojnim čimbenicima, koji uključuju razinu samoučinkovitosti žene, što se odnosi na uvjerenja o vlastitim sposobnostima za postizanje postavljenih ciljeva u određenim životnim situacijama (6). Žene koje imaju nisku razinu samoučinkovitosti često su usmjerene na vlastite nedostatke i sklone su doživjeti negativne emocije, tjeskobu i simptome depresije. Nasuprot navedenom, visoka razina samoučinkovitosti povezana je s povećanom kvalitetom života, optimizmom, učinkovitim suočavanjem sa stresom, zadovoljstvom i pozitivnim percepcijama prema životu (6, 14). Osjećaj kontrole, koherentnosti, dobra kontrola i visoka razina samoučinkovitosti imaju utjecaj na učinkovitost podrške koja je ženama dostupna nakon gubitka trudnoće (6, 14, 15).

Gubitak trudnoće povezuje se s nižom kvalitetom života, posebno u razdoblju od 10 godina od gubitka. Također, povezuje se s lošijim partnerskim odnosima (3). Kada dođe do prekida trudnoće, bilo spontanog ili inducirano, ispravna intervencija i podrška u prvoj fazi perinatalne tuge povezana je s nižom stopom depresije i boljom kvalitetom života u budućnosti (16). Uzimajući u obzir navedeno, važno je da zdravstveni djelatnici koji sudjeluju u skrbi za žene nakon gubitka trudnoće poznaju smjernice i ispravne načine pružanja pomoći i podrške.

Zdravstveni djelatnici koji sudjeluju u skrbi za žene nakon gubitka trudnoće trebaju imati razvijene vještine komunikacije i poznavati načine pristupa ženama od prvog trenutka nakon postavljanja dijagnoze. Ženama je važno pokazati razumijevanje, pružiti podršku i osigurati individualiziranu skrb sukladnu njihovim potrebama (16, 17). Važno je osigurati dovoljno

vremena za suočavanje, pružanje emocionalne potpore i odgovaranje na pitanja. Komunikacija mora biti jasna, iskrena i otvorena, uz obavezno omogućavanje ženama da izraze svoje osjećaje i sumnje (17). U razgovor je potrebno uključiti partnera te osigurati privatnost u prostoru koji se nalazi dalje od prostora u kojemu borave trudnice ili roditelje s novorođenčadi (16).

Ovisno o procjeni potreba, mogu se primijeniti antidepresivi, no uz oprez jer posljedično mogu imati negativan učinak na proces prihvatanja. Zdravstveni djelatnici ne bi trebali izbjegavati razgovor o gubitku trudnoće, bez obzira na to što je razgovor bolan i neugodan. Izbjegavanje razgovora žena i partner mogu shvatiti na način da se njihov gubitak umanjuje, odnosno da nije značajan (16). U procesu skrbi nakon gubitka trudnoće zdravstveni djelatnici trebaju izbjegavati izraze poput „opet ćeš zatrudnjeti“, „imat ćeš još djece“, „barem se dogodilo prije rođenja djeteta, a ne poslije“, „još si mlada“, „nisi ni prva ni zadnja“. Ovaj način komunikacije negativno utječe na psihičko zdravlje žene i može pojačati osjećaj neshvaćenosti, umanjivanja gubitka i nerazumijevanja (3).

Kada se govori o kvaliteti života, ona se definira kao parametar u procjeni zdravlja. SZO definira kvalitetu života kao percepciju pojedinca o vlastitom statusu u životu u odnosu na sustav vrijednosti u kojemu živi te u odnosu na vlastite ciljeve, potrebe, standarde i želje (18). Žene nakon gubitka trudnoće, posebno one koje su gubitak doživjele dva ili više puta, imaju značajno nižu kvalitetu života u svim područjima. Narušena kvaliteta života povezana je sa strahom od trudnoće i ponovnog gubitka, fizičkom boli i poteškoćama psihičkog zdravlja (19, 20). Simptomi depresije i anksioznosti su česti, a povezani su s iskustvom gubitka trudnoće. Visoke razine tuge i tjeskobe mogu dovesti do smanjenja kvalitete života, a smatraju se čimbenikom rizika za prijevremeni porod ili spontani pobačaj u sljedećim trudnoćama (20).

Važnost psiholoških čimbenika koji utječu na kvalitetu i samopoštovanje žena tijekom i nakon gubitka trudnoće često se podcjenjuju u kliničkom okruženju, posebno kada se radi o ženama koje su doživjele više od jednog gubitka trudnoće. Razumijevanje ponašanja žena nakon pobačaja vrlo je važno za promicanje njihovog optimalnog zdravlja i kvalitete života te povećanja samopoštovanja nakon gubitka trudnoće. Svrha ovog istraživanja bila je ispitati kvalitetu života i samopoštovanje žena nakon gubitka trudnoće te ispitati njihova negativna iskustva tijekom i nakon gubitka trudnoće, a za vrijeme boravka u bolnici. Rezultati ovog istraživanja imaju potencijal dati uvid u područja u kojima je potrebno postići poboljšanja i promjene kako bi se ženama osigurala kvalitetna i učinkovita zdravstvena skrb.

2. CILJEVI

Opći cilj istraživanja:

- Ispitati kvalitetu života i samopoštovanje žena nakon gubitka trudnoće.

Specifični ciljevi

- Ispitati razlike u kvaliteti života u odnosu na demografske varijable i razinu samopoštovanja.
- Ispitati razlike u samopoštovanju u odnosu na demografske varijable.
- Ispitati razlike u samopoštovanju u odnosu na postupke medicinskog osoblja i okoline.
- Ispitati razlike u samopoštovanju u odnosu na navike i iskustvo nakon gubitka trudnoće.

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ustroj studije

Istraživanje je provedeno na temelju presječne studije (21).

3.2. Ispitanici

Istraživanje je obuhvatilo uzorak od 102 žene koje su doživjele gubitak trudnoće. Anketni upitnik distribuiran je *online*, putem društvenih mreža. Ispitanice su prije ispunjavanja upitnika bile upoznate sa svrhom i ciljevima istraživanja. Da bi pristupile anketnom upitniku, ispitanice su trebale potvrditi dobrovoljno sudjelovanje u istraživanju. Istraživanje je provedeno tijekom kolovoza 2024. godine.

3.3. Metode

U istraživanju su korišteni sociodemografski upitnik, upitnik o kvaliteti života Svjetske zdravstvene organizacije (engl. *World Health Organization quality of life*, WHOQOL-BREF) (22) i Rosenbergova skala samopoštovanja (23) koji su odobreni za korištenje bez potrebe za pisanim odobrenjem te nestandardizirani upitnik o postupcima medicinskog osoblja i okoline. Upitnik je izrađen korištenjem Google obrasca, koji je distribuiran putem društvenih mreža.

