

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo

Alja Hajdinjak

Psihosocialna podpora in pomoč ženskam ob umetni
prekinitvi nosečnosti v Sloveniji

Diplomsko delo

Ljubljana, 2018

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo

Alja Hajdinjak

Psihosocialna podpora in pomoč ženskam ob umetni
prekinitvi nosečnosti v Sloveniji

Diplomsko delo

Mentorica: doc. dr. Lea Šugman Bohinc

Študijski program: Socialno delo

Ljubljana, 2018

ZAHVALA

Zahvalila bi se vsem, ki so mi z mentorstvom, lektoriranjem, urejanjem gradiva in podporo pomagali pri pisanju te diplomske naloge. Posebna zahvala gre tudi zaposlenim na področju umetne prekinitve nosečnosti, ki so se odzvali na mojo prošnjo in izpolnili vprašalnike. Največja zahvala pa gre vsem ženskam, ki so delile z mano to izkušnjo in mi pomagale pri raziskavi.



IZJAVA

Spodaj podpisani/-a Alja Hajdinjak, študent/-ka univerzitetnega dodiplomskega študija Socialno delo, Fakultete za socialno delo Univerze v Ljubljani, z vpisno številko 6140032, s svojim podpisom izjavljam, da sem avtor/-ica diplomskega dela z naslovom: »Psihosocialna podpora in pomoč ženskam ob umetni prekinitvi nosečnosti v Sloveniji«.

S svojim podpisom zagotavljam:

- da je predloženo diplomsko delo rezultat mojega samostojnega raziskovalnega dela ter da so vsa dela in mnenja drugih avtorjev citirana in navedena v seznamu virov, ki je sestavni del predloženega diplomskega dela;
- da se zavedam, da je plagiatorstvo, ne glede na obliko in način predstavljanja tujega avtorskega dela kot svojega, v nasprotju z akademsko etiko in s pričakovanimi moralnimi prepričanji ter pomeni hujšo kršitev pravil in predpisov, ki urejajo to področje, kot tudi posledic, ki jih ima takšno dejanje za predloženo delo in z njim povezani status;
- da sem seznanjen/-a z določili Pravilnika o diplomskem delu in diplomskem izpitu;
- da je predloženo pisno delo identično elektronski verziji istega dela;
- da v skladu s 1. odstavkom 21. člena Zakona o avtorskih in sorodnih pravicah (Ur. l. RS, št. 16/07, 68/08 in 110/13) dovoljujem, da se zgoraj navedeno diplomsko delo objavi v digitalni zbirki eGradiva in repozitoriju UL.

V Ljubljani, 21.6.2018

Podpis avtorja/-ice:

S svojim podpisom:

- dovoljujem knjižnici Fakultete za socialno delo Univerze v Ljubljani uporabo svojega rojstnega datuma za namen obdelave diplomskega dela v sistemu COBISS;
- soglašam z objavo svojega diplomskega dela na svetovnem spletu;

V Ljubljani, 21.6.2018

Podpis avtorja/-ice:

POVZETEK

Namen diplomskega dela je ugotoviti, kakšna je potreba po psihosocialni podpori in pomoči ženskam z izkušnjo umetne prekinitev nosečnosti. Psihosocialna podpora in pomoč je način dela z ljudmi, pri katerem strokovnjak pomaga uporabniku definirati svoje probleme oz. ovire, prepoznati svoje vire moči, soustvariti želene cilje in jih po korakih doseči. Človek se v življenju srečuje z najrazličnejšimi težavami, ki se razlikujejo od posameznika do posameznika. Prav zaradi kompleksnosti teh težav oz. ovir psihosocialna podpora in pomoč odstopa od moči, ki jo preda uporabnikom, ti pa prevzamejo vlogo eksperta iz izkušenj, saj sami sebe najboljše poznajo. Ženske, ki gredo na umetno prekinitev nosečnosti, se za ta poseg odločajo iz najrazličnejših razlogov. Ob tem imajo različne občutke in čutijo različne posledice. Ker gre za pomembno odločitev, je takšno sodelovanje strokovnjaka z uporabnico lahko zelo koristno.

V diplomskem delu predstavljam umetno prekinitev nosečnosti in njeno zgodovino, ki se navezuje na zakonsko ureditev umetne prekinitev nosečnosti, zato opisujem tudi aktualno zakonodajo na tem področju v Evropi in v Sloveniji. Raziskala sem psihosocialni vidik umetne prekinitev nosečnosti; možne negativne občutke, psihične posledice in stigma, s katerimi se spopadajo ženske s to izkušnjo. Predstavljam primere dobre prakse psihosocialne podpore in pomoči ženskam v času umetne prekinitev nosečnosti tako pri nas kot v tujini. Definiram psihosocialno podporo in pomoč, njene značilnosti ter svoj pogled na uporabnost teh znanj in spretnosti na področju umetne prekinitev nosečnosti.

V sklopu diplomske naloge sem izvedla raziskavo, v kateri so me zanimale dosedanje izkušnje žensk z umetno prekinitvijo nosečnosti v Sloveniji in njihovo mnenje o psihosocialni podpori in pomoči v času prekinitev nosečnosti. Zanimalo me je tudi mnenje zaposlenih na področju umetne prekinitev nosečnosti; kako oni vidijo trenutno prakso psihosocialne podpore in pomoči svojim uporabnicam, ali čutijo potrebo po spremembah in kakšen pomen dajejo psihosocialnim znanjem in spretnostim. Ugotovila sem, da se je večina žensk spopadala z negativnimi občutki, ponujeno psihosocialno podporo in pomoč so doživljale kot neustrezno in si želijo, da bi ob tej izkušnji imele na voljo strokovnjaka s psihosocialnimi znanji in spretnostmi. Mnenja zaposlenih na področju umetne prekinitev nosečnosti so različna. Nekateri menijo, da njihova znanja zadostujejo potrebam uporabnic, drugi pa čutijo potrebo po kakovostnejšem izobraževanju in usposabljanju na tem področju.

Ključne besede: umetna prekinitev nosečnosti, psihosocialna podpora in pomoč, izkušnje žensk, psihične posledice, negativni občutki, travma

PREVOD NASLOVA: Psychosocial help and support for women in case of induced abortion in Slovenia

ABSTRACT

The purpose of this thesis is to determine the level of need for psychosocial support and help for women with induced abortion experience. Psychosocial support and help is a method of working with people in which an expert helps the user to define their problems or obstacles, identify their source of strength, co-create their desired objectives and reach them in steps gradually. A person encounters various problems in life, which are different for each individual. Because of the complexity of these problems or obstacles psychosocial support hands over the strength to the users, so they take the role of an expert by experience, as they know themselves best. Women who undergo induced abortion decide for this procedure for various reasons. They experience different emotions and face different consequences. Since this kind of decision is hard to make, this type of cooperation between the expert and the user can be extremely useful.

This work presents induced abortion and its history, which refers to abortion regulations, so I have included the current abortion legislation in Europe and Slovenia. I have explored the psychosocial aspect of induced abortion, possible negative emotions, psychological consequences and the stigma that women with this experience deal with. Furthermore, good practice examples of psychosocial support and help during induced abortion from Slovenia and abroad are presented. Careful definition of psychosocial support and help is provided, its characteristics and my views on the usefulness of the knowledge and skills in the area of induced abortion.

I have conducted a research to explore the experience of women who have undergone induced abortion in Slovenia so far and their views on psychosocial support and help at the time of abortion. I was also interested in the opinions of the medical and professional staff involved in the procedure: their assessment of the current practice of psychosocial support and help for their users, their opinion on the need for change and the meaning they give to psychosocial knowledge and skills. I have established that most women have dealt with negative emotions and have experienced the provided psychosocial support and help as inadequate and wish they could have had an expert with psychosocial knowledge and skills at their disposal. The views of the medical staff and others involved in the procedure are different. Some think that their knowledge meets the needs of their users, and others feel the need for further education and training in this area.

Key words: induced abortion, psychosocial support and help, women's experience, psychological consequences, negative emotions, trauma

KAZALO VSEBINE

1.	Uvod	1
2.	Zgodovina umetne prekinitve nosečnosti	2
2.1.	Pogledi na umetno prekinitev nosečnosti skozi zgodovino in vpliv na njeno pravno ureditev	2
3.	Zakonska ureditev umetne prekinitve nosečnosti po svetu.....	9
4.	Umetna prekinitev nosečnosti v Sloveniji	12
4.1.	Zgodovina	12
4.2.	Današnja zakonodaja.....	13
4.2.1.	Ustava Republike Slovenije (Pravno-informacijski sistem: URS, b.d.).....	13
4.2.2.	Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok (Pravno-informacijski sistem: ZZUUP, b.d.)	13
4.2.3.	Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Pravno-informacijski sistem: ZZVZZ, b.d.)	15
4.2.4.	Zakon o pacientovih pravicah (Pravno-informacijski sistem: ZPacP, b.d.)	15
4.2.5.	Zakon o duševnem zdravju (Pravno-informacijski sistem: ZDZdr, b.d.)	16
4.2.6.	Kazenski zakonik (Pravno-informacijski sistem: KZ-1, b.d.).....	16
4.2.7.	Zakon o zdravstveni dejavnosti (Pravno-informacijski sistem: ZZDej, b.d.)	16
4.2.8.	Zakon o starševskem varstvu in družinskih prejemkih (Pravno-informacijski sistem: ZSDP-1, b.d.)	17
4.3.	Ustanove v Sloveniji, kjer je možno opraviti poseg umetne prekinitve nosečnosti.....	17
5.	Psihosocialni vidiki umetne prekinitve nosečnosti.....	19
5.1.	Razlogi za umetno prekinitev nosečnosti.....	19
5.2.	Doživljanje umetne prekinitve nosečnosti in posledice	21
5.3.	Stigma splava.....	24
6.	Zgodbe staršev z izkušnjo umetne prekinitve nosečnosti	25
7.	Primeri dobre prakse	29
7.1.	Kanada	29
7.2.	Južna Afrika.....	29
7.3.	Slovenija – Solzice.....	30
8.	Psihosocialna podpora in pomoč	32
8.1.	Prednosti psihosocialne podpore in pomoči na področju umetne prekinitve nosečnosti ...	32
8.2.	Psihosocialna podpora in pomoč v zdravstvu do danes.....	35
9.	Metodologija	37
9.1.	Vrsta raziskave in spremenljivke	38

