

Bioetičko znanje studenata sestrinstva na Fakultetu za dentalnu medicinu i zdravstvo o postabortivnom sindromu

Šamal, Lorena

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:243:307406>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-19**

Repository / Repozitorij:

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



**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO
OSIJEK**

Sveučilišni diplomski studij Sestrinstvo

Lorena Šamal

**BIOETIČKO ZNANJE STUDENATA
SESTRINSTVA NA FAKULTETU ZA
DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO O
POSTABORTIVNOM SINDROMU**

Diplomski rad

Slavonski Brod, 2024.

**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO
OSIJEK**

Sveučilišni diplomski studij Sestrinstvo

Lorena Šamal

**BIOETIČKO ZNANJE STUDENATA
SESTRINSTVA NA FAKULTETU ZA
DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO O
POSTABORTIVNOM SINDROMU**

Diplomski rad

Slavonski Brod, 2024.

Rad je ostvaren na Fakultetu za dentalnu medicinu i zdravstvo

Mentorica rada: prof. dr. sc. Suzana Vuletić

Rad ima ___35___ listova i ___5___ tablica.

Lektor hrvatskoga jezika: Dorotea Čorak, univ. bacc. philol. croat.

Lektor engleskoga jezika: Mateja Vlaović, mag. philol. hung. et mag. educ. philol. angl.

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Znanstvena grana: Sestrinstvo

*"Širite ljubav gdje god idete. Nikada ne dozvolite da sretnoš nekoga
tko nakon sureta s tobom neće biti sretniji."
(Majka Tereza)*

Ovim divnim citatom želim započeti svoj predgovor jer su njegove riječi savršeno opisale ljude koji su me podržavali i činili da se osjećam sretnije tijekom ovoga putovanja. Ovaj diplomski rad koji čitate rezultat je ljubavi, strpljenja i podrške onih koji su mi bili najbliži i koji su me u svim trenucima nesebično podržavali.

Najprije želim izraziti duboku zahvalnost svojoj obitelji- roditeljima i sestri. Njihova nepokolebljiva podrška, ljubav i vjera u mene bili su moj stalni izvor snage i inspiracije. U svim izazovima i usponima njihova je prisutnost bila moj oslonac. Bez njihove podrške i razumijevanja ovaj bi put bio znatno teži. Hvala im što su uvijek bili uz mene vjerujući i potičući me da dam najbolje od sebe.

Posebnu zahvalnost upućujem svom dečku čija ljubav i razumijevanje nisu imali cijenu. Njegova prisutnost u mom životu, njegovo strpljenje i vjera u moje sposobnosti često su bili upravo ono što mi je bilo potrebno da nastavim k cilju čak i kada je put bio pun izazova. Hvala mu za oslonac i što je svojom prisutnošću uljepšao svaki dan.

Naposljetku želim zahvaliti svojoj mentorici Suzani Vuletić. Njezino vodstvo, stručnost i spremnost za pomoć i odgovoravanje na sva pitanja bili su od neprocjenjive vrijednosti. Tolika posvećenost i ljubaznost učinili su ovaj put lakšim i jasnijim. Hvala joj na svemu što je učinila za mene- za vodstvo u svakom koraku i strpljenje od samoga početka.

Ovaj rad posvećujem svima. Ljubav i podrška omogućili su mi da krenem putem koji sam zamislila i da ostvarim svoje snove. Hvala što ste svijetlili moju stazu i činili da svaki trenutak ovog putovanja bude ispunjen radošću i zahvalnošću.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Artificijalna inseminacija.....	2
1.1.1. Intrauterina i intratubarna inseminacija (IUT i IUI)	2
1.1.2. Homologna i heterologna inseminacija (AID).....	3
1.2. Izvantjelesna oplodnja (IVF)	3
1.3. Stopa ne/uspješnosti pojedinih postupaka	4
1.4. Postabortivni sindrom	5
2. CILJ	8
3. ISPITANICI I METODE	9
3.1. Ustroj studije.....	9
3.2. Ispitanici.....	9
3.3. Metode	9
3.4. Statističke metode	9
4. REZULTATI	10
4.1. Obilježja ispitanika	10
4.2. Bioetičko znanje o postabortivnom sindromu	11
5. RASPRAVA	15
6. ZAKLJUČAK	21
7. SAŽETAK	23
8. SUMMARY	24
9. LITERATURA	26
10. ŽIVOTOPIS	29

POPIS KRATICA

MPO	medicinski potpomognuta oplodnja
PAS	postabortivni sindrom
IUI	intrauterina inseminacija
ITI	intratubarna inseminacija
AIH	arteficajalna inseminacija homolognim sjemenom supruge
AID	arteficajalna inseminacija heterolognim sjemenom donora
IVF	izvantjelesna oplodnja (engl. <i>In vitro fertilization</i>)
ICSI	intracitoplazmatske injekcije spermija
GIFT	prijenos gameta u jajovodu (engl. <i>Gamete Intrafallopian Transfer</i>)
ZIFT	prijenos zigota u jajovodu (engl. <i>Zygote Intrafallopian Transfer</i>)
PTSP	posttraumatski stresni poremećaj
ASP	akutni stresni poremećaj

1. UVOD

Tema pobačaja vrlo je aktualna u suvremenim društvenim, političkim i medicinskim raspravama s obzirom na to da se mnogostruko odražava na brojne aspekte i ima posljedice na socijalnom, zdravstvenom, moralnom i bioetičkom području.

Međutim, pobačaj i postabortivni sindrom, o kojima će biti riječ u ovome diplomskome radu, odnose se na spontani vid pobačaja koji se statistički vrlo često javlja kod nesuspjelih pokušaja medicinski potpomognute oplodnje.

S obzirom na to da je jedan od važnih aspekata života u supružnika njihova sposobnost za prokreaciju, nažalost, sve više bračnih parova suočava se s problemima neplodnosti i nemogućnošću prirodnog začeća. Takvi parovi ne traže samo osnovno razumijevanje pojedinih moralnih, bioetičkih ili vjerskih stavova, već dublje istražuju razloge svoje situacije i razmatraju dostupne medicinske metode (1).

Suvremena medicina odgovara na taj izazov ponudom različitih metoda medicinski potpomognute oplodnje uključujući kirurške i farmakološke intervencije te umjetne tehnike koje pomažu ili nadomještaju prirodne generativne procese. Navedene tehnike predstavljaju odgovor modernog doba na problem neplodnosti ili potpune sterilnosti partnera. Uzevši u obzir ubrzan napredak biomedicinskih tehnologija, ove intervencije dotiču početak i integritet života, ali i genetsku (ne)povezanost. Dakle važno je naglasiti moralno-bioetičke i socijalne implikacije koje su u središtu zakonodavnih i, za nas bitnih, kršćanskih moralnih rasprava (1).

Medicinski potpomognuta oplodnja (MPO) obuhvaća različite biomedicinske postupke koji se koriste za liječenje poteškoća sa začećem ili dokazane neplodnosti jednog ili obaju partnera (2). Rezultat je razvoja bioloških i medicinskih znanosti koji je započeo početkom 20. stoljeća i neprestano se razvija. To je potpuno kontroliran i specifičan način oplodnje namijenjen slučajevima u kojima prirodna oplodnja nije moguća ili joj je potrebna pomoć hormonalnog, morfološkog, kirurškog ili nekog drugog tipa. Ova metoda obuhvaća sve postupke koji omogućuju spajanje spolnih stanica i postizanje začeća na drugačiji način od uobičajenih, prirodno navođenih, spolnih odnosa (3).

U MPO ubraja se dvadesetak različitih metoda, no najučestalije su u primjeni intrauterina i/ili intratubarna inseminacija (IUI, ITI), *in vitro* fertilizacija (IVF – izvantjelesnu oplodnju), intracitoplazmatske injekcije spermija (ICSI) te prijenos gameta ili zigota u jajovod (GIFT, ZIFT) (24).

1.1. Artificijalna inseminacija

Inseminacija je postupak obrade sjemena i njegova unošenja u maternicu ili jajovod u spontanom ili induciranom ciklusu. Ovisno o tehnici i zahvatu inseminacija može biti intrauterina (IUI) ili intratubarna (ITI). U objema metodama mogu se koristiti homologno sjeme (AIH - *artificial insemination by husband*) ili heterologno sjeme (AID - *artificial insemination by donor*) (15, 16).