Sociodemografski upitnik kreiran je u svrhu ovog istraživanja i sadržavao je devet pitanja. Pet je pitanja vezanih za osobne karakteristike ispitanica: dob, stupanj obrazovanja, bračni status, radni status, mjesto stanovanja. Četiri pitanja vezana su za trudnoće i gubitak trudnoće: broj gubitaka trudnoće, tjedan trudnoće kada se dogodio gubitak, proteklo vrijeme od posljednjeg gubitka trudnoće, ukupan broj trudnoća. Ovisno o vrsti pitanja, ispitanice su imale mogućnost odabira jednog od ponuđenih odgovora ili upisivanja odgovora u obliku broja (dob, broj trudnoća, broj gubitaka trudnoće).

WHOQOL-BREF upitnik je kreiran u svrhu mjerenja kvalitete života. Preveden je na 40 jezika i upotrebljava se u cijelom svijetu. Upitnik sadrži ukupno 26 čestica, kojima se kroz različite domene ispituje kvaliteta života. Odgovori su oblikovani prema Likertovoj skali od pet

stupnjeva. Dobiveni rezultati prenose se na skalu u rasponu od 0 do 100, a na temelju rezultata procjenjuje se cjelokupna kvaliteta života. Čestice se dijele u sljedeće domene (22):

- fizičko zdravlje – sedam čestica, uključuje pokretljivost, dnevne aktivnosti, energiju, bol, spavanje, funkcionalnu sposobnost
- socijalni odnosi – tri čestice, uključuje društvenu podršku, seksualni život, osobne odnose
- psihičko zdravlje – šest čestica, uključuje samopoštovanje, negativne misli, mentalitet, pozitivne stavove, koncentraciju pamćenja, religiju, sposobnost učenja, mentalni status
- zdravlje okoline – osam čestica, uključuje sigurnost, financijsku sigurnost, socijalne usluge, zdravstvene usluge, prilike za stjecanje znanja i vještina, opći okoliš (kvaliteta zraka, tla, vode, buka...), prijevoz i mobilnost
- opće zdravlje – jednim pitanjem ispituje se kvaliteta života povezana sa zdravljem.

Rosenbergova skala samopoštovanja sadrži 10 čestica čiji su odgovori oblikovani prema Likertovoj skali od pet stupnjeva. Pitanja su oblikovana u negativnom (pet pitanja) i pozitivnim smjeru (pet pitanja). Rezultati između 0 i 22 sugeriraju nisko samopoštovanje. Rezultati između 22 i 33 sugeriraju prosječno samopoštovanje. Rezultati više od 34 sugeriraju visoko samopoštovanje. Bodovi se izračunavaju na sljedeći način (23):

- čestice 1, 2, 4, 6 i 7: 5 – u potpunosti se slažem, 4 – slažem se, 3 - niti se slažem niti se ne slažem, 2 – ne slažem se, 1 – uopće se ne slažem
- čestice 3, 5, 8, 9 i 10 (obrnute u valenciji): 1 – u potpunosti se slažem, 2 - slažem se, 3 - niti se slažem niti se ne slažem, 4 – ne slažem se, 5 – uopće se ne slažem.

Nestandardizirani upitnik o postupcima medicinskog osoblja i okoline kreiran je u svrhu ovog istraživanja. Sadržavao je šest pitanja. Četiri su pitanja bila s mogućnošću odabira jednog od ponuđenih odgovora, a na dva pitanja ispitanice su imale mogućnost napisati negativna iskustva tijekom boravka u bolnici i ono što ih je najviše zasmatalo u bolnici za vrijeme i nakon gubitka trudnoće.

3.4. Statističke metode

Kategorijski podatci predstavljeni su apsolutnim i relativnim frekvencijama. Numerički podatci opisani su aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom te medijanom i granicama interkvartilnog raspona. Razlika između kategorijskih varijabli testirana je χ^2 testom. Normalnost raspodjele numeričkih varijabli testirana je Kolmogorov-Smirnovljevim testom.

Zbog odstupanja od normalne raspodjele, numeričke varijable između dviju nezavisnih skupina testirane su Mann-Whitneyevim U testom. Numeričke varijable u slučaju 3 i više nezavisnih skupina zbog odstupanja od normalne raspodjele testirane su Kruskal-Wallisovim testom. Sve p vrijednosti su dvostrane. Razina značajnosti postavljena je na $\alpha = 0,05$. Za statističku analizu korišten je statistički program SPSS (inačica 22.0, SPSS Inc., Chicago, IL, SAD).

4. REZULTATI

U istraživanju su sudjelovale 102 ispitanice, prosječne dobi 35 godina ($SD = 8,345$) u rasponu dobi od 20 do maksimalno 60 godina. (Tablica 1.).

Tablica 1. Osobitosti ispitanica

		Broj (%) ispitanica
Dob (u godinama)	20 – 29	33 (32)
	30 – 39	40 (39)
	40 – 49	22 (21)
	50 i više	7 (7)
Stupanj obrazovanja	NKV, NSS	1 (1)
	SSS	46 (45)
	VŠS	19 (19)
	VSS	36 (35)
Bračni status	Neudana	5 (5)
	Udana	86 (84)
	Razvedena	4 (4)
	U izvanbračnoj zajednici	5 (5)
	Udovica	2 (2)
Mjesto stanovanja	Grad	67 (66)
	Prigradsko naselje	10 (10)
	Selo	25 (24)
Radni status	Nezaposlena	7 (7)
	Zaposlena	95 (93)
Ukupno		102 (100)

Medijan ukupnog broja trudnoća iznosio je 4 (interkvartilnog raspona od 2 do 4) u rasponu od 0 do maksimalno 10 trudnoća (Tablica 2.).

Tablica 2. Podatci o prethodnim trudnoćama

	Broj (%) ispitanica	
Broj gubitaka trudnoća	1	69 (67)
	2	21 (21)
	3	7 (7)
	4	3 (3)
	5	1 (1)
	6	1 (1)
Tjedni trudnoće za vrijeme gubitka	1. – 11. tjedan	75 (73)
	1. – 11. te 12. – 22. tjedan	8 (8)
	1. – 11. te 23. – 33. tjedan	1 (1)
	12. – 22. tjedan	13 (13)
	12. – 22. te 23. – 33. tjedan	1 (1)
	23. – 33. tjedan	4 (4)
Koliko je vremena prošlo od posljednjeg gubitka trudnoće?	Do 6 mjeseci	17 (17)
	Od 6 mjeseci do 1 godinu	13 (13)
	Od 1 do 3 godine	30 (29)
	Od 3 do 5 godina	6 (6)
	Više od 5 godina	36 (35)
Ukupan broj trudnoća	0	3 (3)
	1	17 (17)
	2	23 (22)
	3	21 (20)
	4	20 (19)
	5 i više	18 (18)
Ukupno	102 (100)	

Kvaliteta života ispitana WHOQOL-BREF upitnikom (Tablica 3.).

Tablica 3. Kvaliteta života ispitanica ispitana WHOQOL-BREF upitnikom

Podskala	Aritmetička sredina (SD)	Medijan (interkvartilni raspon)	Min. – max,
Cjelokupna kvaliteta života	3,96 (0,807)	4 (4 – 4,25)	1 – 5
Opće zdravlje	3,78 (0,908)	4 (3,75 – 5)	1 – 5
Fizičko zdravlje	26,67 (9,078)	25 (19 – 32,75)	6 – 44
Psihičko zdravlje	32,41 (12,726)	25 – 44 (25 – 44)	0 – 56
Socijalni odnosi	86,53 (18,734)	94 (81 – 100)	19 – 100
Okolina	21,35 (7,828)	25 (19 – 25)	0 – 38

Raspodjela odgovora ispitanika prema Rosenbergovoj skali samopoštovanja (Tablica 4.).