9.2.	Raziskovalni instrumenti in viri podatkov	42
9.3.	Populacija	42
9.4.	Vzorčenje	42
9.5.	Zbiranje podatkov.....	43
9.6.	Obdelava in analiza podatkov	43
10.	Rezultati.....	44
10.1.	Ženske.....	44
10.2.	Zaposleni.....	65
11.	Razprava	81
12.	Sklepi	84
12.1.	Ženske.....	84
12.2.	Zaposleni.....	85
13.	Predlogi.....	87
14.	Uporabljena literatura	88
14.1	Pravni viri	90
14.2	Spletni viri.....	91
15.	Priloge.....	93
15.1.	Današnja zakonska ureditev umetne prekinitve nosečnosti v Evropi	93
15.2.	Vprašalnik za ženske	95
15.2	Vprašalnik za zaposlene.....	102
15.5.	Kodiranje –ženske	106
15.6.	Kodiranje – zaposleni	140

Kazalo tabel

Tabela 10.1.1.	Starost žensk ob prvi umetni prekinitvi nosečnosti.....	44
Tabela 10.1.2.	Trimesečje, v katerem je bila nosečnost umetno prekinjena.....	44
Tabela 10.1.3.	Odločitev žensk za ponovno UPN	45
Tabela 10.1.4.	Ustanova, kjer je bila umetna prekinitve nosečnosti opravljena	45
Tabela 10.1.5.	Razlogi žensk za izbiro ustanove za UPN	46
Tabela 10.1.6.	Razlogi žensk za umetno prekinitve nosečnosti	47
Tabela 10.1.7.	Kdo je ženskam pomagal sprejeti odločitev za UPN.....	47
Tabela 10.1.8.	Število svetovanj/pogovorov pred UPN	48
Tabela 10.1.9.	Prisotni strokovnjaki na svetovanju/pogovoru pred UPN	48

Tabela 10.1.10. Ocene pogovora/svetovanja pred UPN	49
Tabela 10.1.11. Mnenje žensko o večkratnem svetovanju pred UPN	50
Tabela 10.1.12. Razlogi za večkratno svetovanja pred UPN	50
Tabela 10.1.13. Ocena ustreznosti nudene psihosocialne podpore in pomoči med UPN	51
Tabela 10.1.14. Negativne izkušnje žensk.....	52
Tabela 10.1.15. Negativni občutki žensk med UPN.....	52
Tabela 10.1.16. Prejeta psihosocialna podpora in pomoč	53
Tabela 10.1.17. Želje/potrebe žensk	53
Tabela 10.1.18. Prisotnost medicinske sestre v času posega UPN.....	54
Tabela 10.1.19. Mnenje žensko o prisotnosti medicinske sestre v času posega UPN	54
Tabela 10.1.20. Razlogi za odgovor: "Obvezno, ves čas, pri vsaki ženski"	55
Tabela 10.1.21. Razlogi za odgovor "Dovolj je, če pride vsake toliko preveriti stanje"	55
Tabela 10.1.22. Razlogi za odgovor: "Se prilagodi; v dogovoru z vsako posameznico"1.....	56
Tabela 10.1.23. Razlogi za odgovor: "Se prilagodi; v dogovoru z vsako posameznico"2.....	56
Tabela 10.1.24. Občutki žensk v času umetne prekinitve nosečnosti.....	57
Tabela 10.1.25. Komu so ženske zaupale svoje občutke po UPN	58
Tabela 10.1.26. Izkušnje žensk s psihičnimi posledicami umetne prekinitve nosečnosti	58
Tabela 10.1.27. Soočanje žensk s psihičnimi posledicami UPN.....	59
Tabela 10.1.28. Mnenje o ustrezni psihosocialni podpori in pomoči	59
Tabela 10.1.29. Razlogi, zakaj je psihosocialna podpora in pomoč lahko učinkovita	60
Tabela 10.1.30. Pozitivne lastnosti strokovnjaka s psihosocialnimi znanji in spretnostmi	60
Tabela 10.1.31. Pomen elementov socialnega dela pri delu na področju UPN za ženske	61
Tabela 10.1.32. Potreba po psihosocialnih znanjih in spretnostih med zaposlenimi na področju UPN62	
Tabela 10.1.33. Potreba po strokovnjakih s psihosocialnimi znanji in veščinami na področju UPN	62
Tabela 10.1.34. Razlogi za zaposlitev strokovnjaka s psihosocialnimi znanji in spretnostmi	63
Tabela 10.1.35. Prednosti strokovnjaka s psihosocialnimi znanji in spretnostmi.....	63
Tabela 10.1.36. Mnenje žensko o prisotnosti psihosocialnega strokovnjaka v času UPN	64
Tabela 10.1.37. Negativne izkušnje žensk z UPN (komentarji)	64
Tabela 10.1.38. Predlogi in želje uporabnic med komentarji.....	65
Tabela 10.2.1. Zaposleni v Bolnišnici za ginekologijo in porodništvo Kranj	66
Tabela 10.2.2. Zaposleni v Bolnišnici Ptuj	66
Tabela 10.2.3. Zaposleni v Splošni bolnišnici Celje.....	67
Tabela 10.2.4. Zaposleni v splošni bolnišnici Brežice	67
Tabela 10.2.5. Zaposleni v Splošni bolnici Jesenice.....	68

Tabela 10.2.6. Število svetovanj/pogovorov pred umetno prekinitvijo nosečnosti	68
Tabela 10.2.7. Odvisnost števila svetovanj/pogovorov pred umetno prekinitvijo nosečnosti.....	69
Tabela 10.2.8. Strokovnjaki, prisotni na svetovanju/pogovoru pred UPN.....	69
Tabela 10.2.9. Določa število svetovanj pred umetno prekinitvijo nosečnosti	70
Tabela 10.2.10. Namen in teme svetovanja/pogovora pred umetno prekinitvijo nosečnosti	70
Tabela 10.2.11. Mnenje o trenutni praksi svetovanj pred umetno prekinitvijo nosečnosti	71
Tabela 10.2.12. Predlagane spremembe za prakso svetovanj pred UPN.....	71
Tabela 10.2.13. Prednosti psihosocialnih znanj in spretnosti za zaposlene na področju UPN	72
Tabela 10.2.14. Odgovornost za psihosocialno podporo in pomoč nosečnici med UPN.....	73
Tabela 10.2.15. Psihične posledice za ženske, glede na vrsto splava.....	73
Tabela 10.2.16. Psihične posledice za žensko, glede na višino nosečnosti	74
Tabela 10.2.17. Dejavniki z negativnim vplivom na psihično doživljanje ženk med UPN	74
Tabela 10.2.18. Pomen elementov socialnega dela za zaposlene	75
Tabela 10.2.19. Ocena psihosocialnih znanj in spretnosti zaposlenih	75
Tabela 10.2.20. Razlogi za nezadostnost psihosocialnih znanj in spretnosti zaposlenih	76
Tabela 10.2.21. Mnenje o dodatnem psihosocialnem izobraževanju za zaposlene	76
Tabela 10.2.22. Potreba po psihosocialnih znanjih in spretnostih na področju UPN	77
Tabela 10.2.23. Mnenje o "follow up" svetovanju.....	77
Tabela 10.2.24. Trenutna praksa "follow up" svetovanj.....	78
Tabela 10.2.25. Mnenje o strokovnjakih s psihosocialnimi znanji in spretnostmi.....	78
Tabela 10.2.26. Prednosti strokovnjaka s psihosocialnimi znanji in spretnosti	79
Tabela 10.2.27. Prednosti slovenske prakse na področju UPN.....	79
Tabela 10.2.28. Podpora in pomoč paru v času UPN	80
Tabela 15.1. Pravni razlogi za umetno prekinitev nosečnosti v evropskih državah (Pisnik, 2012) (World abortion laws, b.d.).....	93

Kazalo slik

Slika 3.1. Zakonska ureditev umetne prekinitve nosečnosti po svetu (Women on web, b.d.).....	11
--	----

1. Uvod

Vsak posameznik se v življenju sooči z načrtovanjem družine, katerega pomemben del je odločanje o rojstvu otrok. Ne glede na to, ali si želimo enega, dva, deset otrok ali pa nobenega, je ta odločitev zelo osebna in povsem naša. Ustava Republike Slovenije odločanje o rojstvu otrok določa kot eno temeljnih človekovih svoboščin (Pravno-informacijski sistem: URS, b.d.). Državna zakonodaja nam omogoča, da lahko to pravico dejansko uveljavljamo, s tem ko narekuje javnim ustanovam potrebno varstvo in dejavnosti, kako naj nam te pravice zagotavljajo in uresničujejo. Ena izmed teh pravic je tudi možnost umetne prekinitve nosečnosti.