1.1.1. Intrauterina i intratubarna inseminacija (IUT i IUI)

Intrauterina inseminacija jednostavan je i neinvazivan postupak, prihvatljiviji i jeftiniji od IVF-a te često se koristi kao prva metoda liječenja neplodnosti pomoću medicinski potpomognute oplodnje (MPO). Indikacije za inseminaciju uključuju idiopatsku i imunološku neplodnost, cervikalni faktor neplodnosti, blagu endometriozu, blagu do umjerenu mušku neplodnost i mušku spolnu disfunkciju. Kontraindikacije obuhvaćaju cervikalnu atreziju, cervicitis, endometritis te obostranu atreziju jajovoda.

Priprema sjemena provodi se ispiranjem kako bi se uklonili nepokretni spermiji i štetni upalni čimbenici koji mogu ometati oplodnju čime se poboljšava kvaliteta i oplodni potencijal spermija. Pripremljeni se uzorak pomoću tankog i fleksibilnog katetera unosi u šupljinu maternice tijekom predviđene ili stimulirane ovulacije. Nakon stimuliranog postupka primjenjuje se terapija progesteronom kao potpora žutom tijelu. Stimulirana IUI učinkovitija je od IUI bez uporabe fertilnih lijekova, ali nosi veći rizik od višepodne trudnoće. Uspješnost ove metode ovisi o dobi partnera i uzrocima neplodnosti (16, 17, 18, 19).

Intratubarna inseminacija postupak je u kojem se tijekom ovulacije kateterom unosi pripremljeno sjeme izravno u jajovode. Sjeme se aplicira retrogradno kroz maternicu i to pod nadzorom ultrazvuka ili histeroskopa. Ova se metoda koristi nakon neuspjeha intrauterine

inseminacije (IUI), a osnovni je preduvjet prohodnost barem jednoga jajovoda. Indikacije i način pripreme sjemena isti su kao i kod IUI (16, 20).

Temeljni je princip ovih metoda povećanje gustoće i kvalitete sjemena tijekom ovulacije te izbjegavanje cervikalnog faktora kao moguće prepreke oplodnji. Uzimajući njihovu potentnost u obzir, pristupa se homolognoj ili heterolognoj inseminaciji.

1.1.2. Homologna i heterologna inseminacija (AID i AIH)

Ako se radi o smanjenoj pokretljivosti ili umanjenom broju spermatozoida, može se pristupiti homolognoj inseminaciji, tehnikama koncentriranja i centrifugiranja partnerova sjemena. Partneri mogu biti povezani bračnom svezom ili nekim alternativnim oblikom zajedništva.

Naspram homolognoj inseminaciji indikacije za heterolognu inseminaciju uključuju potpunu azoospermiju kod partnera, odsutnost spermatogeneze u epididimisu i testisima partnera te izbjegavanje nasljednih i imunoloških bolesti.

Kod postupaka heterologne inseminacije koristi se donorsko sjeme koje je prošlo potrebne kontrole i utvrđivanje karakteristika donora. Inseminacija se može obaviti u prirodnom ili induciranom ciklusu te sa svježim ili odmrznutim sjemenom.

Pismeni pristanak obaju partnera nužan je za ovu metodu, a donatorskim sjemenom dopušteno je postići najviše tri trudnoće. Sva ostala načela etički su i zakonski regulirana prema Zakonu o medicinski pomognutoj oplodnji (16, 21).

1.2. Izvantjelesna oplodnja (IVF)

Izvantjelesna oplodnja (IVF, eng. *in vitro fertilization*) osnovna je metoda medicinski potpomognute oplodnje koja se sastoji od spajanja gameta izvan tijela u embriološkom laboratoriju i naknadnog prijenosa embrija u maternicu (embriotransfer). Postupak se dijeli na nekoliko faza: priprema pacijenata, indukcija ovulacije, kontrola rasta folikula, aspiracija jajnih stanica, laboratorijska priprema jajnih stanica i sjemena, oplodnja, kontrola zametka i prijenos zametka (16, 22).

IVF može se izvesti s vlastitim ili doniranim gametama te sa svježim ili krioprezerviranim jajnim stanicama i spermijima. Laboratorijska priprema jajnih stanica počinje izolacijom iz folikularne tekućine dobivene aspiracijom folikula. Jajna stanica pohranjuje se u hranjivi medij u inkubatoru barem jedan sat prije oplodnje radi sazrijevanja. Sjeme se priprema pročišćavanjem i odvajanjem pokretnih i kvalitetnih spermija (16, 23). Nakon što prođe 18-20 sati, prisutnost dvaju pronukleusa i dvaju polarnih tjelešaca u jajnoj stanici ukazuje na uspješnu oplodnju. Zameci se stavljaju na novi hranjivi medij gdje se počinju dijeliti do stadija blastociste te mogu se prenijeti u maternicu ili zamrznuti drugog, trećeg ili petog dana nakon aspiracije.

1.3. Stopa (ne)uspješnosti pojedinih postupaka

Uspješnost pojedinih tehnika prokreacije ovise o mnogim socio-demografskim i zdravstvenim faktorima te na temelju tih predispozicija nose i izvjesne faktore ne/uspješnosti. Posebno problematičan vid neuspjelih ostvarenja začeća odnosi se na nemogućnost privođenja postignute trudnoće do uspješnoga kraja. U tom slučaju kod nekih osoba može nastupiti teško psihološko stanje depresivnosti, očaja, tjeskobe i postabortivnog sindroma koji se mnogostruko odražava i na bioetički i moralni vid neuspjelih potpomognutih oplodnji.

U 2018. godini u Europi postotak uspješnosti IVF-a iznosio je 32,1 %, no stvarni postotak uspješnosti MPO-a varira ovisno o centru. Kada se uključi zamrzavanje (krioprezervacija) i donacija jajnih stanica, taj postotak raste na 49,6 %. Visok postotak uspješnosti MPO-a može se očekivati kod mlađih žena, dok se značajan pad uspješnosti bilježi kod žena starijih od 38 godina. U četrdesetim godinama postotak uspješnosti vrlo je nizak. Ženama koje su navršile 44 godine, i starijima, preporučuje se korištenje darovanih oocita od mladih donorica. Donirane oocite mogu se odmah koristiti u MPO-u ili se mogu krioprezervirati na temperaturi od -196°C u tekućem dušiku. IVF s doniranom jajnom stanicom od mlade plodne žene može imati uspješnost i do 50 % (24).

Unatoč postotku uspješnosti potpomognute oplodnje, postoji rizik od spontanog pobačaja što može rezultirati neuspjehom u dovođenju trudnoće do kraja gdje žene, ali i muškarci, mogu razviti postabortivni sindrom.

1.4. Postabortivni sindrom

Postabortivni sindrom (PAS) predstavlja skup fizičkih, emocionalnih i psiholoških simptoma koji mogu nastati nakon namjernog ili spontanog pobačaja. Iako se prvenstveno odnosi na žene koje su doživjele pobačaj, sindrom može zahvatiti i njihove partnere te medicinsko osoblje koje je sudjelovalo u postupku (4).

Pojam postabortivnog sindroma kao oblika posttraumatskog stresnog poremećaja prvi su upotrijebili Anne Speckhard i Vincent M. Rue 1992. godine. U svom zajedničkom članku objašnjavaju komponente postabortivnog sindroma (7).

Prema medicinskom leksikonu definicija pobačaja glasi: „Pobačaj, također poznat kao abortus ili pometnuće, označava izgon ili odstranjenje ploda i posteljice iz maternice“. Razlikuje se prema trajanju trudnoće: rani se pobačaj javlja do 16. tjedna, dok kasni pobačaj nastupa od 17. do 28. tjedna trudnoće. Subklinički se pobačaj javlja vrlo rano, tj. tijekom očekivane menstruacije ili odmah nakon nje kada se trudnoća može otkriti samo hormonskim testom na koriogonadotropin (B-HCG) iz majčinog seruma. Klinički se pobačaji klasificiraju kao prijeteći (*abortus imminens*), započeti (*abortus incipiens*), u tijeku trudnoće (*abortus in tractu*), potpuni (*abortus completus*) i nepotpuni pobačaj (*abortus incompletus*). Kada se pobačaj ponavlja kod iste žene, nazivamo ga *abortus habitualis* ili *recurrens*. Kronološka je granica za pobačaj i porođaj 28 tjedana, odnosno 196 dana trudnoće, računajući od prvog dana posljednje menstruacije kada je masena granica ploda 999 g. Plodovi pobačeni između 22. i 28. tjedna trudnoće, ili mase između 500 i 999 g, koji pokazuju znakove života prijavljuju se kao živorođena djeca i trebaju se posebno prikazivati u rodilišnim statistikama. Međutim, ne ulaze u nacionalne perinatalne statistike ili statistike pomora dojenčadi. Prema načinu nastanka pobačaji mogu biti spontani ili provocirani; potonji može biti medicinski, eugenički, socijalni (*abortus artificialis*) ili kriminalni (*abortus criminalis*) (27).