Tablica 4. Rosenbergova skala samopoštovanja ispitanica

Tvrdnja	Broj (%) ispitanica				
	1	2	3	4	5
Općenito govoreći zadovoljna sam sobom.	3 (3)	5 (5)	26 (26)	41 (40)	27 (26)
Željela bih da imam više poštovanja prema samoj sebi.	30 (29)	28 (27)	18 (18)	14 (14)	12 (12)
Osjećam da nemam puno toga čime bih se mogla ponositi.	6 (6)	7 (7)	18 (18)	26 (25)	45 (44)
Ponekad se osjećam potpuno beskorisnom.	13 (13)	15 (15)	15 (15)	22 (21)	37 (36)
Sposobna sam raditi i izvršavati zadatke podjednako uspješno kao i većina drugih ljudi.	2 (2)	2 (2)	10 (10)	30 (29)	58 (57)
S vremena na vrijeme osjećam da ništa ne vrijedim.	12 (12)	14 (14)	10 (10)	21 (20)	45 (44)
Osjećam da sam isto toliko sposobna kao i većina ljudi.	2 (2)	3 (3)	16 (16)	30 (29)	51 (50)
Osjećam da posjedujem niz vrijednih osobina.	1 (1)	3 (3)	15 (15)	30 (39)	53 (52)
Sve više dolazim do spoznaje da jako malo vrijedim.	4 (4)	6 (6)	8 (8)	26 (25)	58 (57)
Mislim da vrijedim, barem koliko i drugi ljudi.	2 (2)	5 (5)	11 (11)	31 (30)	53 (52)

Napomena: 1 - u potpunosti netočno; 2 - djelomično netočno; 3 - niti točno niti netočno; 4 - djelomično točno; 5 - u potpunosti točno

Medijan Rosenbergove skale samopoštovanja iznosio je 41 (interkvartilnog raspona 34 do 42,25) u rasponu od 10 do 50 (Tablica 5.).

Tablica 5. Kategorija samopoštovanja ispitanica

Kategorija	Vrijednost na skali	Broj (%) ispitanica
Nisko samopoštovanje	0 – 22	4 (4)
Prosječno samopoštovanje	23 – 33	20 (20)
Visoko samopoštovanje	34 i više	78 (76)
Ukupno		102 (100)

Distribucija odgovora na pitanja vezana za postupke medicinskog osoblja i okoline nakon gubitka trudnoće (Tablica 6.).

Tablica 6. Postupci medicinskog osoblja i okoline

Tvrdnja	Broj (%) ispitanica				
	1	2	3	4	5
Nakon gubitka trudnoće partner mi je bio podrška.	7 (7)	3 (3)	10 (10)	9 (9)	73 (71)
Nakon gubitka trudnoće obitelj mi je bila podrška.	6 (6)	3 (3)	14 (14)	16 (16)	63 (61)
Nakon gubitka trudnoće imala sam podršku okoline (prijatelja, poznanika, radnih kolega).	6 (6)	8 (8)	13 (13)	22 (21)	53 (52)
Za vrijeme i nakon trudnoće bila sam zadovoljna pružanjem informacija od strane liječnika.	14 (14)	8 (8)	22 (21)	29 (28)	29 (28)
Za vrijeme i nakon trudnoće bila sam zadovoljna komunikacijom od strane medicinskih sestara.	8 (8)	18 (18)	25 (24)	21 (20)	30 (29)
Za vrijeme boravka u bolnici očuvano je moje dostojanstvo.	11 (11)	12 (12)	22 (21)	19 (19)	38 (37)
Nakon gubitka trudnoće ljudi su otvoreno pričali sa mnom o proživljenom iskustvu.	11 (11)	13 (13)	23 (22)	25 (24)	30 (29)
Smatram da je poslodavac bio susretljiv nakon gubitka trudnoće.	17 (17)	7 (7)	19 (19)	19 (19)	40 (39)
Medicinsko osoblje pružilo mi je razumijevanje i empatiju za vrijeme boravka u bolnici.	11 (11)	17 (17)	21 (20)	19 (19)	34 (33)

Napomena: 1 - u potpunosti se ne slažem; 2 - ne slažem se; 3 - niti se slažem niti se ne slažem; 4 - slažem se; 5 - u potpunosti se slažem

Da nisu imale ponuđenu pomoć psihologa za vrijeme boravka u bolnici navodi 93 (91 %) ispitanica (Tablica 7.).

Tablica 7. Navike i iskustvo nakon gubitka trudnoće

Pitanje	Odgovor		N (%)
	Da	Ne	
Nakon koliko vremena od gubitka trudnoće ste se vratili uobičajenim navikama i radnim obavezama?	Do 3 mjeseca		87 (85)
	Od 3 do 6 mjeseci		12 (12)
	Od 6 do 12 mjeseci		2 (2)
	Više od 12 mjeseci		1 (1)
Smatrate li da ste imali loše iskustvo za vrijeme boravka u bolnici od strane medicinskog osoblja?	Da		25 (24)
	Ne		77 (76)
Jeste li imali ponuđenu pomoć od strane psihologa za vrijeme boravka u bolnici ili nakon gubitka trudnoće?	Da		9 (9)
	Ne		93 (91)
Jeste li potražili pomoć duhovnika/svećenika nakon gubitka trudnoće?	Da		26 (25)
	Ne		76 (75)
Ukupno			102 (100)

Nisu se pokazale značajne razlike u kvaliteti života ispitanica u odnosu na dob (Tablica 8.).

Tablica 8. Kvaliteta života ispitanica ispitana WHOQOL-BREF upitnikom s obzirom na dob

Podskala	Medijan (interkvartilni raspon)				P*
	20 – 29	30 – 39	40 – 49	50 i više	
Cjelokupna kvaliteta života	4 (3 – 5)	4 (4 – 4,75)	4 (4 – 4)	4 (3 – 5)	0,72
Opće zdravlje	4 (3 – 4)	4 (4 – 4)	4 (3 – 4)	4 (4 – 4)	0,56
Fizičko zdravlje	25 (19 – 34,5)	31 (19 – 38)	25 (19 – 31)	31 (19 – 38)	0,67
Psihičko zdravlje	31 (25 – 44)	31 (25 – 44)	31 (31 – 39,5)	38 (25 – 44)	0,85
Socijalni odnosi	100 (81 – 100)	94 (81 – 94)	94 (81 – 100)	94 (50 – 100)	0,55
Okolina	19 (19 – 25)	25 (19 – 29,5)	25 (17,5 – 25)	19 (13 – 25)	0,90

*Kruskal-Wallis test

Značajne razlike u kvaliteti života ispitanica pokazale su se u odnosu na bračni status (Tablica 9.).