Nosečnost velja za eno izmed najbolj čustveno pestro obarvanih izkušenj v življenju ženske. Ne glede na to, ali je zaželena ali ne, jo spremljajo številni občutki, od veselja, do strahu, jeze, žalosti ipd. (Romih in Žmitek, 2000). Kadar govorimo o prekinitvi nosečnosti večinoma najprej pomislimo na spontane splave. Veliko je raziskav in literature o negativnih občutkih, posledicah in procesu okrevanja po izkušnji spontanega splava. Čeprav so teža in negativne posledice spontanega splava nedvoumno zelo resna in pomembna tema, pa sprašujem, kako je z doživljanjem žensk, ki se same odločajo za umetno prekinitev nosečnosti. Logično lahko sklepam, da tudi ta povzroči določene občutke, reakcije in čustva pri ženski in njenih svojcih. Ali so ti občutki pozitivni ali negativni, intenzivni ali neintenzivni, dlje trajajoči ali samo trenutni, je odvisno od vsake posameznice, vendar pa številne raziskave kažejo, da se lahko v določenih primerih razvijejo tudi hujše psihične posledice za žensko, ki se za poseg odloči (Vrankar, 2017). O tem, koliko žensk dejansko izkusi negativne občutke ali celo psihične posledice zaradi umetne prekinitve nosečnosti, avtorji niso enotni, vsaka raziskava pa jasno pokaže, da so le-te prisotne. V raziskavi me zanima, ali imamo v Sloveniji za tiste, ki imajo negativne izkušnje na tem področju, možnost ustrezne psihosocialne podpore in pomoči v času prekinitve nosečnosti, če jo uporabnice potrebujejo.

Ob raziskovanju žensk, ki so umetno prekinile nosečnost in zaposlenih na področju umetne prekinitve nosečnosti, me zanima tudi zgodovina umetne prekinitve nosečnosti in aktualna zakonodaja na tem področju. Podrobneje bom pregledala ureditve v evropskih državah in izpostavila nekaj držav, ki imajo umetno prekinitev nosečnosti različno urejeno, s čimer želim prikazati raznolikost ureditev umetne prekinitve nosečnosti v Evropi. Posebej bom opisala tudi zgodovino umetne prekinitve nosečnosti in trenutno zakonodajo na tem področju v Sloveniji.

2. Zgodovina umetne prekinitve nosečnosti

Umetna prekinitve nosečnosti (v nadaljevanju tudi UPN) je medicinski poseg, s katerim namerno prekinemo nosečnost. Poseg se opravi na željo nosečnice v času med spočetjem in rojstvom otroka. Z določeno metodo se nosečnost prekine, konča pa se s smrtjo zarodka. Vzrok so lahko nepravilnosti v razvoju zarodka ali njegova smrt, izvede pa se lahko tudi iz terapevtskih razlogov ali na podlagi odločitve nosečnice. Ker pa gre za poseg proti človeškemu življenju, ga ni dopustno izvesti, če ga ne dovoljujejo medicinski, genetski in socialni vzroki. Iz teh razlogov umetno prekinitve nosečnosti urejajo posebne pravne uredbe in zakoni. (Pisnik, 2012)

Umetna prekinitve nosečnosti pa ni nekaj, kar bi ljudje spoznali šele pred kakim stoletjem, ampak je bil to znan poseg že v antičnih časih (Todman, 2009). Prve zapisane metode, od leta 1550 pred našim štetjem in naprej, so bile nekirurške in so temeljile na uporabi predvsem naravnih virov, kot so zelišča ali živalske droge. Uporabljali so tudi drugačne fizične poskuse prekinitve nosečnosti, kot so fizični napor za nosečnico, na primer plezanje, dvigovanje uteži ali veslanje, spuščanje krvi, post, polivanje trebuha z vrelo vodo, ležanje na kokosovi lupini. Zelo redko se omenjajo tudi kirurški poskusi odstranitve zarodka iz maternice, vendar o teh posegih obstaja zelo malo dokazov. (Pisnik, 2012)

2.1. Pogledi na umetno prekinitve nosečnosti skozi zgodovino in vpliv na njeno pravno ureditev

EGIPT

Prvi uradni zapis o umetni prekinitvi nosečnosti se nahaja v Ebersovem papirusu (Wikipedija, 2017). Je eno izmed najpomembnejših staroegipčanskih besedil, napisano okoli 1550 let pred našim štetjem. Gre za medicinsko besedilo, ki vsebuje 876 receptov, ki so jih v teh časih uporabljali za zdravljenje. Opisuje podrobna navodila za izdelavo zdravil iz zelišč in drugih naravnih virov ter njihovo uporabo. (Pisnik, 2012) Med drugim omenja tudi substance (A historical background of abortion, b.d., str. 1-5), s katerimi se da prekiniti nosečnost v prvem, drugem in tretjem trimesečju nosečnosti. V glavnem je šlo za zvarke, ki so vsebovali datlje, med, akacijo in podobne naravne surovine. (Ancient Egyptian facts, b.d.)

KITAJSKA DINASTIJA

Nekateri kitajski dokumenti navajajo (A historical background of abortion, b.d., str. 2), da naj bi bile metode umetnih prekinitev nosečnosti znane že 3000 let pred našim štetjem. Najdeni so bili celo zapisniki, ki vsebujejo sezname umetnih prekinitev nosečnosti v času od 515 do 500 pred našim štetjem. Po zapisih naj bi ženske za umetno prekinitev nosečnosti uporabljale predvsem zelišča. Med bolj nevarne metode pa je spadalo uživanje svinca in živega srebra, ki ga omenjajo tudi kot vrsto kontracepcije. To nevarno metodo naj bi v skladu s kitajskimi običaji predpisal cesar Shennong že pred 5000 leti. (Pisnik, 2012)

ANTIČNA GRČIJA

Prvi obsežnejši zapisi o umetni prekinitvi nosečnosti izhajajo iz časa antične Grčije. O njej so razpravljali in pisali tako zdravniki, filozofi, pravniki, zgodovinarji kot celo umetniki. Po nekaterih podatkih splav sprva (tudi v drugih kulturah pred njimi) ni veljal za moralno spornega ali prepovedanega. (Todman, 2009)

Prvi uradni zapis, ki omejuje izvedbo umetne prekinitve, je Hipokratova prisega (Wikipedija, 2018a) iz petega stoletja pred našim štetjem, ki jo študentje medicine še danes izrečejo ob zaključku študija. V njej Hipokrat nasprotuje umetni prekinitvi nosečnosti z razlogom, da bi proces lahko poškodoval žensko. (Pisnik, 2012) S tem sicer ni popolnoma prepovedal umetne prekinitve nosečnosti, nanašal se je le na metode, ki bi lahko kakorkoli fizično škodovali ženski. Zelišča, skakanje po spolnem odnosu in druge za žensko nenevarne metode prekinitve nosečnosti so torej še vedno bile upravičene. (Todman, 2009)

Platon je obravnaval etične vidike umetne prekinitve, kjer je omenjal pomoč in vlogo babice kot ključne osebe pri umetni prekinitvi nosečnosti. Upravičeval je odločitev za umetno prekinitev nosečnosti in v določenih primerih celo detomor, če se zanj odloči ženska, ki je dopolnila zakonsko določeno starost za odločanje o svoji reprodukciji in družini.

Na medicinsko prakso so močno vplivale tudi teorije grških filozofov. Platon je verjel, da je zarodek sicer človeško bitje, vendar pa se duša vanj naseli šele ob rojstvu, zato se mu umetna prekinitev nosečnosti ni zdela sporna. Tudi njegov učenec Aristotel je v določenih primerih zagovarjal umetno prekinitev nosečnosti na podlagi svoje teorije o sukcesivnem vstopu duše v telo. (Pisnik, 2012) Razlikoval je več ravni v razvoju zarodka. Po njegovem naj bi bil zarodek v prvih 40 dneh od spočetja pri moških, oziroma 80 do 90 dneh pri ženskah, šele v fazi rastline in se je zato nosečnost v tem času

lahko mirno prekinila. Šele po izteku tega časa naj bi zarodek dobil živalsko dušo, od tega trenutka naprej pa je prekinitvi nosečnosti nasprotoval. Trdil je tudi, da je umetna prekinitve nosečnosti povsem upravičena, dokler je rodnost v državi visoka. Predlagal je celo spremembe v zakonodaji, ki bi morale po njegovem mnenju dovoljevati umetne prekinitve nosečnosti in "iztrebljanje", kadar gre za otroke z ovirami/nepravilnostmi ali v primeru prenaseljenosti. Njegova delitev splavov na legalne in nelegalne naj bi bila ena prvih na tem področju. (A historical background of abortion, b.d.)