Spontani pobačaj, koji se također naziva nehotečni ili nenamjerni pobačaj, jedna je od najčešćih komplikacija u ranoj fazi trudnoće, posebice medicinski potpomognute oplodnje. Ovaj pojam obuhvaća različite vrste pobačaja uključujući *habitualni pobačaj* (*abortus habitualis*), *prijeteći pobačaj* (*abortus imminens*), *početni pobačaj* (*abortus incipiens*), *potpuni pobačaj* (*abortus completus*) i *nepotpuni pobačaj* (*abortus incompletus*). Svi navedeni izrazi odnose se na prekid

trudnoće koji nastaje zbog prirodnih uzroka, bez intervencije čovjeka, prije nego što plod navrší 28 tjedana gestacije i teži manje od 1000 grama što znači da nije sposoban za preživljavanje. Procjenjuje se da se spontani pobačaj javlja u približno 10 do 15 % svih trudnoća, a uz to se dodatno računa i oko 10 % habitualnih pobačaja. U skladu s tim približno 1 % žena često prolazi kroz spontani pobačaj ili se suočava s velikim teškoćama u održavanju trudnoće (28).

Prvo, izloženost ili sudjelovanje u pobačaju doživljava se kao traumatično i namjerno uništenje nerođenog djeteta. Drugo, često je negativno i nekontrolirano ponavljanje proživljavanja čina pobačaja. Treće, osobe koje pate od postabortivnog sindroma često ne mogu izbjeći i poricati bolna sjećanja na pobačaj. Konačno, pojavljuju se simptomi koji nisu bili prisutni prije pobačaja, poput krivnje zbog preživljavanja. Doktori Paul i Teri Reisser u svojoj knjizi *Žalovanje u samoći – Kako pomoći ženi s postabortivnim sindromom* opisali su simptome koji mogu olakšati razumijevanje postabortivnog sindroma (9).

Simptomi postabortivnog sindroma uključuju stanje šoka koje se javlja kao početna reakcija na traumatičan događaj, a često je praćeno osjećajem nevjerice i emocionalne otupjelosti. Noćne more i nesanica česti su problemi koji se povezuju sa spavanjem koji prate traumatično iskustvo. Opsesija trudnicama i djecom ili panični strah od njih manifestiraju se kao intenzivne emocionalne reakcije na podsjetnike na pobačaj. Smanjena je motivacija za svakodnevne aktivnosti, a stvari koje su prije donosile radost više nemaju isti učinak. U krajnjim slučajevima može se pojaviti poriv za samoubojstvom ili opsesija smrću pri čemu žena radije umire nego nastavlja živjeti.

Nekontrolirana želja za novom trudnoćom može se pojaviti kao potreba za „ispravljanjem“ prošlog iskustva. Ponekad žene neće svjesno povezati svoje stanje s pobačajem i postabortivnim sindromom, ali nesvjesno će početi izbjegavati sve što ima veze s djecom- poput posjeta obiteljima s bebama ili izbjegavanja polica s dječjom opremom u trgovinama.

Problemi s koncentracijom i hiperaktivnost često prate osobe koje se suočavaju s PAS-om što rezultira poteškoćama s fokusiranjem i nemogućnošću smirivanja. Apatija se manifestira kao opći gubitak zanimanja za svakodnevne aktivnosti i ravnodušnost. Seksualni problemi, kao što su frigidnost, seksualne disfunkcije i promiskuitet, često su prisutni kod osoba s PAS-om. Dugotrajni osjećaj praznine prati trajni osjećaj besmislenosti. Depresija i osjećaj krivnje očituju

se kao duboki osjećaji vlastite bezvrijednosti. Depresija koja se javlja nakon pobačaja uobičajena je među ženama u reproduktivnoj dobi, no globalni podaci o postabortivnoj depresiji još uvijek nisu dostupni (14). Samoozljeđivanje i suicidalne misli također su česta pojava uključujući teške osjećaje bezvrijednosti. Isto tako zloupotreba supstanci i poremećaji prehrane često prate PAS uključujući zloupotrebu alkohola, lijekova, droga i probleme s prehranom (4).

U Sjedinjenim Državama postoje savjetnici koji pružaju pomoć osobama koje osjećaju tugu i patnju nakon pobačaja (5). Psihoterapeuti, bioetički konzultori, duhovnici i bolnički dušobrižnici te drugi stručnjaci za savjetovanje surađuju kako bi pomogli ženama koje su doživjele spontani pobačaj. Potiču ih procesuirati žaljenje zbog gubitka djeteta te pronaći put prema ozdravljenju (5).

Razumijevanje kompleksnosti potpomognute oplodnje, izazovi povezani s postabortivnim sindromom i njihovi utjecaji na emocionalno i psihološko zdravlje bili su ključni poticaji za odabir i istraživanje ove teme u diplomskome radu.

2. CILJ

Opći ciljevi istraživanja:

- ispitati bioetička znanja studenata sestinstva o postabortivnom sindromu s posebnim osvrtom nakon ne/uspjelih metoda medicinske potpomognute oplodnje

Specifični ciljevi:

- educirati studente sestinstva o medicinski potpomognutoj oplodnji, njezinim vrstama i postabortivnom sindromu
- ispitati studente o susretanju s potencijalnim osobnim iskustvima, iskustvima u krugu prijatelja ili radnih kolega o postabortivnom sindromu
- ispitati studente tko sve može imati postabortivni sindrom, koji su mu glavni simptomi i razlikuje li se od PTSP-a
- ispitati znanja o uzrocima rizika, kulturnim i društvenim uzrocima te bioetičkim dilemama vezanim za prepoznavanje i postupak postabortivnog sindroma
- ispitati znanja o prepoznavanju postabortivnog sindroma i na koje načine zdravstveni radnici mogu pružiti podršku ženama koje se suočavaju s PAS-om

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ustroj studije

Istraživanje je ustrojeno kao presječna studija.

3.2. Ispitanici

Ciljana populacija bili su studenti sestrinstva na Fakulteta za dentalnu medicinu i zdravstvo. Ispitivala su se njihova bioetička znanja o postabortivnom sindromu. Istraživanje je provedeno na prijediplomskom studiju sestrinstva u Novoj Gradišci i Osijeku te na diplomskom studiju sestrinstva u Slavonskom Brodu i Osijeku u trajanju od mjesec dana.

3.3. Metode

Korišten je vlastito kreiran upitnik o postabortivnom sindromu. Istraživanje je provedeno tijekom lipnja 2024. godine. Anketiranje se provelo internetskim putem, točnije pomoću Google formsa. Svim ispitanicima bila je zagantirana anonimnost odgovora.

3.4. Statističke metode

Kategorički podaci predstavljeni su apsolutnim i relativnim frekvencijama.

Razlike u kategoričkim varijablama testirane su Fisherovim egzaktnim testom.

Sve su P vrijednosti dvostrane.

Razina značajnosti postavljena je na $\alpha = 0,05$.

Za statističku analizu korišten je statistički program MedCalc® Statistical Software version 22.018 (*MedCalc Software Ltd, Ostend, Belgium; <https://www.medcalc.org>; 2024*).

4. REZULTATI

4.1. Obilježja ispitanika

Istraživanje o bioetičkom znanju o postabortivnom sindromu provedeno je na 130 ispitanika, a riječ je o studentima sestrinstva Fakulteta za dentalnu medicinu i zdravstvo.

Medijan je dobi ispitanika 27 godina (interkvartilnog raspona od 23 do 34 godine) u rasponu od 19 do 50 godina. Najviše je ispitanika u dobi do 29 godina. Uzevši u obzir bračni status, u braku je 41 (31,5 %) ispitanik, a 38 (29,2 %) ih je u vezi. Zaposlena su 92 (70,8 %) ispitanika. Djecu ima 46 (35,4 %) ispitanika, od kojih 18 (41 %) ima samo jedno dijete, a 10 (23 %) ispitanika ima troje ili četvero djece (Tablica 1.).