Tablica 9. Kvaliteta života ispitanica ispitana WHOQOL-BREF upitnikom s obzirom na bračni status

Podskala	Medijan (interkvartilni raspon)					P*
	Neudana	Razvedena	U izvanbračnoj zajednici	Udana	Udovica	
Cjelokupna kvaliteta života	4 (3 – 5)	3 (3 – 3,75)	3 (2 – 4)	4 (4 – 5)	3 (3 – 4)	0,04
Opće zdravlje	4 (3,5 – 4,5)	3 (2,5 – 4)	3 (2,5 – 4)	4 (4 – 4)	3 (2 – 3)	0,31
Fizičko zdravlje	31 (22 – 38)	19 (14,5 – 33,25)	31 (14 – 38)	25 (19 – 31)	25 (19 – 31)	0,66
Psihičko zdravlje	31 (12,5 – 44)	31 (22 – 36,25)	31 (6 – 39,5)	31 (25 – 44)	41 (38 – 41)	0,65
Socijalni odnosi	100 (72 – 100)	78 (51,75 – 81)	81 (44 – 100)	94 (81 – 100)	75 (56 – 75)	0,10
Okolina	25 (15,5 – 31)	16 (7,75 – 23,5)	19 (3 – 28)	25 (19 – 25)	22 (19 – 22)	0,41

*Kruskal-Wallis test

Značajne razlike u kvaliteti života ispitanica pokazale su se u odnosu na kategoriju samopoštovanja (Tablica 10.).

Tablica 10. Kvaliteta života ispitanica ispitana WHOQOL-BREF upitnikom s obzirom na kategoriju samopoštovanja

Podskala	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	Nisko	Prosječno	Visoko	
Cjelokupna kvaliteta života	3 (3 – 3,75)	4 (4 – 5)	4 (3,75 – 4)	0,01
Opće zdravlje	3,5 (1,5 – 4)	4 (4 – 4)	4 (3,75 – 4)	0,35
Fizičko zdravlje	16 (13 – 28)	31 (26,5 – 38)	25 (19 – 31)	0,02
Psihičko zdravlje	22 (4,75 – 29,5)	34,5 (31 – 44)	31 (25 – 44)	0,09
Socijalni odnosi	68,5 (47 – 90)	94 (81 – 100)	97 (81 – 100)	0,08
Okolina	12,5 (1,5 – 23,5)	25 (19 – 25)	25 (17,5 – 25)	0,16

*Kruskal-Wallis test

Razlike u samopoštovanju ispitanica pokazale su se u odnosu na mjesto stanovanja i status zaposlenja (Tablica 11.).

Tablica 11. Samopoštovanje ispitanica s obzirom na osobitosti

	Medijan (interkvartilni raspon)		P
Dob (u godinama)	20 – 29	41 (33,5 – 45,5)	0,92*
	30 – 39	40,5 (34 – 45,75)	
	40 – 49	43,5 (33,75 – 45,25)	
	50 i više	38 (31 – 46)	
Stupanj obrazovanja	SSS	42 (35 – 45,25)	0,61*
	VŠS	38 (31 – 46)	
	VSS	40 (29,5 – 45)	
Bračni status	Neudana	33 (23,5 – 41,5)	0,29*
	Udana	41 (34 – 45,25)	
	Razvedena	41,5 (29,75 – 45,75)	
	U izvanbračnoj zajednici	45 (40 – 47,5)	
	Udovica	35,5 (31 – 36)	
Mjesto stanovanja	Grad	40 (32 – 45)	0,06*
	Prigradsko naselje	36 (29,75 – 39,75)	
	Selo	44 (37,5 – 47)	
Radni status	Nezaposlena	34 (30 – 40)	0,03 [†]
	Zaposlena	42 (34 – 46)	
Ukupno			

*Kruskal-Wallis test, [†]Mann-Whitney U test

Razlike u postupcima okoline i medicinskog osoblja prema ispitanicima postoje u odnosu na dob (Tablica 12.).

Tablica 12. Postupci medicinskog osoblja i okoline prema ispitanicama s obzirom na dob

Tvrdnja	Medijan(interkvartilni raspon)				p*
	20 – 29	30 – 39	40 – 49	50 i više	
Nakon gubitka trudnoće partner mi je bio podrška.	5 (4 – 5)	5 (4 – 5)	5 (3,75 – 5)	3 (1 – 5)	0,05
Nakon gubitka trudnoće obitelj mi je bila podrška.	5 (4 – 5)	5 (5 – 5)	4,5 (3 – 5)	3 (1 – 5)	0,03
Nakon gubitka trudnoće imala sam podršku okoline (prijatelja, poznanika, radnih kolega).	5 (3 – 5)	5 (4 – 5)	4 (3,75 – 5)	3 (2 – 5)	0,27
Za vrijeme i nakon trudnoće bila sam zadovoljna pružanjem informacija od strane liječnika.	3 (3 – 4)	4 (3 – 5)	4 (2,75 – 5)	4 (3 – 4)	0,59
Za vrijeme i nakon trudnoće bila sam zadovoljna komunikacijom od strane medicinskih sestara.	3 (2 – 4,5)	4 (3 – 5)	3 (2,75 – 5)	4 (3 – 4)	0,77
Za vrijeme boravka u bolnici očuvano je moje dostojanstvo.	4 (3 – 5)	4 (3 – 5)	3 (1,75 – 5)	3 (2 – 5)	0,61
Nakon gubitka trudnoće ljudi su otvoreno pričali sa mnom o proživljenom iskustvu.	3 (3 – 5)	4 (3 – 5)	4 (2 – 5)	3 (2 – 4)	0,89
Smatram da je poslodavac bio susretljiv nakon gubitka trudnoće.	4 (3 – 5)	4 (3 – 5)	3,5 (1 – 5)	2 (1 – 5)	0,23
Medicinsko osoblje pružilo mi je razumijevanje i empatiju za vrijeme boravka u bolnici.	4 (2 – 5)	3,5 (2,25 – 5)	4 (2,75 – 5)	3 (2 – 4)	0,77

*Kruskal-Wallis test

Postoje značajne razlike u postupcima medicinskog osoblja i okoline prema ispitanicama s obzirom na razinu samopoštovanja (Tablica 12.).