Pomemben je tudi Soranus, eden najbolj znanih starogrških zdravnikov, ki je bil v času med drugim in prvim stoletjem pred našim štetjem aktiven na področju porodništva. Njegovo delo Ginekologija je postalo temeljni priročnik za delo na tem področju. V njem je govoril tudi o umetni prekinitvi nosečnosti, ki jo je zagovarjal v primerih zdravstvenih zapletov ali psihične nepripravljenosti staršev na otroka. (Todman, 2009)

Čeprav ni statističnih podatkov o tem, koliko umetnih prekinitvev je bilo opravljenih v času antične Grčije, pa je zgodovinar Polybius ugotovil, da je večina družin imela samo enega ali dva otroke. Na podlagi tega je sklepal, da so verjetno morali nekako uravnavati število rojstev, po njegovem z različnimi zelišči, ki so služila kot kontracepcija ali metoda prekinitve nosečnosti. Iz njegovih zapisov je razvidno tudi, da so včasih nezaželene otroke puščali na cesti ali v naravi. Tako je otrok imel možnost, da bo posvojen ali zaslužjen, kar so razumeli kot bolj humano metodo, kot detomor. Ta praksa je bila prepovedana šele v četrtem stoletju. (Todman, 2009)

RIMSKI IMPERIJ

Tako kot antični Grki imajo tudi stari Rimljani številne zapise o umetni prekinitvi nosečnosti na različni področjih. Tudi oni v začetku niso namenjali veliko pozornosti pravicam zarodka, ampak so bili še vedno osredotočeni predvsem na pravice in dobrobit ženske. (Todman, 2009) Ženske iz višjih slojev naj bi se za ta postopek odločale, da bi prekrile svoje grehe oz. izven zakonske nosečnosti, tiste iz nižjih slojev pa predvsem zaradi socialne in ekonomske stiske. (Pisnik, 2012)

Že v rimskem pravu je zapisano, da fizična oseba postane pravno sposobna šele z rojstvom, zato zarodka niso šteli za živo bitje (Pisnik, 2012). Kmalu pa so začeli pravniki, filozofi in zdravniki tej teoriji in umetni prekinitvi nosečnosti nasprotovati. Prvi znani nasprotnik je bil Cicero, ki je menil, da bi morali umetno prekinitve po zakonu kaznovati. Nekaj stoletij kasneje se mu je pridružil tudi znan grško-rimski zdravnik Klavdij Galen, ki je podobno kot Hipokrat menil, da je tako dejanje upravičeno samo v izrednih situacijah. (Todman, 2009) Umetno prekinitvev nosečnosti je nato v času

svojega vladanja med leti 193 in 211 označil za zločin cesar Septimij Sever, v poznih časih Rimskega cesarstva pa so grozili celo s smrtno kaznijo, vendar pa nič od tega niso posebej uzakonili. (Pisnik, 2009)

VPLIV VERE

V delno pokristjanjenih germanskih plemenih je bila umetna prekinitev nosečnosti ob soglasju obeh zakoncev nekazniva. V primerih, ko je umetno prekinitev nosečnosti sprožila poškodba, je storilec moral plačati neke vrste odškodnino. V tem času so bili ženski zarodki zaradi pogostega matriarhata bolj cenjeni kot moški, zato so bile globe za umor ženske nekajkrat višje kot za moške. (Pisnik, 2012)

Prvi so umetni prekinitvi nosečnosti strogo nasprotovali judje. Imeli so ga za nemoralno dejanje in celo umor, zato so kritizirali vse ne-judovske kulture, ki so umetni splav podpirale. Izjemoma so umetno prekinitev nosečnosti sicer odobraval, vendar le, kadar je bilo življenje nosečnice zaradi nosečnosti ogroženo. (Todman, 2009)

Toliko bolj pa je umetno prekinitev nosečnosti obsojala katoliška cerkev, ki je umetni splav in detomor enačila z umorom in zločinom zoper celotno družbo. Nosečnost so videli kot božji dar, ki ga človek ne bi smel uničiti. Prav tako so strogo obsojali zdravnike, ki bi ženskam predpisali zdravila ali fizično izvedli umetni splav ter jih označili za morilce. Svoje obsodbe so podkrepili z novimi teorijami o duši, ki naj bi jo zarodek imel že od samega spočetja. To teorijo je potrdil tudi papež Sikst V. v 14. stoletju našega štetja. Na ta način so obsodili tudi zgodnje prekinitve nosečnosti, ki so jih v predhodnih kulturah obravnavali kot moralno nesporne, saj zarodka v začetku nosečnosti niso videli kot človeku enakovredno bitje. S tem je zarodek dobival vse več pravic, pravice žensk nad svojim telesom pa so se vse bolj omejevale. (Todman, 2009) Kljub absolutni prepovedi umetne prekinitve nosečnosti s strani cerkve pa ni dokazov, da bi se te kdaj uzakonile. Zapisane so v cerkvenih pravilnikih in moralnih kodeksih, v grškem prevodu stare zaveze pa obstaja odlomek, ki umetno prekinitev nosečnosti tolerira do 40. dne nosečnosti in jo ima za manjši prekršek. (Pisnik, 2012)

Nasprotovanju umetnih prekinitev nosečnosti so se v 16. stoletju pridružili pripadniki protestantske cerkve, ki so zarodek že smatrali za človeka, ki se mu nikakor ne sme odvzeti pravica do življenja, umetni splav pa so obsojali kot enega največjih grehov.

Rimokatoliška cerkev je nasprotovala tudi kontracepciji, ki so jo pojmovali kot preprečevanje božje volje in kršitev svetosti življenja. Podobno so umetno prekinitev nosečnosti sprva strogo obsojale

tudi druge vere: budizem, pravoslavna cerkev, islam, idr. (Vrabl, 2013)

Danes je vpliv vere na odločitev posameznic za umetno prekinitev nosečnosti veliko manjši. To lahko pripišemo nekaterim spremembam v verskih naukih, ki sedaj v večini ver umetni splav že dovoljujejo pod določenimi pogoji, večinoma v primeru ogroženosti materinega življenja. (Vrabl, 2013) Seveda pa je vpliv vere (in drugih prepričanj) na odločitev ženske drugačen pri vsaki posameznici, zato ga ne moremo zanemariti.

NAPREDEK METOD UMETNE PREKINITVE NOSEČNOSTI

V srednjem veku je bila umetna prekinitev po Kazenskem zakonskem redu cesarja Karla V. iz leta 1532 kaznovana. Kljub temu naj bi se ženske posluževale predvsem naravnih abortivnih sredstev, ki so jih na podlagi antičnih del prepisovali zdravniki.

V času razsvetljenstva pa je umetna prekinitev nosečnosti namesto kot verski ali moralni prekršek bila obravnavana kot kršitev zoper državo, saj je bila v tem času v ospredju težnja po absolutni državi in s tem povečanju števila prebivalstva. Ženska, ki se je odločila prekiniti nosečnost, je prikrajšala državo za enega državljana, kar je bilo močno obsojano. V teh časih je napredovala in se razvijala medicina, z njo pa tudi ginekologija. Vzpostavljale in organizirale so se različne šole in porodnišnice, kjer so se študentje medicine lahko preizkušali v praksi. Tako so postopoma odpravili nova abortivna in kontracepcijska sredstva. Razvijale so se tudi metode umetnih prekinitev nosečnosti; napredovali so predvsem na področju ginekološke kirurgije. (Pisnik, 2012)

PRVI ZAKONI NA PODROČJU UMETNE PREKINITVE NOSEČNOSTI

Čeprav so o njej govorili, razpravljali, pisali in celo predlagali uzakonitev svojih mnenj o umetni prekinitvi nosečnosti, pa naj bi bili prvi dokazi o dejanskih zakonih na tem področju šele iz 18. stoletja. Sprva so se pojavili v Angliji in Ameriki, kjer je umetna prekinitev nosečnosti bila dovoljevali do stopnje nosečnosti, ki so jo imenovali "quickening" (Wikipedia, 2017a), kar lahko grobo prevedemo kot "oživetje". Gre za trenutek v nosečnosti, ko ženska prvič začuti oz. zazna premikanje zarodka v maternici. V 19. stoletju pa je večina držav po svetu umetno prekinitev nosečnosti popolnoma prepovedala ne glede na fazo nosečnosti. Kljub prepovedim se je postopna liberalizacija zakonov na tem področju začela ob koncu 19. in v začetku 20. stoletja. Zdravniki, ki so izvajali poseg umetne prekinitve nosečnosti, so vse bolj promovirali svojo dejavnost, ki je po dolgih letih obsojanja in zatiranja ponovno zaživela. Najbolj znana ženska zdravnica v viktorski časih je bila Američanka Ann Trow Lohman, bolj znana kot Madame Restell (Wikipedia, 2018c) iz New Yorka. Kljub

prepovedi oglaševanja in izvajanja umetnih prekinitev nosečnosti, naj bi kot ženska zdravnica in specialistka za umetne prekinitve nosečnosti delovala več kot 40 let. Kljub večkratnim obsodbam, aretacijam in sojenjem, je nadaljevala s svojo dejavnostjo do smrti. (Todman, 2009)

Za prelomni trenutek v času liberalizacije umetne prekinitve nosečnosti štejemo Leninovo legalizacijo vseh umetnih prekinitev nosečnosti v Sovjetski zvezi leta 1920. Druge države se temu niso pridružile še vsaj do sredine 20. stoletja, ko so jo med prvimi legalizirale Poljska, Madžarska in Bolgarija leta 1956, Češkoslovaška leta 1957 in Velika Britanija šele leta 1967. Leta 1973 so umetno prekinitev nosečnosti zakonsko dovolile tudi Združene Države Amerike in ob tem uvedle trimesečno razdelitev nosečnosti, ki jo je kasneje prevzela večina drugih držav. S tem je bila zagotovljena pravica ženskam, da odločajo o svojem telesu, hkrati pa poskrbeti, da se nosečnost prekine v času, ko je postopek za nosečnico manj nevaren. Posledično so se nato v 70-ih letih 20. stoletja liberalizaciji zakonodaje v Evropi na tem področju pridružile še Francija, Nemčija, Italija, Avstrija, Švedska, Danska, Luksemburg, Nizozemska, Portugalska, Španija, Grčija in Slovenija. Do danes ima tako večina evropskih držav že zagotovljeno pravico do umetne prekinitve nosečnosti, seveda z različnimi zakonskimi določbami. (Pisnik, 2012)

FEMINIZEM – RAZDVOJENOST NA PODROČJU UMETNE PREKINITVE NOSEČNOSTI

Konec 19. stoletja se je začelo politično, ideološko in socialno gibanje za pravice žensk - feminizem. Feministke so se borile tudi za pravico žensk, da lahko same odločajo o svojem telesu. Vendar pa se je kmalu izkazalo, da so imele feministke po svetu o umetni prekinitvi nosečnosti zelo različna mnenja. Na eni strani so feministke zagovarjale pravico vsake ženske do svobodnega odločanja o svojem telesu, torej tudi o umetni prekinitvi nosečnosti, medtem ko so umetni prekinitvi nosečnosti nekatere strogo nasprotovale.