Tablica 1. Osnovna obilježja ispitanika

	Broj (%) ispitanika
Dob	
do 24 godine	45 (34,6)
25 – 29 godina	36 (27,7)
30 – 34 godine	23 (17,7)
35 i više godina	26 (20,0)
Bračni status	
Slobodan/a	17 (13,1)
U vezi	38 (29,2)
Zaručen/a	25 (19,2)
U braku	41 (31,5)
Razveden/a	9 (6,9)
Radni status	
Još se školujem	27 (20,8)
Nezaposlen	11 (8,5)
Zaposlen	92 (70,8)
Imaju li djecu	
Ne	84 (64,6)
Da	46 (35,4)
Koliko djece imaju (n = 45)	
Jedno	18 (41)
Dvoje	16 (36)
Troje	8 (18)
Četvero	2 (5)

4.2. Bioetičko znanje o postabortivnom sindromu

S postabortivnim sindromom osobno se susrelo 5 (4 %) ispitanika, njih 48 (37 %) nije se nikada susrelo, 43 (33 %) navodi da je imao netko iz njihove društvene sredine, a samo u kontekstu zdravstvene struke s postabortivnim sindromom susrelo se 34 (26 %) ispitanika.

Prema predznanju ispitanika za njih 112 (87 %) to je psihološki poremećaj nakon abortusa, za 12 (9 %) je to fizikalni poremećaj, dok ih troje (2 %) navodi da je to hormonalni disbalans ili infekcija koja se javlja nakon abortusa (Tablica 2.).

Tablica 2. Raspodjela ispitanika prema tome jesu li se ikada susreli s postabortivnim sindromom, što on predstavlja i od čega nastaje

	Broj (%) ispitanika po dobi				Ukupno	P*
	do 24	25 - 29	30 - 34	35 i više		
Jeste li se susreli s postabortivnim sindromom						
Nisam se nikada susreo/la	21 (47)	14 (39)	7 (30)	6 (23)	48 (37)	0,26
Osobno	0	2 (6)	0	3 (12)	5 (4)	
S nekim iz Vaše društvene sredine	12 (27)	10 (28)	10 (43)	11 (42)	43 (33)	
U kontekstu zdravstvene struke	12 (27)	10 (28)	6 (26)	6 (23)	34 (26)	
Što je prema Vašoj predodžbi postabortivni sindrom (PAS)						
Fizikalni poremećaj nakon abortusa	4 (9)	3 (8)	2 (9)	3 (12)	12 (9)	0,32
Hormonalni disbalans nakon abortusa	1 (2)	0	2 (9)	0	3 (2)	
Infekcija koja se javlja nakon abortusa	0	3 (8)	0	0	3 (2)	
Psihološki poremećaj nakon abortusa	40 (89)	30 (83)	19 (83)	23 (88)	112 (87)	
Mislite li da postabortivni sindrom nastaje kod						
Neuspjelih pokušaja potpomognute oplodnje	8 (18)	11 (31)	6 (26)	10 (38)	35 (27)	0,28
Osoba izravnog/hotimičnog pobačaja	20 (44)	14 (39)	5 (22)	8 (31)	47 (36)	
Spontanog pobačaja	17 (38)	11 (31)	12 (52)	8 (31)	48 (37)	

*Fisherov egzaktni test

Da i muškarci mogu imati posljedice postabortivnog sindroma, navodi 56 (43 %) ispitanika, a da samo žene pate od postabortivnog sindroma, navelo je 69 (53 %) ispitanika, a 5 (4 %) ispitanika smatra da postabortivni sindrom može imati i medicinsko osoblje involvirano u ginekološkim ambulantama. Kao najčešće simptome postabortivnog sindroma ispitanici navode osjećaj krivnje, strah, nemir, anksioznost, a sve što je navedeno za simptome postabortivnog sindroma navela su 72 (55 %) ispitanika. Na pitanje *Koja je razlika postabortivnog sindroma od posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP-a)* 104 (80 %) ispitanika navode da PTSP može nastati nakon bilo kojeg traumatičnog događaja, a PAS nakon abortusa (Tablica 3.)

Tablica 3. Raspodjela ispitanika prema tome tko sve može imati postabortivni sindrom, koji su mu glavni simptomi i razlikuje li se od PTSP-a

	Broj (%) ispitanika po dobi				Ukupno	P*
	do 24	25 - 29	30 – 34	35 i više		
Tko sve može osjećati posljedice postabortivnog sindroma:						
Muškarci	23 (51)	16 (44)	7 (30)	10 (38)	56 (43)	0,40
Medicinsko osoblje involvirano u ginekološkim ambulantama	1 (2)	3 (8)	1 (4)	0	5 (4)	
Samo žene pate od postabortivnog sindroma	21 (47)	17 (47)	15 (65)	16 (62)	69 (53)	
Koji su glavni simptomi postabortivnog sindroma						
Depresija	2 (4)	4 (11)	2 (9)	0	8 (6)	0,85
Izbjegavanje	1 (2)	0	0	1 (4)	2 (2)	
Osjećaj krivnje	5 (11)	6 (17)	5 (22)	4 (15)	20 (15)	
Poricanje	2 (4)	2 (6)	1 (4)	1 (4)	6 (5)	
Strah, nemir, anksioznost	11 (24)	5 (14)	2 (9)	4 (15)	22 (17)	
Sve navedeno	24 (53)	19 (53)	13 (57)	16 (62)	72 (55)	
Kako se postabortivni sindrom razlikuje od posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP)						
PAS je fizički, PTSP je psihološki poremećaj	11 (24)	5 (14)	1 (4)	4 (15)	21 (16)	0,22
PTSP je kratkotrajan, PAS je dugotrajan	3 (7)	0	1 (4)	1 (4)	5 (4)	
PTSP može nastati nakon bilo kojeg traumatičnog događaja, a PAS nakon abortusa	31 (69)	31 (86)	21 (91)	21 (81)	104 (80)	

*Fisherov egzaktini test

Kao uzrok rizika za razvoj postabortivnog sindroma 52 (40 %) ispitanika navode broj prethodno neuspjelih trudnoća, 37 (28 %) ispitanika podvrgavanje tehnikama izvantjelesne oplodnje, a 20 (15,4 %) prisutnost prethodnih psiholoških problema. Da kulturni i društveni faktori nemaju nikakav utjecaj na pojavu postabortivnog sindroma, zauzimaju stav ispitanici s 35 i više godina, dok mlađi ispitanici značajnije više odgovaraju da kulturni i društveni faktori mogu smanjiti učestalost PAS-a (Fisherov egzakti test, $P = 0,01$). Bioetičke dileme vezane za prepoznavanje i postupak PAS-a za 79 (61 %) ispitanika to su dileme vezane za stigmatizaciju i pristup terapiji, za zakonitost tretiranja PAS-a navodi 8 (6 %) ispitanika, za postojanje PAS-a odabire 26 (20 %) ispitanika, dok ih 17 (13 %) odgovara da nema etičkih dilema (Tablica 4).

Tablica 4. Faktori rizika, kulturni i društveni faktori te bioetičke dileme vezane za prepoznavanje i postupak postabortivnog sindroma

	Broj (%) ispitanika po dobi				Ukupno	<i>P</i> *
	do 24	25 - 29	30 - 34	35 i više		
Koji su, po Vama, faktori rizika za razvoj postabortivnog sindroma						
Broj prethodnih neuspjelih trudnoća	19 (42)	13 (36)	9 (39)	11 (42)	52 (40)	
Nedostatak podrške	6 (13)	3 (8)	3 (13)	4 (15)	16 (12)	
Podvrgavanje tehnikama izvantjelesne oplodnje	15 (33)	11 (31)	6 (26)	5 (19)	37 (28)	0,95
Prisutnost prethodnih psiholoških problema	4 (9)	7 (19)	4 (17)	5 (19)	20 (15,4)	
Starost žene	1 (2)	2 (6)	1 (4)	1 (4)	5 (3,8)	
Kako kulturni i društveni faktori utječu na pojavu postabortivnog sindroma						
Mogu izazvati fizičke simptome PAS-a	5 (11)	6 (17)	5 (22)	4 (15)	20 (15)	
Mogu povećati osjećaj krivice i stigmatizaciju	2 (4)	2 (6)	1 (4)	1 (4)	6 (5)	0,01
Mogu smanjiti učestalost PAS-a	11 (24)	5 (14)	2 (9)	4 (15)	22 (17)	
Nemaju nikakav utjecaj	24 (53)	19 (53)	13 (57)	16 (62)	72 (55)	
Koje su bioetičke dileme vezane za prepoznavanje i postupak PAS-a						
Dileme vezane za stigmatizaciju i pristup terapiji	31 (69)	21 (58)	14 (61)	13 (50)	79 (61)	
Je li zakonito tretirati PAS?	2 (4)	3 (8)	1 (4)	2 (8)	8 (6)	0,89
Nema etičkih dilema	5 (11)	5 (14)	4 (17)	3 (12)	17 (13)	
Postoji li zaista PAS?	7 (16)	7 (19)	4 (17)	8 (31)	26 (20)	