Tablica 12. Postupci medicinskog osoblja i okoline prema ispitanicama s obzirom na razinu samopoštovanja

Tvrdnja	Medijan(interkvartilni raspon)			P*
	Nisko	Prosječno	Visoko	
Nakon gubitka trudnoće partner mi je bio podrška.	3 (1,5 – 3)	5 (2,25 – 5)	5 (4,75 – 5)	0,002
Nakon gubitka trudnoće obitelj mi je bila podrška.	3 (1,5 – 3)	4,5 (2 – 5)	5 (4 – 5)	0,001
Nakon gubitka trudnoće imala sam podršku okoline (prijatelja, poznanika, radnih kolega).	2 (1 – 3)	3 (2 – 5)	5 (4 – 5)	0,002
Za vrijeme i nakon trudnoće bila sam zadovoljna pružanjem informacija od strane liječnika.	2 (1 – 3,75)	4 (2 – 4,75)	4 (3 – 5)	0,17
Za vrijeme i nakon trudnoće bila sam zadovoljna komunikacijom od strane medicinskih sestara.	2 (1,25 – 3,5)	3,5 (2 – 4)	4 (3 – 5)	0,13
Za vrijeme boravka u bolnici očuvano je moje dostojanstvo.	2,5 (1,25 – 3,75)	4 (3 – 5)	4 (2,75 – 5)	0,24
Nakon gubitka trudnoće ljudi su otvoreno pričali sa mnom o proživljenom iskustvu.	2 (2 – 2,75)	3 (1,25 – 5)	4 (3 – 5)	0,04
Smatram da je poslodavac bio susretljiv nakon gubitka trudnoće.	1 (1 – 2,5)	4 (3 – 5)	4 (2 – 5)	0,03
Medicinsko osoblje pružilo mi je razumijevanje i empatiju za vrijeme boravka u bolnici.	2 (1,25 – 2,75)	4 (3 – 5)	4 (2 – 5)	0,07

*Kruskal-Wallis test

Značajne razlike postoje u navikama i iskustvu ispitanica nakon gubitka trudnoće u odnosu na razinu samopoštovanja (Tablica 13.).

Tablica 13. Navike i iskustvo nakon gubitka trudnoće s obzirom na razinu samopoštovanja

Pitanje	Odgovor	Broj (%) ispitanica			P*
		Nisko	Prosječno	Visoko	
Nakon koliko vremena od gubitka trudnoće ste se vratili uobičajenim navikama i radnim obavezama?	Do 3 mjeseca	4 (100)	15 (75)	68 (87)	0,04
	Od 3 do 6 mjeseci	0 (0)	2 (10)	10 (13)	
	Od 6 do 12 mjeseci	0 (0)	2 (10)	0 (0)	
	Više od 12 mjeseci	0 (0)	1 (5)	0 (0)	
Smatrate li da ste imali loše iskustvo za vrijeme boravka u bolnici od strane medicinskog osoblja?	Da	1 (25)	4 (20)	20 (26)	0,87
	Ne	3 (75)	16 (80)	58 (74)	
Jeste li imali ponudenu pomoć od strane psihologa za vrijeme boravka u bolnici ili nakon gubitka trudnoće?	Da	0 (0)	1 (5)	8 (10)	0,63
	Ne	4 (100)	19 (95)	70 (90)	
Jeste li potražili pomoć duhovnika/svećenika nakon gubitka trudnoće?	Da	1 (25)	8 (40)	17 (22)	0,25
	Ne	3 (75)	12 (60)	61 (78)	
Ukupno		4 (100)	20 (100)	78 (100)	

* χ^2 test

Ispitanice koje su odgovorile da su imale negativno iskustvo za vrijeme boravka u bolnici od strane medicinskog osoblja zamoljene su da isto ukratko i opišu. Iskustvo je opisala 21 ispitanica (Tablica 14.).

Tablica 14. Negativna iskustva ispitanica za vrijeme boravka u bolnici od strane medicinskog osoblja

Sestra mi je rekla: Nema veze ako i ode u wc
Medicinska sestra me htjela odbiti bez obzira sto sam imala uputnicu i nisam ni razgovarala s doktorom.
Kad mi je liječnik rekao da sam izgubila bebu potekle su mi suze, a on je rekao: "šta tu cmizdriš idi se kući j...."
Iako su me druge sestre tješile i grlile dok sam plakala, i generalno je iskustvo dobro, ipak ostaje u sjećanju jedna loša stavka - jedna sestra mi je rekla da 'kaj tulim' i 'već sam vam zalijepila braunilu, samo niste skužila jer tulite' (još ovako gramatički krivo)
Ponašanje odjelnog liječnika prema meni
Nisu bili suosjećajni ni malo, čak su pojedini bili drski (čast izuzecima)
Izrazito ružni i nepotrebni komentari od strane doktorice.
Došla sam sama u noći na hitnu gdje su me dočekale med. sestre koje su me napale što sam sama jer one moraju nositi moje papire na prijem u bolnicu i jer nisam ponijela uloške i tablete za bolove. Kao da sam željela pobaćati pa se nisam opskrbila. Cijelu noć sam bila u bolovima, a tek su mi ujutro, nakon dolaska liječnika koji me inače vodi, dale tabletu za bolove. Žalosno.
Dali su mi injekcije, bez objašnjenja i moja beba je samo ispala u wc, komentar je bio-ni prva ni posljednja
Ponašali su se kao da sam izgubila papuće a ne bebu.
Neljubaznost do granica okrutnosti
Neugodno iskustvo od strane medicinskih sestara, kolegica
Kiretaža na živo, bez anestezije. Najgore iskustvo u mojem životu.
Kada je nastupilo krvarenje, na odjelu sam zatekla doktora koji se podsmijao i rekao da idem kući i ako se primi primi.
Kada su mi rekli da moram na kiretažu, medicinska sestra je došla u sobu i dala mi neke 2 tablete i rekla da moram 1 popiti prije zahvata, drugu poslije. Nije objasnila koje su to tablete, samo je rekla da je to da se očistim pritom da mi nije rekla moguće nuspojave. Nakon 15 minuta sam počela povraćati i naredna 2 sata sam povraćala svakih 5 minuta. Kad su mi krenule mučnine i kad sam osjetila da ću povratiti, nisam stigla otrčati do wc-a nego sam povratila u umivaonik u bolničkoj sobi, da bi čistačica koja je prolazila hodnikom se počela derati na mene da ću začepiti umivaonik i onda je podviknula sestru da mi donese bubrežnjak. Ja sam ostala u šoku i u ljutnji nakon takvog neljubaznog ponašanja.
Kiretaža bez anestezije
Medicinska sestra, potpuno bez empatije kao da ni nije žena (u pitanju je samo jedna, stari dr. kao da smo na traci, totalno vulgaran)
Osjećala sam se kao bezvrijedni broj u sustavu. Danas ako čovjek mora birati između bolnice i smrti, isplativije je birati ovo drugo.
Bolna kiretaža, potpuni nedostatak empatije i brige nakon kiretaže (cijelu noć me nitko niti jednom nije obišao)
Potpuno ignoriranje
Kiretaža je odrađena bez anestezije zbog propusta sestre

Na pitanje da navedu što ih je najviše zasmatalo tijekom boravka u bolnici tijekom i nakon gubitka trudnoće, 56 (54,9 %) ih je navelo da ih tijekom boravka u bolnici nije zasmatalo ništa. U odgovorima ostalih ispitanica može se vidjeti da ih 46 (45,1 %) navodi da ih je tijekom boravka u bolnici zasmatalo ponašanje medicinskih sestara i liječnika. Ispitanice su navele nedostatak empatije, ravnodušnost, bahatost, neosjetljivost, nezainteresiranost, nesusretljivost, negativni i neumjesni komentari liječnika i medicinskih sestara te loša komunikacija, nedostatak vremena, uputa i informacija. U odgovorima ispitanica vidljivo je da im nije dozvoljeno da se oproste posljednji put s bebom, da se zdravstveni djelatnici smiju i komentiraju privatne stvari za vrijeme provođenja kiretaže, da su liječnici bahati i hladnokrvni i da se zdravstveni djelatnici prema ženama ponašaju kao da su broj, a ne osoba. Jedan od problema koji su ispitanice navele također je nedostatak privatnosti, čiste posteljine i neljubaznost pomoćnog osoblja na odjelu.