Zgodnje feministke, kot je bila Susan Brownell Anthony, ki velja za eno izmed začetnic feminističnih gibanj v Ameriki, so umetni prekinitvi nosečnosti strogo nasprotovale (Wikipedia, 2018e). Razlog so bile nevarne metode prekinitve nosečnosti, ki so ogrožale življenje žensk. (Todman, 2009) Prav tako so menile, da večin žensk k umetnemu splavu silijo možje ali osebni zdravniki. Menile so, tak take neželene prekinitve nosečnosti ženske močno prizadenejo in imajo velikokrat negativne fizične in psihične posledice. Verjele so, da njihov boj za pravice in enakopravnost zadeva tudi zarodke, zato so se zavzemale tudi za pravice zarodka do življenja. (Smyth, 2002) Okoli leta 1975 so ustanovile neprofitni organizaciji Feminists for life v Združenih državah Amerike in Women for life v združenem kraljestvu, leta 1993 pa še neprofitno organizacijo Susan B. Anthony List. (Wikipedia, 2018b) Vse tri še danes veljajo za glavne organizacije na področju gibanja "Za življenje".

Po drugi strani pa so nekatere feministke menile, da lahko hude fizične in psihične posledice utрпи ženska, ki je prisiljena v nosečnost. Zagovarjale so, da mora vsaka ženska imeti možnost, da odloča o svojem telesu, ne da bi na to vplivali drugi. V tem so videle integriteto žensk, ki bi jim bila po njihovem mnenju s prepovedjo umetne prekinitve nosečnosti odvzeta. Njihov argument je bil tudi, da nosečnost in materinstvo definirata žensko, in da se jim mora dati pravica do odločanja o tem, ali želijo biti definirane v tej vlogi. (Smyth, 2002)

GIBANJI "ZA ŽIVLJENJE" IN "ZA IZBIRO"

Ko danes govorimo o pogledu družbe na umetno prekinitve nosečnosti, večinoma govorimo o gibanjih "Za življenje" ali "Za izbiro". (Head, 2018) Pripadniki mišljenja "Za življenje" verjamejo, da ima vsak zarodek pravico do življenja, ki je nihče ne bi smel odvzeti. Menijo, da ima oblast dolžnost ohraniti in varovati vsako življenje, ne glede na druge dejavnike, kot je na primer kvaliteta življenja. Ne nasprotujejo samo umetni prekinitvi nosečnosti, ampak tudi evtanaziji, vojnam in smrtni kazni. Verjamejo v svetost življenja, in kriminalizirajo vsakršno dejanje, ki bi prekinilo življenje drugega.

Zagovorniki mišljenja "Za izbiro" pa verjamejo, da ima vsaka oseba pravico samostojno odločati o svojem telesu, dokler s tem ne krši avtonomije druge osebe. Menijo, da ima ženska pravico odločati o svojem telesu in reproduktivnem življenju. (Smith, 2005)

Jasno je, da je umetna prekinitve nosečnosti ljudem že od nekdaj nekaj znanega. Njene metode, odnos in zakonska ureditev so se skozi čas spreminjali, nadgrajevali in razvijali. Danes imajo tako že skoraj vse države umetno prekinitve nosečnosti zakonsko urejeno, seveda pa se le-te med seboj razlikujejo. Zagotovo ima večina teh mišljenj iz preteklosti še zdaj velik vpliv na današnje javno mnenje in odnos do umetne prekinitve nosečnosti ter posledično njeno pravno ureditev, kar pa lahko s poznavanjem ozadja in zgodovine na tem področju mnogo bolje razumemo.

3. Zakonska ureditev umetne prekinitve nosečnosti po svetu

Ne glede na to, ali je bila umetna prekinitve v preteklosti zakonsko urejena oz. jo je zakon popolnoma prepovedoval, so ženske vedno našle način, kako nosečnost prekiniti na lastno željo. To so lahko storile same, večinoma z različnimi načini samopoškodbe (padci, udarci u trebuh, pretrganje maternice z ostrimi predmeti, idr.), ali pa so se zatele po pomoč k zdravnikom, ki so ilegalno opravljali posege umetne prekinitve nosečnosti. Zaradi nevarnosti in nestrokovnosti tako opravljenih prekinitev nosečnosti, so bile te ženske večkrat izpostavljene še dodatnim nevarnostim. Zaradi neprimernih instrumentov, pomanjkanja higijene in sterilnosti, je večkrat prišlo do okužb kot so sepsa in razne bakterijske okužbe. Nekaterim je nepravilno izpeljan umetni splav pustil trajne posledice na telesu, na primer rane, ali celo neplodnost. Prav iz teh razlogov je bilo za države smiselno, da so umetno prekinitve zakonsko uredile in določile kriterije, po katerih je le-ta dovoljena na zahtevo nosečnice. (Calderone, 1960)

Države so pri določevanju zakonov vezane na določene mednarodne akte. Na področju umetne prekinitve nosečnosti je prva Splošna deklaracija človekovih pravic. (Wikipedija, 2018b) Ta navaja tiste pravice, ki morajo biti zagotovljene po vsem svetu za preprečevanje konfliktov med državami. Umetne prekinitve nosečnosti ne obravnava direktno, vendar pa se je določeni členi tičejo posredno. Med drugim določa, da ima vsakdo pravico do življenja, in da nihče ne sme biti žrtev mučenja ali okrutnega nečloveškega dejanja. (Varuh človekovih pravic: Splošna deklaracija človekovih pravic, b.d.)

Podrobneje v Evropi te pravice obravnava Evropska konvencija o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin. (Varuh človekovih pravic: Evropska konvencija o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin, b.d.) Prav tako se glede umetne prekinitve nosečnosti ne opredeljuje, vendar pa je Komisija Evropske unije izrecno zavrnila argument, da bi katerikoli od členov poseg prepovedoval. (Novak, 2017)

- a) Pravica do življenja (Varuh človekovih pravic: Evropska konvencija o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin, b.d., 2. člen)

Drugi člen Evropske konvencije o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin (v nadaljevanju EKČP) določa, da mora biti življenje vsakogar varovano z zakonom. V nadaljevanju razloži, da je edina izjema z zakonom predpisana smrtna kazen. Na podlagi tega nekateri verjamejo, da se ta pravica nanaša tudi na zarodek oz. nerojenega otroka, kar pa je Evropska komisija že leta 1980 zavrnila. Zarodek tako nima absolutne pravice do

življenja, ampak je le-ta omejena, saj je njegov obstoj povezan z življenjem nosečnice, zato ga ni mogoče obravnavati ločeno. V primeru, da bi pravice zarodka imele prednost, bi s tem posegali v pravice ženske. EKČP torej ne določa izrecno, kje se življenje začne, s tem pa državam dopušča svobodo pri ureditvi odločanja posameznika o rojstvu otrok. (Novak, 2017)

- b) Pravica do spoštovanja zasebnega in družinskega življenja (Varuh človekovih pravic: Evropska konvencija o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin, b.d., 8. člen)

8. člen EKČP prepoveduje vmešavanje javne oblasti v "pravico postati ali ne postati roditelj" ter v "pravico do spoštovanja odločitve imeti otroka ali ne". Umetno prekinitev nosečnosti ponovno ne navaja dobesečno, in s tem dopušča svobodo ureditev postopka le-te. (Novak, 2017)

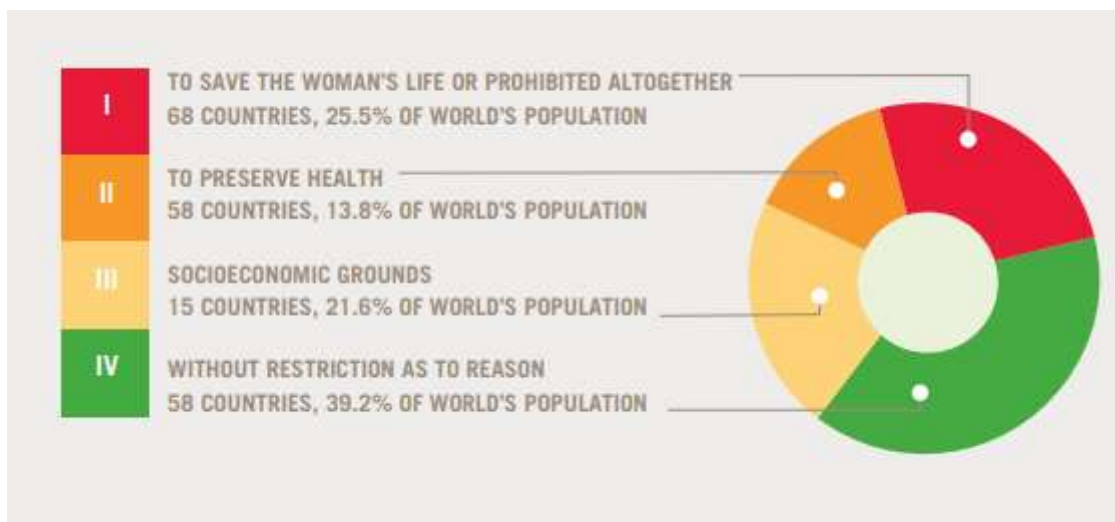
Tretji pomemben mednarodni akt je Konvencija o otrokovih pravicah. (Varuh človekovih pravic: Konvencija o otrokovih pravicah, b.d.) Tudi ta ne omenja ureditve umetne prekinitve nosečnosti direktno, ampak ureja pravice in varstvo otrok. Navaja, da otroci zaradi telesne in duševne nezrelosti potrebujejo posebno varstvo in skrb, ki ju zagotavljajo drugi. Ni pa jasno navedeno, kakšne pravice in varstvo je potrebno zagotoviti otroku pred rojstvom, tj. zarodku. Sklepamo lahko, da se pravna subjektiviteta pridobi šele z otrokovim rojstvom, sicer bi bilo to v konvenciji posebej določeno. Pravice in varstvo zarodka tako ostajajo prepuščene državi ureditvi v sklopu etičnih, moralnih in verskih vprašanj. (Novak, 2017)