*Fisherov egzakti test

Sljedeću tvrdnju: „Uzevši u obzir pravni sustav, neke zemlje prepoznaju PAS, dok ga druge ne priznaju.“ odabire 88 (68 %) ispitanika, dok ih 18 (14 %) navodi da sve zemlje prepoznaju PAS. Tijekom razgovora s pacijenticom koja pokazuje simptome PAS-a mlađi bi ispitanici značajnije više preporučili vježbe opuštanja, ispitanici u dobi od 25 do 34 godine značajnije bi više pružili podršku i empatiju te bi preporučili stručnu pomoć (Fisherov egzaktni test, $P = 0,04$). Zdravstveni radnici mogu pružiti podršku ženama koje se suočavaju s PAS-om nudeći psihološku podršku i resurse za terapiju, a za to se opredjeljuje 121 (93 %) ispitanik, četvero (3 %) ispitanika smatra da zdravstveni radnici neće priznati PAS ili će propisati isključivo lijekove, dok jedan (1 %) ispitanik navodi da je pomoć ignoriranje simptoma. Da vjera i moral dodatno pogoršavaju PAS, navodi 61 (47 %) ispitanik, a njih 69 (53 %) navodi da olakšava krivnju (Tablica 5).

Tablica 5. Kako pravne službe prepoznaju PAS te raspodjela ispitanika prema metodama kojima bi se koristili prilikom podrške ženama koje se suočavaju s PAS-om

	Broj (%) ispitanika po dobi				Ukupno	P^*
	do 24	25 - 29	30 - 34	35 i više		
Kako pravni sustav različitih zemalja prepoznaje i tretira postabortivni sindrom						
Neke zemlje prepoznaju PAS, dok ga druge ne priznaju	34 (76)	21 (58)	14 (61)	19 (73)	88 (68)	
PAS nije prepoznat ni u jednoj zemlji	3 (7)	4 (11)	4 (17)	5 (19)	16 (12)	0,21
Pravni sustavi identični su u svim zemljama	1 (2)	4 (11)	3 (13)	0	8 (6)	
Sve zemlje prepoznaju PAS	7 (16)	7 (19)	2 (9)	2 (8)	18 (14)	
Kako biste pristupili razgovoru s pacijenticom koja pokazuje simptome PAS-a						
Ignorirali biste simptome	1 (2)	0	0	4 (15)	5 (4)	
Preporučili biste vježbe opuštanja	5 (11)	2 (6)	2 (9)	0	9 (7)	0,04
Pružili biste podršku i empatiju te preporučili stručnu pomoć	39 (87)	34 (94)	21 (91)	22 (85)	116 (89)	
Na koje načine zdravstveni radnici mogu pružiti podršku ženama koje se suočavaju s PAS-om						
Ignorirati simptome	0	0	1 (4)	0	1 (1)	
Nudeći psihološku podršku i resurse za terapiju	42 (93)	34 (94)	21 (91)	24 (92)	121 (93)	0,64
Odbijajući priznati PAS	1 (2)	2 (6)	0	1 (4)	4 (3)	
Propisati isključivo lijekove	2 (4)	0	1 (4)	1 (4)	4 (3)	
Smatrate li da vjera i moral						
Dodatno pogoršavaju PAS	27 (60)	13 (36)	8 (35)	13 (50)	61 (47)	0,10
Olakšavaju krivnju	18 (40)	23 (64)	15 (65)	13 (50)	69 (53)	

*Fisherov egzaktni test

5. RASPRAVA

Porast broja osoba koje se suočavaju s problemima neplodnosti doveo je do sve veće primjene medicinski asistirane reprodukcije kako bi se omogućilo stvaranje novog života i prevladale prepreke za ostvarenje očinstva i majčinstva.

Uspješnost različitih tehnika potpomognute prokreacije ovisi o nizu socio-demografskih, zdravstvenih i psiholoških faktora koji utječu na izgled za uspjeh ili neuspjeh. Jedan od posebnih problema kod neuspjelih začeca odnosi se na nemogućnost održavanja trudnoće do uspješnog završetka. U nekim slučajevima to može dovesti do postabortivnog sindroma koji se manifestira teškim psihološkim i duhovnim stanjem s mnogostrukim posljedicama na bioetičke i moralne aspekte neuspjelih pokušaja potpomognute oplodnje. Zbog učestalih neuspjeha različitih tehnika medicinski potpomognute oplodnje ili ponovljenih gubitaka ranih trudnoća kod nekih osoba javljaju se ozbiljne psihološke posljedice koje dodatno opterećuju moralne i bioetičke konotacije gubitka embrija.

Namjera je bila istražiti bioetička znanja studenata sestrinstva o postabortivnom sindromu pomoću *online* upitnika koji prikuplja relevantne podatke. Istraživanje bi osiguralo povjerljivost izraženih osjećanja. Nakon prikupljanja podataka analizirali su se kvantitativni odgovori studenata kako bi se istražilo njihovo razumijevanje ove kompleksne socijalne, zdravstvene, psihološke, duhovne, moralne i bioetičke dimenzije.

Istraživanje je provedeno na 130 studenata sestrinstva na Fakultetu za dentalnu medicinu i zdravstvo. U kontekstu medicinski potpomognute oplodnje (MPO) emocionalni utjecaj na žene i njihove obitelji može biti sličan bez obzira na to je li pobačaj bio hotimičan (namjeran) ili spontani. Međutim, etičke i moralne implikacije često se razlikuju zbog različitih uzroka i okolnosti pobačaja. Drugim riječima, iako i hotimični i spontani pobačaji mogu izazvati slične moralno-bioetičke osjećaje u vezi s emocionalnim utjecajem na žene, razlog i priroda pobačaja mogu dovesti do različitih etičkih rasprava i odgovora unutar okvira MPO-a.

Istraživanjem je pomoću 13 čestica ispitano bioetičko znanje studenata o postabortivnom sindromu.

Prema odgovorima ispitanika 5 osoba izjavilo je da su se osobno susreli s postabortivnim sindromom. S druge strane 37 % navelo je da se nikada nisu susreli s ovim stanjem. Prema podacima 33 % poznaje nekoga iz svoje društvene okoline tko je doživio postabortivni sindrom. U kontekstu zdravstvene struke 26 % izvijestilo je da su se susreli s postabortivnim sindromom tijekom svoga profesionalnog iskustva. Što se tiče percepcije ispitanika o prirodi postabortivnog sindroma, velika većina njih, tj. njih 112 smatra da se radi o psihološkom poremećaju koji nastaje nakon abortusa. Nasuprot tome 12 ispitanika vjeruje da je postabortivni sindrom fizički poremećaj. Samo troje ispitanika smatra da je ovaj sindrom rezultat hormonalnog disbalansa ili infekcije koja se javlja nakon abortusa.

Da muškarci mogu imati posljedice postabortivnog sindroma, navodi 56 ispitanika, dok 69 ispitanika smatra da samo žene pate od postabortivnog sindroma. Dodatno, 5 ispitanika vjeruje da postabortivni sindrom može utjecati i na medicinsko osoblje koje radi u ginekološkim ambulantama. Među simptomima postabortivnog sindroma ispitanici najčešće spominju osjećaj krivnje, strah, nemir i anksioznost, a 72 ispitanika odabrala su sve navedene simptome kao karakteristične za postabortivni sindrom. Na pitanje o razlikama između postabortivnog sindroma (PAS) i posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) 104 ispitanika smatraju da PTSP može nastati nakon bilo kojeg traumatičnog događaja, dok PAS nastaje nakon abortusa.