5. RASPRAVA

U području zdravstvene skrbi sve veća pozornost stavlja se na poboljšanje dobrobiti i kvalitete života pacijenata, a ne isključivo na liječenje. Poboljšanje kvalitete života i dobrobiti ističe se kao ključna komponenta zdravstvene skrbi žena koje su doživjele gubitak trudnoće. Iskustvo gubitka trudnoće za sobom povlači niz fizičkih, psihičkih i socijalnih poteškoća. Ove poteškoće mogu narušiti kvalitetu života i samopoštovanje žena, stoga je ove dvije komponente važno kontinuirano procjenjivati u procesu zdravstvene skrbi žena nakon gubitka trudnoće (6, 24).

Istraživanje je obuhvatilo 102 ispitanice, žene koje su doživjele gubitak trudnoće. Prosječna je dob ispitanica 35 godina, od najmanje 20 do 60 godina. U ispitivanom uzorku najviše ispitanica je u braku, žive u gradu i zaposlene su. Prema stupnju obrazovanja, najviše ispitanica ima srednju stručnu spremu. Sve ispitanice doživjele su gubitak trudnoće, njih 67 % doživjelo je jedan gubitak trudnoće, 73 % navodi da se gubitak dogodio između 1. i 11. tjedna trudnoće. U odnosu na vrijeme provođenja istraživanja, za najveći broj ispitanica gubitak trudnoće dogodio se prije više od pet godina. Prosječan broj prethodnih trudnoća u ukupnom uzorku bio je četiri, od najmanje nijedne prethodne trudnoće pa do 10 prethodnih trudnoća. Prema dostupnim podacima, gubitak trudnoće se u oko 80 % slučajeva događa tijekom prvog tromjesečja, a ponavljani gubitak trudnoće događa se u oko 1 % do 2 % slučajeva (6).

U ispitivanju kvalitete života pokazalo se da je najveći broj ispitanica zadovoljan cjelokupnom kvalitetom života. Najviša razina kvalitete života pokazala se u podskali socijalnih odnosa, dok se najniža razina kvalitete života pokazala u podskali okoline. Naši rezultati djelomično su sukladni rezultatima istraživanja provedenog u Poljskoj, gdje se pokazalo da je kvaliteta života žena nakon gubitka trudnoće najviša u podskali socijalnih odnosa, a najniža u podskali psihološkog zdravlja (6). U istraživanjima provedenim u Njemačkoj i Danskoj žene su ukupnu kvalitetu života procijenile većom, a najnižu kvalitetu života procijenile su u podskali općeg zdravlja (24, 25). Najviša ocjena kvalitete života žena nakon gubitka trudnoće u podskali socijalnih odnosa i najniža u podskali psihološkog zdravlja pokazala se u istraživanjima provedenim u Brazilu i Teheranu (19, 26), no istraživanje u Teheranu pokazalo je i visoku ocjenu kvalitete života u podskali fizičkog zdravlja (26). Istraživanja provedena na području Brazila, Teherana, Irana i Južne Afrike bila su usmjerena na trudnice, a pokazala su da trudnice bez prethodnih opstretičkih poteškoća imaju značajno veću kvalitetu života u odnosu na trudnice koje su prethodno doživjele gubitak trudnoće (19, 26 – 28). Istraživanje u Iranu koje je bilo usmjereno na žene u procesu oporavka od izvanmaternične trudnoće pokazalo je da je

kvaliteta života žena najviša u podskali socijalnih odnosa, a najniža u podskali psihičkog zdravlja (29).

Prema rezultatima Rosenbergove skale samopoštovanja pokazalo se da najviše ispitanica ima visoko samopoštovanje. Niža razina samopoštovanja kod žena nakon spontanog pobačaja pokazala se u istraživanjima u Poljskoj i Iranu (6, 29). Visoka razina samopoštovanja žena u našem istraživanju može se objasniti visokom razinom podrške, koja je vidljiva iz rezultata koji pokazuju najvišu ocjenu kvalitete života u podskali socijalnih odnosa. Percipirana dostupna podrška u procesu suočavanja s gubitkom trudnoće izravno je povezana sa samopoštovanjem i samoučinkovitošću (6, 30).

Rezultati ispitivanja razlika u kvaliteti života pokazali su da ne postoje značajne razlike u odnosu na dob. Pokazalo se da ispitanice koje su udane ili neudane imaju značajno bolju ukupnu kvalitetu života u odnosu na ispitanice koje su razvedene, udovice i koje žive u izvanbračnoj zajednici. Ispitanice koje žive na selu i koje su zaposlene pokazuju veću razinu samopoštovanja u odnosu na one koje žive u gradu ili prigradskom naselju te u odnosu na nezaposlene ispitanice. Značajno lošija cjelokupna kvaliteta života i kvaliteta života u podskali fizičkog zdravlja pokazala se kod ispitanica s niskom razinom samopoštovanja. Naši rezultati pokazali su da je podrška partnera i obitelji važna u postizanju i održavanju dobre kvalitete života žena nakon gubitka trudnoće. Pregledom literature nisu pronađena istraživanja u kojima se ispituju razlike u kvaliteti života i samopoštovanju žena nakon gubitka trudnoće u odnosu na sociodemografske karakteristike, no istraživanje u Poljskoj pokazalo je da samoučinkovitost i samopoštovanje ima značajnu ulogu u kvaliteti života i zadovoljstvu žena nakon gubitka trudnoće (6).

U ispitivanju postupaka medicinskog osoblja i okoline nakon gubitka trudnoće najveći broj ispitanica navodi da su nakon gubitka trudnoće imali podršku partnera, obitelji i okoline. Većina ispitanica zadovoljne su pruženim informacijama liječnika, komunikacijom medicinskih sestara, empatijom i razumijevanjem zdravstvenih djelatnika te susretljivošću poslodavca. Najviše ispitanica navelo je da je tijekom boravka u bolnici očuvano njihovo dostojanstvo te da su ljudi otvoreno pričali s njima o proživljenom iskustvu. U ispitivanju razlika pokazalo se da ispitanice koje su starije od 50 godina i ispitanice s niskom razinom samopoštovanja pokazuju značajno veću neodlučnost u tome da su im partner i obitelji bili podrška nakon gubitka trudnoće. Žene s visokom razinom samopoštovanja u značajno većem broju imale su podršku okoline, dok žene s niskom razinom samopoštovanja navode da ljudi nisu otvoreno pričali s njima o gubitku trudnoće te da njihovi poslodavci nisu bili susretljivi prema njima. S obzirom na to da gubitak trudnoće i niska razina samopoštovanja imaju utjecaj na kvalitetu života, kod

žena koje pokazuju niske razine samopoštovanja potrebno je procijeniti dostupnost podrške partnera, obitelji i okoline. Rezultati pokazuju da se skrb za žene nakon gubitka trudnoće ne treba orijentirati isključivo na medicinske intervencije i podršku zdravstvenih djelatnika te da se poboljšanje kvalitete života može postići uključivanjem partnera i obitelji u proces oporavka.