Kot vidimo, dajejo mednarodni akti državam precej svobode v določanju zakonov, ki urejajo umetno prekinitev nosečnosti. Iz tega razloga lahko v grobem govorimo o delitvi na 4 različne stopnje omejitev na področju umetne prekinitve nosečnosti. V prvo kategorijo sodijo države, v katerih je umetna prekinitev nosečnosti prepovedana oz. jo nekatere države izjemoma dovoljujejo v primerih, ko je potrebno rešiti življenje nosečnice. Teh držav je na svetu približno 68, večina v Južni Ameriki, kjer je še vedno prisoten izredno velik vpliv religije, in v Afriki. V Evropi spada v to kategorijo samo Malta, v kateri je umetna prekinitev nosečnosti popolnoma prepovedana. Do leta 2018 je v to kategorijo spadala tudi Irska, ki je umetno prekinitev nosečnosti dovoljevala le v primerih, ko nosečnost ogroža življenje nosečnice. Na referendumu 25. maja 2018 pa so Irski izglasovali pravico žensk do umetne prekinitve nosečnosti do 12. tedna nosečnosti oz. do 24. tedna, kadar bi nosečnost ogrožala fizično ali psihično zdravje nosečnice, ali pa bi imel plod hude anomalije. (24ur, 2018)

V naslednjo kategorijo sodijo države, kjer je umetna prekinitev nosečnosti dovoljena za zagotavljanje zdravja nosečnice. Večinoma se to nanaša na fizično ogroženost življenja nosečnice, v nekaterih državah pa je dovoljena tudi v primerih, ko bi lahko ženska zaradi nosečnosti imela

negativne psihične posledice. V državah iz tretje kategorije je umetna prekinitve dovoljena na podlagi kriterijev iz prejšnjih dveh kategorij in še iz socialno-ekonomskih razlogov. V zadnjo kategorijo pa spadajo države, kjer se umetna prekinitve nosečnosti naredi na željo nosečnice. Ženske so še vedno omejene z določitvami o trajanju nosečnosti, potrebnih posvetih, pisnih dovoljenjih ipd., ki jih imajo države urejene različno. (Women on web, b.d.) V to kategorijo spada tudi Slovenija.

Slika 3.1. Zakonska ureditev umetne prekinitve nosečnosti po svetu (Women on web, b.d.)



Zgornja slika predstavlja odstotek svetovnih držav glede na kategorijo stopnje omejitev na področju umetne prekinitve nosečnosti. Vidimo lahko, da večina svetovnega prebivalstva živi v državah, ki spadajo v četrto, torej najbolj liberalno kategorijo. Najmanjši delež predstavljajo države, ki spadajo v 2. kategorijo, kjer se umetna prekinitve nosečnosti opravi za ohranitev življenja. 25,5 % svetovne populacije pa še vedno živi v državah, ki spadajo v 1. kategorijo in torej prepovedujejo umetno prekinitve nosečnosti absolutno ali pa jo dovoljujejo le v primerih ogroženosti življenja nosečnice. To pa ne pomeni, da so ženske, ki bi si želele umetno prekiniti nosečnost iz razlogov, ki jih njihova država ne dovoljuje, popolnoma omejene. Rešitev so "abortivne migracije", kar pomeni, da se nosečnice odpravijo v države, kjer jim lahko po zakonu opravijo umetno prekinitve nosečnosti. (Women on web, b.d.)

Večina evropskih držav in prav tako držav članic Evropske Unije spada v 4. kategorijo stopnje omejenosti na področju umetne prekinitve nosečnosti, kar pomeni, da so splavi dovoljeni na željo ženske. Zakonodaja se v glavnem razlikuje v določilih glede t.i. gestacijskih mej. To je število dovoljenih tednov trajanja nosečnosti, ko lahko ženska zahteva umetno prekinitve nosečnosti. (World abortion laws, b.d.) Nekatere države dovoljujejo tudi prekinitve nosečnosti po izteku tega roka, vendar so določitve strožje, zato mora odločitev večinoma potrditi posebna komisija.

4. Umetna prekinitev nosečnosti v Sloveniji

4.1. Zgodovina

V času Jugoslavije je bila umetna prekinitev nosečnosti prepovedana in kazniva. Kazensko sta bila odgovorna tako oseba, ki je opravila poseg, kot nosečnica sama. Izjemoma umetne prekinitve nosečnosti niso obravnavali kot kaznivo dejanje, če je obstajal utemeljen razlog za poseg (varovanje življenja in zdravja nosečnice) in v primerih, ko je to dovolila zdravniška komisija. (Novak, 2017) Kazenski zakonik iz leta 1951 je kot razloge za odobritev umetne prekinitve nosečnosti priznaval ogroženost življenja ali zdravja nosečnice, utemeljene sume težjih nepravilnosti zarodka in moralno-pravne razloge, ko je bila nosečnost posledica kaznivega dejanja, na primer posilstva. Socialni razlogi so bili le redko upoštevani, razen če so bili povezani s katerim od prej naštetih razlogov, na primer, če bi rojstvo otroka poslabšalo življenjske pogoje in s tem zdravstveno stanje ženske. V začetku 60-ih let 20. stoletja so bili vsi, ki so se ob delu srečevali z nosečnicami in mladino, po zakonu zavezani promovirati kontracepcijo in svariti pred negativnimi posledicami umetne prekinitve nosečnosti. (Bahovec, 1991) Leta 1969 je bila sprejeta zvezna resolucija o načrtovanju družine, ki je zagovarjala svobodno odločanje o rojstvu otrok in s tem tudi o umetni prekinitvi nosečnosti kot eno izmed temeljnih človekovih pravic. (Pisnik, 2012) Ta je kljub temu navajala, da je prekinitev nosečnosti najmanj zaželeno sredstvo reguliranja rojstev in poudarjala pomen kontracepcije. (Bahovec, 1991)

Leta 1974 sta se uveljavili Ustava SFRJ in Ustava SRS, ki sta odločanje o rojstvu otrok določili za pravico, ki se lahko omeji samo iz zdravstvenih razlogov. Slovenski kazenski zakonik iz leta 1977 je umetno prekinitev nosečnosti obravnaval kot kazensko dejanje le, če poseg ni bil opravljen v skladu z določbami posebnih predpisov o prekinitvi nosečnosti. Enako so umetno prekinitev nosečnosti urejali kazenski zakoniki drugih bivših jugoslovanskih držav. (Pisnik, 2012)

4.2. Današnja zakonodaja

4.2.1. Ustava Republike Slovenije (Pravno-informacijski sistem: URS, b.d.)

Umetna prekinitev nosečnosti je v Sloveniji liberalno pravno urejena. 55. člen Ustave RS določa, da je odločanje o rojstvu otrok svobodno. Država mora tako zagotavljati možnost uresničevanja te pravice in omogočati staršem, da se o tem, kdaj in koliko otrok želijo imeti, odločajo sami in svobodno. (Pravno-informacijski sistem: URS, b.d., 55. člen) Pravica se nanaša tako na žensko kot na moškega. Ta določba torej prepoveduje, da bi zakon omejeval oz. prepovedal kontracepcijo ali umetno prekinitev nosečnosti. Na pravice o načrtovanju družine se nanaša tudi 35. člen Ustave RS, ki govori o spoštovanju družinskega življenja in pravice do zasebnosti. (Pisnik, 2012)

4.2.2. Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok (Pravno-informacijski sistem: ZZUUP, b.d.)