Muškarci također proživljavaju teške emocionalne izazove nakon pobačaja- bilo da je on spontan ili namjeran (4). Često se zanemaruje činjenica da svako dijete koje je pobačeno ima oca. Osjećaj praznine može ih pratiti tijekom cijeloga života jer se osjećaju kao roditelji- bez obzira na to što dijete više nije živo. Neki se muškarci, kao način suočavanja s depresijom koja proizlazi iz nepostanka očinstva, mogu okrenuti alkoholu ili drogama. Očevi se često suočavaju s dubokim emocionalnim izazovima nakon što su izgubili dijete pobačajem. Moguće je da će muškarci reagirati prekomjernim radom, intenzivnim vježbanjem ili rizičnim ponašanjem kao načinom suočavanja s gubitkom. Često im je teško priznati i izraziti svoje osjećaje što smanjuje vjerojatnost da će potražiti pomoć. Skrivenne emocije također mogu značajno utjecati na njihove buduće veze ili brakove (9).

Reakcija uznemirenosti nakon spontanog pobačaja može uključivati psihološke, fizičke, kognitivne i bihevioralne simptome. Međutim, pacijentice koje dožive stres nakon spontanog pobačaja često ne zadovoljavaju kriterije za akutni ili posttraumatski stresni poremećaj. Unatoč tome do 10 % žena može razviti akutni stresni poremećaj, a do 1 % može razviti posttraumatski stresni poremećaj nakon spontanog pobačaja. Intervencije za stres zbog kritičnog incidenta, koje provode obučeni obiteljski liječnici ili stručnjaci za mentalno zdravlje, mogu pomoći pacijenticama sa stresnim poremećajem nakon spontanog pobačaja (11). Osobe koje su imale pobačaj često doživljavaju tjeskobu i nemir. Intenzivan osjećaj krivnje može biti potisnut u podsvijest, ali kasnije se može vratiti i izazvati teško podnošljivu anksioznost. Prema procjenama od 10 do 30 % žena koje su proživjele pobačaj mogu doživjeti i ozbiljne i dugotrajne psihološke posljedice s obzirom na to da je pobačaj vrlo stresan i traumatičan događaj (8). Postoje žene koje nakon pobačaja ne pokazuju ili ne osjećaju posljedice, no većina njih iskusi barem neki oblik psihičkih teškoća.

Također medicinsko osoblje koje je uključeno u obavljanje pobačaja može osjetiti tugu, žaljenje i poricanje (4). Postabortivni sindrom može se smatrati oblikom posttraumatskog stresnog poremećaja koji se razvija kronično kao rezultat intenzivnih emocionalnih reakcija na traumu izazvanu pobačajem, no čak 80 % studenata navodi da PTSP može nastati nakon bilo kojeg traumatičnog događaja, a PAS nakon abortusa (8, 9). Nakon spontanog pobačaja s kompliciranim žalovanjem liječnik primarne zdravstvene zaštite možda neće odmah prepoznati dijagnozu akutnog stresnog poremećaja ili posttraumatskog stresnog poremećaja. Razlika između ovih poremećaja vidljiva je u trajanju simptoma: kod ASP-a simptomi kao što su disocijacija, ponovni proživljavanje traume, izbjegavanje podražaja povezanih s traumom i pojačano uzbuđenje prisutni su najmanje dva dana, ali ne dulje od četiri tjedna. Ako simptomi traju duže od četiri tjedna, pacijentica može imati PTSP (10).

Kao uzrok rizika za razvoj postabortivnog sindroma 40 % ispitanika navodi broj prethodno neuspjelih trudnoća, 28 % ispitanika podvrgavanje tehnikama izvantjelesne oplodnje, dok 15,4 % ispitanika smatra da prisutnost prethodnih psiholoških problema predstavlja rizik. Ispitanici stariji od 35 godina značajnije više smatraju da kulturni i društveni faktori nemaju nikakav utjecaj na pojavu postabortivnog sindroma, dok mlađi ispitanici značajnije više vjeruju da ti faktori mogu smanjiti učestalost PAS-a. Bioetičke dileme vezane uz prepoznavanje i postupak PAS-a za 61 %

ispitanika uključuju dileme vezane za stigmatizaciju i pristup terapiji. Za 20 % ispitanika bioetičke dileme odnose se na postojanje PAS-a, dok 13 % ispitanika smatra da nema etičkih dilema u vezi s tim pitanjem. Samo 6 % ispitanika brine o zakonitosti tretiranja PAS-a. Ovi čimbenici potencijalno povećavaju emocionalni teret i ranjivost žena što može dovesti do razvoja postabortivnog sindroma. Mlađi ispitanici vjerojatno su svjesniji modernih psiholoških teorija koje ističu važnost socijalne podrške, društvenih normi i kulturnog konteksta u oblikovanju emocionalnih reakcija. Stigma povezana s PAS-om može otežati traženje i pružanje odgovarajuće podrške i terapije što ističe potrebu za podizanjem društvene svijesti i smanjenjem predrasuda. To također sugerira da se društvena i emocionalna podrška doživljavaju kao važnije od pravnih aspekata. U skladu s navedenim ovi stavovi i dileme naglašavaju potrebu za integriranim pristupom koji uzima u obzir biološke, psihološke, društvene i kulturne faktore u pružanju podrške ženama koje se suočavaju s PAS-om.

Uzevši u obzir pravni sustav, 68 % ispitanika (88) navodi da neke zemlje prepoznaju postabortivni sindrom (PAS), dok ga druge ne priznaju, a 14 % ispitanika (18) smatra da sve zemlje prepoznaju PAS.

Mlađi bi ispitanici tijekom razgovora s pacijenticom koja pokazuje simptome PAS-a značajnije više preporučili vježbe opuštanja, dok bi ispitanici u dobi od 25 do 34 godine značajnije više pružili podršku i empatiju te preporučili stručnu pomoć. Prema odabiru 93 % ispitanika zdravstveni radnici mogu pružiti podršku ženama koje se suočavaju s PAS-om nudeći psihološku podršku i resurse za terapiju. Međutim, 3 % ispitanika odbija priznati PAS ili smatra da bi se trebali propisati isključivo lijekovi, dok 1 % ispitanika navodi da je ignoriranje simptoma adekvatan način pomoći.

Proučavanje literature navodi na zaključak da medicinska zajednica ne priznaje postabortivni sindrom kao formalnu dijagnozu u svojem leksikonu. Takav pojam nije uključen u standardne medicinske reference kao definirani medicinski sindrom. Međutim, to ne znači da pojedinci ne mogu doživjeti emocionalne ili psihološke teškoće nakon pobačaja. Postoje različite reakcije koje ljudi mogu imati nakon pobačaja, ali takva iskustva obično se tretiraju kao individualne emocionalne reakcije, a ne kao medicinski dijagnosticirani sindrom (6).

Budući da postabortivni sindrom nije uključen kao dijagnoza u *Psihijatrijskom priručniku za dijagnostiku i statistiku DSM-5*, neki stručnjaci osporavaju njegovu relevantnost. S druge strane postoje i oni koji, na temelju istraživanja i prepoznavanja određenih skupina simptoma, snažno zagovaraju postojanje ovog sindroma (7).

Da vjera i moral dodatno pogoršavaju PAS smatra 47 % ispitanika, dok 53 % ispitanika vjeruje da vjera i moral olakšavaju osjećaj krivnje. Na pitanje *Smatrate li da vjera i moral dodatno pogoršavaju PAS ili olakšavaju krivnju?* 69 se ispitanika složilo da vjera i moral olakšavaju krivnju. Duhovna inteligencija igra ključnu ulogu u povezivanju s depresijom koja se može javiti nakon pobačaja (26). Kada se razviju i primijene strategije usmjerene na jačanje duhovne inteligencije, može se značajno ublažiti depresija, stres i tjeskoba koji prate spontani pobačaj. Osim toga ove strategije mogu pružiti dodatnu podršku u vođenju i upravljanju složenim situacijama tijekom trudnoće čime se poboljšava opće emocionalno stanje i mentalno zdravlje žena suočenih s ovim izazovima (26).

Učinak skrbi žena koje su proživjele spontani pobačaj, a za posljedicu imaju anksiozne napadaje, s obzirom na ekspresiju MicroRNA-21, razine kortizola i Fordyceov obrazac sreće, pokazao je da primjena PAC (*Pattern of Adaptive Coping*) pristupa, koji se oslanja na obrasce sreće, može pomoći u smanjenju anksioznosti. Iz tog razloga ova se metoda smatra korisnom i neinvazivnom za prevenciju psiholoških problema koji se mogu javiti nakon spontanog pobačaja (12). Pružatelji zdravstvenih usluga trebaju dati prednost savjetovanju, davanju skrbi i emocionalne podrške ženama nakon pobačaja (13). Za podršku ženama koje pate od PAS-a zdravstveni radnici mogu primijeniti nekoliko važnih strategija. Prvo, ključno je pružiti profesionalno savjetovanje koje će ženama pomoći osvijestiti svoje emocije i iskustva vezana za abortus. Terapeutska podrška usmjerena na upravljanje tugom i krivnjom može biti od velike koristi. Također terapijski rad može uključivati metode poput kognitivno-bihevioralne terapije kako bi se podržalo emocionalno iscjeljenje. Odnos između terapeuta i žene koja je doživjela pobačaj od velike je važnosti, a cilj bi trebao biti omogućiti pacijentici osjetiti podršku bezuvjetne pažnje i da se ne suočava s negativnim procjenama svoga terapeuta (15).