Žene koje su navele da su doživjele neugodna iskustva za vrijeme boravka u bolnici u najvećem su broju navele negativne, ružne, nepotrebne i neprimjerene komentare zdravstvenih djelatnika te nedostatak empatije. U izjavama žena može se uočiti da na odjelima ginekologije postoji problem u području komunikacije i pristupa ženama nakon gubitka trudnoće. Prema istraživanjima, neprimjereni komentari zdravstvenih djelatnika mogu imati izrazito negativne utjecaje na psihičko zdravlje žena, što posljedično narušava njihovu kvalitetu života i smanjuje razinu samopouzdanja (3). Neovisno o tome što su rezultati našeg istraživanja pokazali da većina žena navodi pozitivna iskustva, ipak postoji potreba za planiranjem i provođenjem strategija usmjerenih na poboljšanje razumijevanja važnosti podrške, poboljšanje pristupa i razvoj komunikacijskih vještina kod zdravstvenih djelatnika koji sudjeluju u skrbi za žene nakon gubitka trudnoće.

U ispitivanju navika i iskustva nakon gubitka trudnoće pokazalo se da se najveći broj ispitanica vratio uobičajenim navikama u razdoblju do tri mjeseca od gubitka. Najviše ispitanica navelo je da nisu imale loše iskustvo za vrijeme boravka u bolnici, no isto tako nisu imale ponuđenu pomoć od strane psihologa za vrijeme boravka u bolnici niti su zatražile pomoć duhovnika ili svećenika nakon gubitka trudnoće. Ispitanice s niskom razinom samopoštovanja u značajno su se većem broju morale vratiti uobičajenim navikama, radnim obavezama nakon tri mjeseca od gubitka u odnosu od ispitanica koje pokazuju prosječnu ili visoku razinu samopoštovanja. Prema istraživanjima drugih autora, gubitak trudnoće jedinstveno je iskustvo koje može rezultirati niskim samopoštovanjem, tugom, depresijom i izolacijom, stoga zdravstveni djelatnici moraju saslušati iskustva svake žene i odgovoriti na njezine individualne potrebe (8 – 11, 16, 17). Rezultati našeg istraživanja pokazali su da na ginekološkim odjelima na području Hrvatske postoji problem u dostupnosti psihologa koji bi se trebao uključiti u proces skrbi za svaku ženu nakon gubitka trudnoće. Sa ženama je potrebno razgovarati, pokazati im razumijevanje i omogućiti podršku kako bi se u procesu prihvaćanja gubitka i tijekom oporavka minimizirao rizik od razvoja dugotrajnih posljedica gubitka trudnoće.

6. ZAKLJUČAK

Temeljem prikupljenih podataka doneseni su sljedeći zaključci:

- Žene su zadovoljne cjelokupnom kvalitetom života i općim zdravljem. Najviša je ocjena kvalitete života u podskali socijalnih odnosa, a najniža u podskali okoline. Najveći broj žena ima visoko samopoštovanje.
- Udane i neudane žene imaju značajno bolju cjelokupnu kvalitetu života. Žene s niskom razinom samopoštovanja imaju značajno lošiju cjelokupnu kvalitetu života i značajno lošije fizičko zdravlje.
- Žene koje žive na selu imaju granično značajno veće samopoštovanje. Žene koje su zaposlene imaju značajno veće samopoštovanje.
- Žene dobne skupine 50 i više godina i žene niskog samopoštovanja značajno su neodlučnije da su nakon gubitka trudnoće imali podršku od strane partnera i obitelji. Sa ženama niskog samopoštovanja ljudi značajno manje pričaju o gubitku i njihovi su poslodavci značajno manje osjetljivi. Žene s visokom razinom samopouzdanja imaju značajno veću podršku od strane okoline.
- Žene s niskom razinom samopoštovanja značajno se češće moraju vratiti uobičajenim navikama i radnim obavezama nakon 3 mjeseca od gubitka trudnoće.

7. SAŽETAK

Cilj istraživanja: Ispitati kvalitetu života i samopoštovanje žena, razlike u kvaliteti života i samopoštovanju u odnosu na demografske varijable, postupke medicinskog osoblja i okoline, navike i iskustva nakon gubitka trudnoće.

Nacrt studije: Presječna studija.

Ispitanici i metode: Sudjelovale su 102 žene koje su doživjele gubitak trudnoće. Anonimno, dobrovoljno istraživanje, provedeno *online* u kolovozu 2024. godine. Korišteni su sociodemografski upitnik, WHOQOL-BREF i Rosenbergova skala samopoštovanja.

Rezultati: Žene su zadovoljne cjelokupnom kvalitetom života i općim zdravljem. Najviša je kvaliteta života u podskali socijalnih odnosa, najniža u podskali okoline. Najviše žena ima visoko samopoštovanje. Udane i neudane žene imaju bolju cjelokupnu kvalitetu života, a žene s niskom razinom samopoštovanja imaju lošiju cjelokupnu kvalitetu života i fizičko zdravlje. Žene na selu imaju granično veće samopoštovanje, a zaposlene imaju veće samopoštovanje u odnosu na nezaposlene. Žene dobne skupine 50 i više godina i žene niskog samopoštovanja neodlučnije su da su nakon gubitka trudnoće imali podršku od partnera i obitelji. Sa ženama niskog samopoštovanja ljudi manje pričaju o gubitku i njihovi su poslodavci manje osjetljivi. Žene s visokom razinom samopouzdanja imaju veću podršku okoline. Žene s niskom razinom samopoštovanja češće se moraju vratiti uobičajenim navikama i radnim obavezama nakon 3 mjeseca od gubitka.

Zaključak: Niža kvaliteta života i razina samopoštovanja prisutne su kod ispitanica koje nisu udane i neudane, imaju 50 i više godina i koje imaju niže razine podrške partnera, obitelji i okoline. Potrebno je poticati razvijanje svijesti o važnosti podrške ženama nakon gubitka trudnoće.

Ključne riječi: gubitak trudnoće; kvaliteta života; samopoštovanje.

8. SUMMARY

Quality of life and self-esteem of women after pregnancy loss

Aim of the research: To examine the quality of life and self-esteem of women, differences in quality of life and self-esteem in relation to demographic variables, actions of medical staff and the environment, habits and experiences after pregnancy loss.

Study design: Cross-sectional study.

Subjects and methods: 102 women who experienced pregnancy loss participated. Anonymous, voluntary survey, conducted online in August 2024. Sociodemographic questionnaire, WHOQOL-BREF, and Rosenberg's self-esteem scale were used.

Results: Women are satisfied with the overall quality of life and general health. The highest quality of life is in the social relations subscale, the lowest is in the environment subscale. Most women have high self-esteem. Married and unmarried women have better overall quality of life, and women with low self-esteem have worse overall quality of life and physical health. Rural women have marginally higher self-esteem, and employed women have higher self-esteem than the unemployed. Women aged 50 and over and women with low self-esteem are more indecisive in that they had support from their partner and family after they had lost a pregnancy. With women with low self-esteem, people talk less about the loss and their employers are less sensitive. Women with a high level of self-confidence have more support from their environment. Women with low self-esteem more often have to return to their habits and work duties after 3 months of the loss.