V Sloveniji umetno prekinitev nosečnosti najbolj obširno ureja ZZUUP, ki je bil sprejet in začel veljati leta 1977. V prvem členu je zapisano: "Človek ima pravico, da svobodno odloča o rojstvu otrok. Ženski in moškemu morajo biti dostopne vse možnosti, s katerimi se jima v okviru zdravstvenega varstva pomaga uresničiti to pravico." (Pravno-informacijski sistem: ZZUUP, b.d., 1. člen) 2. člen ZZUUP-a določa, da ženski in moškemu v sklopu teh pravic pripadajo tudi pravica do pouka, svetovanja in seznanjanja s postopkom, potekom in posledicami uporabe sodobnih načinov in sredstev za uravnavanje rojstev, ki so jih dolžni zagotavljati in uresničevati zdravstveni, socialni in drugi strokovni delavci oz. zdravstvene organizacije nasploh. (Pravno-informacijski sistem: ZZUUP, b.d., 2. člen) Zakon ureja preprečevanje zanositve, umetno prekinitev nosečnosti in ugotavljanje ter zdravljenje zmanjšane plodnosti. (Pravno-informacijski sistem: ZZUUP, b.d., 3. člen)

Umetna prekinitev nosečnosti je urejena s členi od 17. do vključno 30. člena tega zakona. Zakon jo definira kot "...medicinski poseg, ki se opravi na zahtevo nosečnice, če nosečnost ne traja več kot deset tednov." (Pravno-informacijski sistem: ZZUUP, b.d., 17. člen) V naslednjem členu pojasni, da se lahko poseg opravi na željo nosečnice tudi po 10. tednu nosečnosti, "...če je nevarnost posega za življenje in zdravje nosečnice ter za njena bodoča materinstva manjša od nevarnosti, ki grozi

nosečnici ali otroku zaradi nadaljevanja nosečnosti in zaradi poroda". (Pravno-informacijski sistem: ZZUUP, b.d., 18. člen)

Postopek umetne prekinitve nosečnosti se začne na zahtevo nosečnice. (Pravno-informacijski sistem: ZZUUP, b.d., 22. člen) Zakon pa določa pogoje, kdaj lahko ženska sama vloži zahtevo za poseg in kdaj potrebuje pri tem pomoč drugih. Tako mora biti ženska, ki sama zahteva umetno prekinitev nosečnosti, razsodna, tj. imeti zdrav razum in svobodno voljo, saj gre za zelo osebno odločitev. V primeru, da nosečnica ni razsodna, lahko zahtevajo umetno prekinitev nosečnosti njeni starši oz. skrbnik. To lahko storijo le, če uveljavljajo svojo dolžnost skrbi za življenje in zdravje hčerke oz. varovanke, ne morejo pa zahtevati posega v njenem imenu. (Novak, 2017)

Umetno prekinitev nosečnosti lahko zahtevajo tudi mladoletne nosečnice. Starši oz. skrbniki razsodne mladoletnice posega nikakor ne morejo zahtevati v njenem imenu ali preprečiti, da bi se poseg na njeno željo opravil. Taka ureditev daje tudi mladoletnicam svobodo do odločanja o lastnem telesu. Praviloma pa ustanova, kjer mladoletnica zahteva prekinitev nosečnosti, o tem obvestiti njene starše oz. skrbnike. Tega ne storijo, če je nosečnica pred polnoletnostjo že pridobila popolno poslovno sposobnost, je že poročena ali kadar obvestilu nasprotuje. (Pisnik, 2012)

Nekatere države potrebujejo pred posegom tudi privolitev partnerja oz. očeta otroka. To v Sloveniji ni obvezno, tako da moški nima pravice do soodločanja o posegu. Ta pravica pripada izključno ženski, saj gre za invaziven poseg v njeno telo in zato velja za zelo osebno odločitev. (Novak, 2017)

KOMISIJE ZA UMETNO PREKINITEV NOSEČNOSTI

Zakon določa komisijo prve in komisijo druge stopnje za odločanje o umetni prekinitvi nosečnosti. Komisijo prve stopnje ustanovi in imenuje regionalna zdravstvena skupnost, po navadi za območje ene ali več občin, odvisno od območja zdravstvene organizacije, kjer opravljajo poseg prekinitve nosečnosti. Sestavljata jo dva zdravnika in socialni delavec. Eden izmed zdravnikov mora biti specialist za porodništvo in ženske bolezni, zato je tudi predsednik komisije. (Pravno-informacijski sistem: ZZUUP, b.d., 19. -21. člen)

Komisijo druge stopnje se ustanovi za širša območja. Ustanovi in imenuje jih Zdravstvena skupnost Slovenije. Ta komisija ima štiri člane, socialnega delavca in tri zdravnike, predsednik komisije je tudi v tem primeru specialist za ženske bolezni in porodništvo. Tako za komisijo prve kot druge stopnje je potrebno določiti tudi namestnike članov. (Pravno-informacijski sistem: ZZUUP, b.d., 19. -21. člen)

POSTOPEK UMETNE PREKINITVE NOSEČNOSTI

V primeru razsodne ženske, katere nosečnost ne traja več kot 10. tednov, se začne postopek z vlogo zahteve za umetno prekinitve nosečnosti. Priložen mora biti izvid, ki dokazuje trajanje nosečnosti in drugi potrebni zdravstveni izvidi (na primer izvid o nepravilnosti zarodka). Če na podlagi izvidov ugotovijo, da so kršeni predpisi za opravljanje posega na zahtevo nosečnice, se jo napoti h komisiji prve stopnje. Ta lahko zahtevo za prekinitve nosečnosti zavrne, kadar meni, da ne izpolnjuje pogojev iz 18. člena zakona. Ženska se lahko na to odločitev pritoži, kar nato obravnava komisija druge stopnje, ki mora sprejeti odločitev v 7 dneh od pritožbe. Po svoji odločitvi komisija prve ali druge stopnje napoti nosečnico z vso potrebno dokumentacijo (zdravstvenimi izvidi, odločitvijo komisije idr.) v zdravstveno organizacijo, kjer opravijo umetno prekinitve nosečnosti. (Pravno-informacijski sistem: ZZUUP, b.d.) Kazenske določbe tega zakona določajo denarno kazen za zdravstvene organizacije, če bi bila opravljena umetna prekinitve nosečnosti, ki ne bi bila v skladu s pogoji oz. odločitvami komisij prve ali druge stopnje. Prav tako mora zdravstvena organizacija prijaviti sum kaznivega dejanja pristojnemu organu. (Pravno-informacijski sistem: ZZUUP, b.d., 35. člen)

4.2.3. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Pravno-informacijski sistem: ZZVZZ, b.d.)

Plačljivost posega umetne prekinitve nosečnosti bi pomenila omejevanje pravice odločanja o rojstvu otrok, ki jo zagotavlja Ustava RS. 23. člen ZZVZZ določa, da obvezno zdravstveno zavarovanje krije najmanj 80% delež stroškov umetne prekinitve nosečnosti. Preostali delež se krije iz dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja oz. samoplačniško, če se le-to ne plačuje. (Novak, 2017)

4.2.4. Zakon o pacientovih pravicah (Pravno-informacijski sistem: ZPacP, b.d.)

Zakon o pacientovih pravicah (v nadaljevanju ZPacP) v zvezi z umetno prekinitvijo nosečnosti določa posebne pravice za mladoletne in po zakonu nerazsodne nosečnice. V 3. členu je zapisano, da je potrebno zagotoviti varstvo največje zdravstvene koristi za pacienta, zlasti otroka, kar se nanaša na vse mladoletne osebe. Pravice in zdravstvena oskrba morajo biti po ZPacP-u pod stalnim nadzorom države. (Pravno-informacijski sistem: ZPacP, b.d.) ZPacP v 35. členu določa, da otroci do 15. leta starosti niso sposobni privoliti v zdravstveni poseg. Izjema so primeri, ko zdravnik oceni, da je otrok kljub letom dovolj zrel za tako odločitev, vendar se mora o tem posvetovati tudi s starši ali skrbnikom. (Pravno-informacijski sistem: ZPacP, b.d., 35. člen)

4.2.5. Zakon o duševnem zdravju (Pravno-informacijski sistem: ZDZdr, b.d.)

10. člen Zakona o duševnem zdravju določa, da "duševna motnja osebe sama po sebi ne predstavlja opravičljivega zdravstvenega razloga za izvedbo ukrepa sterilizacije ali umetne prekinitve nosečnosti". (Pravno-informacijski sistem: ZDZdr, b.d.)

4.2.6. Kazenski zakonik (Pravno-informacijski sistem: KZ-1, b.d.)

Kazenski zakonik (v nadaljevanju KZ-1) v 121. členu določa, da je nedovoljen poseg v nosečnost kaznivo dejanje. Vsakemu, ki v nasprotju z zdravstvenimi pogoji in načinom umetne prekinitve nosečnosti (določenimi v ZZZUUP) nosečnici na njeno željo prekine, začne prekinjati ali ji pomaga pri prekinitvi nosečnosti, grozi 6 mesecev do 5 let zaporne kazni. (Novak, 2017) V naslednjem odstavku istega člena je določeno, da se prekinitev oz. začetek prekinjanja nosečnosti brez privolitve nosečnice kaznuje z 1 do 8 let zaporne kazni. (Pravno-informacijski sistem: KZ-1, b.d.) V primeru, da ženska pri dejanjih iz prvega ali drugega odstavka 121. člena ZK-1 utрпи hudo telesno poškodbo, se storilec kaznuje z 1 do 10 let zapor, v primeru smrti nosečnice pa od 3 do 15 let. Po zakonu je storilec kaznivega dejanja kdorkoli, ne glede na to, ali gre za zdravnika, zdravstvenega delavca ali tretjo osebo. To ne velja za nosečnico, ki se ji izvaja poseg. Kadar je storilec kaznivega dejanja zdravnik ali zdravstveni delavec, se to šteje kot posebna oblika naklepne zdravniške napake. (Novak, 2017)

4.2.7. Zakon o zdravstveni dejavnosti (Pravno-informacijski sistem: ZZDej, b.d.)

Pomembna je tudi pravica do ugovora vesti, ki jo Zakon o zdravstveni dejavnosti določa v prvem odstavku 56. člena. Pomeni, da lahko zdravnik ali zdravstveni delavec odkloni zdravstveni poseg, kadar meni, da ta ni v skladu z njegovo vestjo ali mednarodnimi pravili medicinske etike. O ugovoru mora obvestiti zdravstveni zavod, ki ga mora upoštevati. Izjema so le nujni zdravstveni primeri, ko se ugovor vesti ne upošteva. (Novak, 2017)

Pisnik (2012, str. 52-56) je v svojem delu ugotovila, da ugovori vesti v severni in vzhodni Evropi niso pogosti, saj bi lahko zaradi zavrnitve opravljanja posega oz. sodelovanja pri umetni prekinitvi nosečnosti zdravstveni delavec prišel na slab glas.