Nadalje medicinske sestre, također, imaju ključnu ulogu u pružanju sveobuhvatne skrbi ženama koje su doživjele pobačaj, posebno u kontekstu postabortivnog sindroma.

Njihova odgovornost uključuje pružanje emocionalne podrške, kada trebaju pokazati empatiju i razumijevanje, slušanje i potvrđivanje osjećaja i iskustava pacijentica kako bi im pomogle da se nose s tugom, krivnjom i depresijom. Osim toga sestre su zadužene za informiranje pacijentica o postabortivnom sindromu, njegovim simptomima i mogućim opcijama liječenja uključujući dostupne resurse i strategije suočavanja. U okviru njihove uloge također je važna suradnja s drugim stručnjacima, poput psihologa i psihijatarata, kako bi se osigurala sveobuhvatna skrb što uključuje upućivanje na specijalizirane terapijske usluge i rad s multidisciplinarnim timom. Sestre također imaju značajnu ulogu u zagovaranju prava pacijentica na odgovarajuću njegu i podršku što uključuje pomoć u pristupu terapijama i resursima te osiguranje da se njihove potrebe i brige uzmu u obzir. One pružaju podršku u prevenciji uključujući informacije o planiranju i pripremi za buduće trudnoće. Pratnja napretka pacijentica i evaluacija učinkovitosti liječenja također su ključni dijelovi njihove uloge, kao i prilagodba plana njege prema specifičnim potrebama žena suočenih s PAS-om. Uključujući pružanje psihosocijalne pomoći, sestre pomažu ženama u razvoju mehanizama suočavanja i strategija za upravljanje stresom te u izgradnji podrške iz okoline.

Važno je organizirati grupe podrške gdje žene mogu dijeliti svoja iskustva s drugima koji su doživjeli slične situacije. Takve grupe mogu pružiti osjećaj pripadnosti i smanjiti osjećaj izolacije što doprinosi emocionalnoj dobrobiti. Obrazovanje i podizanje svijesti također igraju ključnu ulogu. Ženama treba pružiti informacije o PAS-u uključujući njegove simptome i strategije suočavanja. Nadalje zdravstveni radnici trebaju biti educirani o PAS-u kako bi mogli pružiti odgovarajuću i informiranu podršku. Kreiranje podržavajuće i nenametljive okoline, gdje žene mogu otvoreno razgovarati o svojim osjećajima bez straha od osude, od ključne je važnosti. Smanjenje stigme oko abortusa i njegovog psihološkog utjecaja pomaže u promicanju razumijevanja i prihvaćanja. Redovita procjena mentalnog zdravlja nakon abortusa također je važna. Provođenje rutinskih pregleda može pomoći u ranom prepoznavanju simptoma anksioznosti, depresije i PTSP-a, što omogućava pravovremeno reagiranje i sprječavanje dugoročnih problema. Naposljetku holistički pristup njezi uključuje upravljanje kako fizičkim tako i psihološkim aspektima postabortivne njege. Važno je ne samo rješavati fizičke komplikacije, već i pružiti istovremenu podršku za mentalno zdravlje kako bi se osiguralo sveobuhvatno liječenje i podrška.

6. ZAKLJUČAK

Na temelju provedenog istraživanja i dobivenih rezultata mogu se izvesti sljedeći zaključci:

- 48 ispitanika nikada nije imalo kontakt s osobama koje pate od postabortivnog sindroma, dok je 5 ispitanika imalo osobni susret, 43 ispitanika imala su dodirnih točaka u društvenoj sredini, a 34 ispitanika u kontekstu zdravstvene struke
- 87 % ispitanika izjasnilo se da je postabortivni sindrom psihološki poremećaj nakon abortusa
- da postabortivni sindrom nastaje kod spontanog pobačaja, odgovorilo je 48 ispitanika, dok je 35 odgovorilo da nastaje nakon neuspjelih pokušaja potpomognute oplodnje
- najmanji postotak ispitanika, njih čak 4 %, slaže se da su medicinski radnici također involvirani u postabortivni sindrom, dok najviše njih smatra da žene jedine bivaju pogođene sindromom
- kao najčešće simptome postabortivnog sindroma ispitanici su naveli osjećaj krivnje, strah, nemir i anksioznost, pri čemu je više od 55 % identificiralo te simptome
- 104 ispitanika istaknula su da PTSP može nastati nakon bilo kojeg traumatičnog događaja, dok post abortivni sindrom nastaje specifično nakon abortusa
- kao faktore rizika za postabortivni sindrom 40 % ispitanika navodi broj neuspjelih trudnoća, 28 % spominje tehnike izvantjelesne oplodnje, a 15,4 % ističe prethodne psihološke probleme
- ispitanici stariji od 35 godina smatraju da kulturni i društveni faktori nemaju značajan utjecaj na pojavu postabortivnog sindroma, dok mlađi ispitanici vjeruju da ti faktori mogu smanjiti učestalost PAS-a
- većina ispitanika smatra da su bioetičke dileme vezane za PAS povezane sa stigmatizacijom i pristupom terapiji, dok manji broj vidi dileme u zakonitosti tretiranja ili postojanju PAS-a, a dio njih ne prepoznaje etičke dileme
- prema pravnom sustavu neke zemlje prepoznaju PAS, a druge ga ne priznaju- što navodi većina ispitanika, dok manji broj smatra da sve zemlje prepoznaju PAS

6. ZAKLJUČAK

- tijekom razgovora s pacijenticom koja pokazuje simptome PAS-a, mlađi ispitanici češće preporučuju vježbe opuštanja, dok ispitanici u dobi od 25 do 34 godine naglašavaju pružanje podrške i empatije te preporučuju stručnu pomoć
- zdravstveni radnici mogu pružiti podršku ženama s PAS-om nudeći psihološku podršku i resurse za terapiju što je mišljenje većine ispitanika, no manji broj njih odbija priznati PAS ili smatra da se trebaju propisivati isključivo lijekovi, a jedan ispitanik navodi da se pomoć krije u ignoriranju simptoma
- prema mišljenju ispitanika (47 %) vjera i moral dodatno pogoršavaju PAS, dok 53 % smatra da pomažu u ublažavanju osjećaja krivnje

7. SAŽETAK

Ciljevi istraživanja: Ciljevi su ispitati bioetička znanja studenata sestrinstva o postabortivnom sindromu (PAS), procijeniti njihovu spremnost za praksu prema smjernicama i znanja o pravnim sustavima različitih zemalja o PAS-u te ispitati znanja o mogućim faktorima rizika za razvoj PAS-a.

Nacrt studije: Istraživanje je ustrojeno kao presječna studija.

Ispitanici i metode: Ciljana populacija studenti su sestrinstva na Fakultetu za dentalnu medicinu i zdravstvo. Korišten je vlastito kreiran upitnik o PAS-u.

Rezultati: Medicinski potpomognuta oplodnja uključuje različite biomedicinske postupke za liječenje poteškoća sa začecem ili neplodnosti. Najčešće su metode MPO-a intrauterina i intratubarna inseminacija, *in vitro* fertilizacija, intracitoplazmatske injekcije spermija te prijenos gameta ili zigota u jajovod. Istraživanje provedeno na 130 studenata sestrinstva pokazuje da je većina ispitanika mlađa od 29 godina. Nadalje samo 4 % ispitanika osobno je iskusilo PAS, dok većina prepoznaje PAS kao psihološki poremećaj koji nastaje nakon abortusa, s najčešćim simptomima krivnje, straha, nemira i anksioznosti. Mnogi vjeruju da samo žene pate od PAS-a, dok manji broj smatra da i muškarci, pa i medicinski radnici, mogu biti pogođeni. Kulturni i društveni faktori različito se vrednuju prema dobi ispitanika, a bioetičke dileme uglavnom se odnose na stigmatizaciju i pristup terapiji. Većina smatra da samo dio zemalja prepoznaje PAS te da zdravstveni radnici trebaju pružiti psihološku podršku i terapijske resurse.