Conclusion: A lower quality of life and level of self-esteem are present in respondents who are not married and unmarried, are 50 years old and older, and who have lower levels of support from their partners, family, and environment. It is necessary to encourage the development of awareness of the importance of supporting women after pregnancy loss.

Keywords: pregnancy loss; quality of life; self-esteem.

9. LITERATURA

1. World Health Organization. Why we need to talk about losing a baby; 2022. Dostupno na: <https://www.who.int/news-room/spotlight/why-we-need-to-talk-about-losing-a-baby>. Datum pristupa: 5.9.2024.
2. World Hralth Organization. The unacceptable stigma and shame women face after baby loss must end; 202. Dostupno na: <https://www.who.int/news-room/spotlight/why-we-need-to-talk-about-losing-a-baby/unacceptable-stigma-and-shame>. Datum pristupa: 5.9.2024.
3. Cuenca D. Pregnancy loss: Consequences for mental health. *Front Glob Womes Health*. 2022;3:1032212.
4. San Lazaro Campillo I, Meaney S, McNamara K, O'Donoghue K. Psychological and support interventions to reduce levels of stress, anxiety or depression on women's subsequent pregnancy with a history of miscarriage: an empty systematic review. *BMJ Open*. 2017;7(9):017802.
5. Hunter A, Tussis L, MacBeth A. The presence of anxiety, depression and stress in women and their partners during pregnancies following perinatal loss: a meta-analysis. *J Affect Disord*. 2017;223:153-64.
6. Iwanowicz-Palus G, Bien A. Quality of life, social support and self-efficacy in women after a miscarriage. *Health Qual Life Outcom*. 2021;19:16.
7. Jacob L, Gerhard C, Kostev K, Kalder M. Association between induced abortion, spontaneous abortion, and infertility respectively and the risk of psychiatric disorders in 57,770 women followed in gynecological practices in Germany. *J Affect Disord*. 2019;251:107-13.
8. deMontigny F, Verdon C, Meunier S, Gervais C, Cote I. Protective and risk factors for women's Mental health after a spontaneous abortion. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2020;28:e3350.
9. Klier CM, Geller PA, Ritsher JB. Affective disorders in the aftermath of miscarriage: a comprehensive review. *Arch Womens Ment Health*. 2002;5(4):129-49.
10. Lok IH, Yip AS, Lee DT, Sahota D, Chung TK. A 1-year longitudinal study of psychological morbidity after miscarriage. *Fertil Steril*. 2010;93(6):1966-75.

11. Shorter JM, Koelper N, Sonalkar S, Oquendo MA, Sammel MD, Schreiber CA. Racial disparities in mental health outcomes among women with early pregnancy loss. *Obstet Gynecol.* 2021;137(1):156-63.
12. Lee C, Rowlands IJ. When mixed methods produce mixed results: integrating disparate findings about miscarriage and women's wellbeing. *Br J Health Psychol.* 2015;20(1):36-44.
13. Farren J, Jalmbrant M, Falconieri N, Mitchell-Jones N, Bobdiwala S, Al-Memar M, i sur. Prognostic factors for post-traumatic stress, anxiety and depression in women after early pregnancy loss: a multi-centre prospective cohort study. *BMJ Open.* 2022;12(3):e054490.
14. Janiszewska M, Kulik T, Zolnierczuk-Kieliszek D, Drop B, Firlej E, Gajewska I. General self-efficacy level and health behaviours in women over the age of 45 years who have undergone osteoporosis treatment. *Menopause Rev.* 2017;16(3):86-95.
15. Bellhouse C, Temple-Smith MJ, Jade E, Bilardi JE. „It’s just one of those things people don’t seem to talk about...“ women’s experiences of social support following miscarriage: a qualitative study. *BMC Women’s Health.* 2018;18(1):176.
16. Galeotti M, Mitchell G, Tomlinson M, Aventin A. Factors affecting the emotional wellbeing of women and men who experience miscarriage in hospital settings: a scoping review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2022;22:270.
17. Lariviere-Bastien D, de Montigny F, Verdon C. Women's experiences of miscarriage in the emergency department. *J Emerg Nurs.* 2019;45(6):670-6.
18. WHO The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995;41:1403-409.
19. Couto ER, Couto E, Vian B, Gregorio Z, Nomura ML, Zaccaria R, i sur. Quality of life, depression and anxiety among pregnant women with previous adverse pregnancy outcomes. *Sao Paulo Medical Journal.* 2009;127:185-9.
20. Mevorach-Zussman N, Bolotin A, Shalev H, Bilenco N, Mazor M, Bashiri A. Anxiety and deterioration of quality of life factors associated with recurrent miscarriage in an observational study. *J Perinatal Med.* 2012;40:495-501.
21. Sindik J. Osnove istraživačkog rada u sestinstvu. Dubrovnik: Sveučilište u Dubrovniku; 2014.
22. WHOQOL: Measuring Quality of Life. World Health Organization; 2012. Dostupno na: <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref> (Datum pristupa: 1.7.2024.)
23. Takšić V. Validacija konstrukta emocionalne inteligencije. [Doktorska disertacija] Zagreb: Filozofski fakultet; 1998.

24. Tabali M, Ostermann T, Jeschke E, Dassen T, Heinze C. The Relationship between health-related quality of life and care dependency among nursing home residents in Germany: a longitudinal study. *J Gerontol Geriatr Res.* 2015;4(5):1-6.
25. Murphy S, Shevlin M, Elklit A. Psychological consequences of pregnancy loss and infant death in a sample of bereaved parents. *J Loss Trauma.* 2014;19(1):56-69.
26. Tavoli Z, Mohammadi M, Tavoli A, Moini A, Effatpanah M, Khedmat L, i sur. Quality of life and psychological distress in women with recurrent miscarriage: a comparative study. *Health Qual Life Outcomes.* 2018;16(1):150.
27. Abbaspoor Z, Razmju PS, Hekmat K. Relation between quality of life and mental health in pregnant women with prior pregnancy loss: QoL, mental health and pregnancy loss. *J Obstet Gynaecol Res.* 2016;42(10):1290-6.
28. Soma-Pillay P, Makin JD, Pattinson RC. Quality of life 1 year after a maternal near-miss event. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018;141(1):133-8.
29. Hasani S, Aung E, Mirghafourvand M. Low self-esteem is related to depression and anxiety during recovery from an ectopic pregnancy. *BMC Women's Health.* 2021;21:326.
30. Lotfi-Kashani F, Vaziri S, Akbari ME, Kazemi-Zanjani N, Shamkoeyan L. Predicting posttraumatic growth based upon self-efficacy and perceived social support in cancer patients. *Iran J Cancer Prev.* 2014;7(3):115-22.
31. Abboud LN, Liamputtong P. Pregnancy loss: What it means to women who miscarry and their partners. *Soc Work Health Care* 2003;36:37-62.
32. Stratton K, Lloyd L. Hospital-based interventions at and following miscarriage: literature to inform a research-practice initiative. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2008;48(1):5-11.