Zaključak: Većina ispitanika smatra da je PAS psihološki poremećaj koji nastaje nakon abortusa s najčešćim simptomima krivnje, straha, nemira i anksioznosti. Kulturni i društveni faktori različito utječu na PAS prema dobi ispitanika. Mlađi ispitanici češće preporučuju vježbe opuštanja, dok stariji naglašavaju podršku i stručnu pomoć.

Ključne riječi: bioetičke dileme, pobačaj, medicinski potpomognuta oplodnja, postabortivni sindrom (PAS), simptomi PAS-a

8. SUMMARY

Bioethical knowledge of nursing students at the Faculty of dental medicine and health care on post abortion syndrome

Research objectives: The objectives are to examine the bioethical knowledge of nursing students about post-abortion syndrome (PAS), to assess their readiness for practice according to the guidelines, knowledge about the legal systems of different countries about PAS, and to examine knowledge about possible risk factors for the development of PAS.

Study design: The research is organized as a cross-sectional study.

Subjects and methods: The target population is nursing students at the Faculty of Dental Medicine and Health. A self-created questionnaire about PAS was used.

Results: Medically assisted reproduction includes various biomedical procedures for the treatment of difficulty conceiving or infertility. The most common methods of MPO are intrauterine and intratubal insemination, in vitro fertilization, intracytoplasmic sperm injections and gamete or zygote transfer into the fallopian tube. Research conducted on 130 nursing students shows that the majority of respondents are younger than 29 years old. Only 4% of respondents have personally experienced PAS, while most recognize PAS as a psychological disorder that occurs after an abortion, with the most common symptoms being guilt, fear, restlessness and anxiety. Many believe that only women suffer from PAS, while a smaller number believe that men or medical professionals can also be affected. Cultural and social factors are evaluated differently according to the age of the respondents, and bioethical dilemmas mainly relate to stigmatization and access to therapy. Most believe that only some countries recognize PAS and that health professionals should provide psychological support and therapeutic resources.

Conclusion: Most respondents believe that PAS is a psychological disorder that occurs after an abortion, with the most common symptoms of guilt, fear, restlessness and anxiety. Cultural and social factors affect PAS differently according to the age of the subject. Younger respondents more often recommend relaxation exercises, while older ones emphasize support and professional help.

Keywords: bioethical dilemmas; risk factors; medically assisted fertilization; post abortion syndrome (PAS); psychological support; symptoms of PAS.

9. LITERATURA

1. Vuletić S. Problem neplodnosti i moralni izazovi biomedicinskih zahvata u ljudsko rađanje. Uz rezultate znanstveno-istraživačkog projekta „Kršćanski identitet i kvaliteta bračnog i obiteljskog života”. *Diacovensia*. 2010;18(3):587-616.
2. Djurkov A. MPO - MEDICINSKI POMOGNUTA OPLODNJA [Završni rad]. Rijeka: Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija; 2018 [pristupljeno 24.06.2024.]. Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:948401>
3. Ujdur M. Liječenje bračne neplodnosti medicinski potpomognutom oplodnjom i njen utjecaj na odnose u braku [Diplomski rad]. Zadar: Sveučilište u Zadru; 2016 [pristupljeno 13.06.2024.]. Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:162:960846>
4. Zaoborni A. Pro life udruge "Hrvatska za život" [Diplomski rad]. Đakovo: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Katolički bogoslovni fakultet u Đakovu; 2021 [pristupljeno 24.06.2024.]. Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:120:920145>
5. Burnside AS. Savjest opterećena pobačajem. *Obnovljeni Život* [Internet]. 2002 [pristupljeno 24.06.2024.]; 57(1):75-89. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/1238>
6. Dugan L. U Hrvatskoj se nitko od liječnika ne bavi ženama koje pate od posljedica pobačaja [Internet]. *Hrvatska za život*; [pristupljeno 13. srpnja 2024.]. Dostupno na: <https://hrvatskazazivot.com/lidija-dugan-u-hrvatskoj-se-nitko-od-lijecnika-ne-bavi-zenama-koje-pate-od-posljedica-pobacaja/a>
7. Burazin J, Govor o pobačaju s psihološke strane. *Služba Božja*. 2017;57(2):232-4.
8. Vuletić S, Pobačajno rješenje neželjene trudnoće. U: Aračić P, Džinić I, Hlavaček B, ur. *Kršćanski identitet i obitelj*. Đakovo; 2011. p. 217-57.
9. Speckhard AC, Rue VM. Post Abortion Syndrome: An Emerging Public Health Concern. *J Soc Issues*. 1992;48:95-119. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1992.tb00899.x>
10. Bowles SV, James LC, Solursh DS, Yancey MK, Epperly TD, Folen RA, Masone MA. Acute and post-traumatic stress disorder after spontaneous abortion. *Am Fam Physician*. 2000 Mar 15;61(6):1689-96.
11. Kelly K, Gochanour AA. Men and ‘post abortion syndrome’: claims versus evidence. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2019;24(1):13-7. <https://doi.org/10.1080/13625187.2018.1563066>

12. Gong L, Han J, Yan W, Qin Y. The effect of post-abortion care (PAC) on anxiety in women with spontaneous abortion based on MicroRNA-21 expression, cortisol level, and Fordyce happiness pattern. *Cell Mol Biol.* 2022;67(4):181-8. <https://doi.org/10.14715/cmb/2021.67.4.20>
13. Gebeyehu NA, Tegegne KD, Abebe K, Asefa Y, Assfaw BB, Adella GA, et al. Global prevalence of post-abortion depression: systematic review and Meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2023;23(1):786.
14. Katz J, Supporting Women Coping with Emotional Distress after Abortion. *Prof Counselor.* 2019;9(2):100-8.
15. Šimunić V, Pavičić T, Čukelj M. Reprodukcijska endokrinologija i neplodnost, Medicinski pomognuta oplodnja IVF. Zagreb: Školska knjiga; 2012.
16. Valenčić L, Postupci medicinski pomognute oplodnje [Doctoral dissertation]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2021.
17. Hoffman BL. *Williams Gynecology.* 3rd ed. New York: McGraw-Hill Education; 2016.
18. Šimunić V, Pavičić T, Čukelj M. Reprodukcijska endokrinologija i neplodnost, Medicinski pomognuta oplodnja IVF. Zagreb: Školska knjiga; 2012.
19. Aboulghar M, Baird DT, Collins J, Evers JLH, Fauser BCJM, Lambalk CB, et al. Intrauterine insemination. *Hum Reprod Update.* 2009;15(3):265-77.
20. Šimunić V, Pavičić T, Čukelj M. *Ginekologija.* Zagreb: Naklada Ljevak; 2001.
21. Zakon o medicinski pomognutoj oplodnji - Zakon.hr [Internet]. [pristupljeno 13. srpnja 2024.]. Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/248/Zakon-o-medicinski-pomognutoj-oplodnji>
22. In vitro fertilization (IVF) - Mayo Clinic [Internet]. [pristupljeno 13. srpnja 2024.]. Dostupno na: <https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/in-vitro-fertilization/about/pac-20384716>
23. Mushtaq A, Mumtaz M, Raza A, Salem N, Yasir MN. Artificial Intelligence-Based Detection of Human Embryo Components for Assisted Reproduction by In Vitro Fertilization. *Sensors (Basel).* 2022;22(19):7418. <https://doi.org/10.3390/s22197418>
24. Valinčić B. Anti-Müllerov hormon i broj antralnih folikula kao biljezi ovarijske rezerve i uspješnosti metoda pomognute oplodnje [Diplomski rad]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu,

- Medicinski fakultet; 2023 [pristupljeno 13.07.2024.]. Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:825769>
25. Milostić-Srb A, Marković D, Šojat Z. Medicinski potpomognuta oplodnja čovjeka s laboratorijskim tehnologijama. Osijek: Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek; 2023.
26. Moafi F, Momeni M, Tayeba M, Rahimi S, Hajnasiri H. Spiritual intelligence and post-abortion depression: A coping strategy. *J Relig Health*. 2021;60:326-34.
27. Medicinski leksikon. Pobačaj. Leksikografski zavod Miroslav Krleža; 1992 [pristupljeno 13. srpnja 2024.]. Dostupno na: <https://medicinski.lzmk.hr/clanak/pobacaj>
28. Vuletić S. Dileme kliničke bioetike. U: Perspektivi medicinskog personalizma i kršćanske deontologije. Glas Koncila; Zagreb: 2023.