4.2.8. Zakon o starševskem varstvu in družinskih prejemkih (Pravno-informacijski sistem: ZSDP-1, b.d.)

Kadar je nosečnost prekinjena pred 22. tednom nosečnosti, to formalno pomeni splav. Če pa je nosečnost prekinjena po 22. tednu nosečnosti, ne govorimo več o splavu, ampak o porodu. To pomeni, da morajo zdravniki prijaviti rojstvo otroka, starši pa imajo pravico formalno poimenovati otroka in izbrati način pokopa. Razlika je tudi v dopustu, ki materi pripada po opravljenem posegu. Kadar gre formalno za splav, ženski pripadajo 3-4 tedni bolniškega dopusta. (Tul, 2010) V primeru rojstva pa ima mati, ki rodi mrtvega otroka, po prvem odstavku 20. člena Zakona o starševskem varstvu pravico do materinskega dopusta, ki traja 42 dni od poroda. (Pravno-informacijski sistem: ZSDP-1, b.d., 20. člen)

Slovenska zakonodaja močno ščiti pravice žensk glede odločanja o svojem telesu in rojstvu otrok. Dodatno varuje tudi bolj ranljive skupine, kot so mladoletne nosečnice in nosečnice, ki niso razsodne. Podrobno so urejeni pogoji za umetno prekinitev, potrebna dovoljenja in kazenske sankcije v primeru fizičnih poškodb nosečnice pri posegu. Nikjer pa izrecno ne omenja psihosocialne podpore in pomoči ali ukrepov v primeru psihičnih posledic, ki jih lahko utrpi ženska ob prekinitvi nosečnosti.

4.3. Ustanove v Sloveniji, kjer je možno opraviti poseg umetne prekinitve nosečnosti

Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok v 16. členu določa, kje je dovoljeno opraviti poseg sterilizacije. Iz 28. člena istega zakona izhaja, da se poseg umetne prekinitve nosečnosti opravi v istih ustanovah, kot jih določa 16. člen. To so torej splošne, specialne in klinične bolnišnice, ki imajo organizirano ginekološko-porodniško ali kirurško službo, in druge zdravstvene organizacije, ki jih je posebej pooblastil Republiški komite za zdravstveno in socialno varstvo. (Pravno-informacijski sistem: ZZUUP, b.d.) V Sloveniji imamo 14 ustanov, ki ustrezajo tem kriterijem. Te so: Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj, Bolnišnica Ptuj, Bolnišnica Postojna, Klinični center Ljubljana, Splošna bolnica Jesenice, Splošna bolnišnica Brežice, Splošna bolnišnica Celje, Splošna bolnišnica Dr. Franca Derganca, Splošna bolnišnica Izola, Splošna bolnišnica Maribor, Splošna bolnišnica Murska Sobota, Splošna bolnišnica Novo mesto, Splošna bolnišnica Slovenj Gradec in Splošna bolnišnica Trbovlje P.O. (Društvo Novus,

b.d.) Od leta 1990 naprej zbira Informacijski sistem spremljanja fetalnih smrti vse podatke o umetnih in spontanih splavih, ugotovljenih anomalijah, zunajmaterničnih nosečnostih in drugih patoloških nosečnostih. (Tul in Štolfa-Gruntar, 2012)

5. Psihosocialni vidiki umetne prekinitve nosečnosti

Umetna prekinitve nosečnosti je ljudem že dolgo znan poseg. Kljub temu pa je zelo malo gradiva o psihičnih posledicah, ki bi jih lahko ob prekinitvi nosečnosti na željo imela nosečnica. Veliko pozornosti je posvečene bolečini in celo travmatskim izkušnjam, ki jih doživljajo ženske ob spontanem splavu, medtem ko so ženske, ki zahtevajo umetno prekinitve nosečnosti, še danes zaradi tega dejanja velikokrat stigmatizirane in obravnavane drugače. Pogosto mnenje ljudi je, da če se ženska sama odloči in zahteva ta poseg, ne more ob tem čutiti bolečine, izgube ali celo utrpeti hujših psihičnih posledic. (Kumar, Hessini in Mitchell, 2009) Pa je res tako?

5.1. Razlogi za umetno prekinitve nosečnosti

Iz pregleda zgodovine umetnih prekinitve nosečnosti je vidno, da se je poseg sprva uporabljal predvsem iz zdravstvenih razlogov, tj. ogroženosti življenja ali zdravja matere. V nekaterih antičnih družbah so bili razlogi tudi socialno-ekonomski, predvsem če družine ne bi mogle preživljati otroka. Verske ustanove so v poznejših stoletjih umetno prekinitve nosečnosti zelo strogo omejile, z razvojem družbe pa so te omejitve postajale vse manjše, ženske pa so dobivale vse več pravic za odločanje o svojem telesu in načrtovanju lastne družine. Današnje omejitve umetne prekinitve nosečnosti se določajo v vsaki državi posebej z zakoni, ki se raztezajo od popolne prepovedi do odobritve posega na zahtevo nosečnice. Filipič (1997) omenja 5 razlogov oziroma indikacij za umetno prekinitve, ki jih lahko zakon določa kot legalne:

- Zdravstvena indikacija se nanaša na primere, ko nosečnost in/ali porod ogrožata življenje oz. fizično ali psihično zdravje nosečnice.
- Evgenična indikacija obstaja, kadar se utemeljeno pričakuje, da se bo otrok rodil s prirojenimi težkimi ovirami, dedno boleznijo ali poškodbo.
- Moralno-etična ali pravna indikacija je, kadar je nosečnost posledica kaznivega dejanja, na primer posilstva ali incesta.
- Zdravstveno-socialna indikacija velja v primerih, ko bi nosečnosti pomenila nevarnost za zdravje nosečnice ali otroka zaradi socialnih razmer, v katerih živi ženska in bi v njih posledično živel tudi otrok.
- Socialna indikacija se nanaša na primere, ko bi nosečnost in porod lahko bistveno poslabšala socialni položaj nosečnice. (Filipič, 1997, str. 213-214)

Seveda pa so razlogi vsake posamezne nosečnice veliko bolj kompleksni kot ta pravna razdelitev indikacij za prekinitev nosečnosti. Romih in Žmitek (2000, str. 10-18) pišeta o dilemi sodobne ženske, katere vloga se je v kratkem času tako spremenila, da so lastnosti med samo dvema generacijama žensk skoraj neprepoznave. Mame sodobnih žensk so v večini odraščale z miselnostjo, da se morajo v življenju podrežati željam drugih, predvsem moža in otrok, saj sta bili njihovi temeljni vlogi biti žena in mati. Prostora za lastne želje skorajda ni bilo. Ni dvoma, da imamo danes ženske vsekakor veliko več možnosti, sploh v bolj razvitih državah, da praktično postanemo, kar želimo. Toda avtorja (Romih in Žmitek, 2000) vidita težavo tudi v tem, da so sedaj ženskam odprta bolj ko ne vsa vrata. Na njihovo ustvarjanje lastne identitete in vlog močno vplivajo zunanja sporočila, ki jih velikokrat spremljajo tudi sodbe in obtoževanje. Obtožbe žensk, ki izberejo kariero pred družino lahko vidimo in slišimo vsak dan, v medijih, v pogovoru z drugimi, ipd. Tiste, ki si otrok ali družine sploh ne želijo, so deležne še hujših kritik, saj se ta odločitev še danes veliko ljudem zdi nekaj nenaravnega in v nasprotju z naravo ženske. Tako ni čudno, da se ženske, ki kljub temu zanosi in se nato odloči umetno prekiniti nosečnost, še danes drži zelo močna negativna stigma.

Razvoj medicine in tehnologije nam danes omogoča, da spremljamo nosečnost ter razvoj in rast zarodka veliko podrobneje kot nekoč. Temu spremljanju in pregledom, ki jih vsebuje, pravimo predporodno oz. prenatalno varstvo. (Pinter, 2012) Nosečnica ima predvidoma v času nosečnosti okoli 10 pregledov pri ginekologu, od tega predvidoma 4–5 ultrazvočnih pregledov. (Strah, b.d.) K temu sodijo tudi drugi presejalni testi za nepravilnosti zarodka, ki naj bi bili dostopni čim bolj zgodaj v nosečnosti. In prav zato, ker je vse več testov in načinov ugotavljanja raznih anomalij zarodkov, avtorica (Pinter, 2012) poudarja, da naj bi bilo trenutno vse več prekinitev nosečnosti v 2. in 3. trimesečju. To pomeni, da so se ženske, za katere lahko sklepamo, da si želijo in pričakujejo otroka, primorane odločati, ali bodo otroka kljub oviri obdržale ali nosečnost prekinile. Ne glede na to, da gre še vedno v teoriji za umetno prekinitev nosečnosti na željo nosečnice, se le-ta ne odloča za poseg, ker si otroka v prvi vrsti sploh ne bi želela ali ne bi bila zmožna zanj kakorkoli poskrbeti. Odločiti se mora, ali je pripravljena, tako fizično kot psihično in velikokrat tudi finančno preživeti otroka, ki bo imel določeno oviro. Gre torej za veliko več dejavnikov kot le njeno željo po otroku, na kar žal velikokrat pozabimo, ko pomislimo na umetni splav. Iz tega razloga je izrednega pomena, da ima ženska v času odločanja na voljo nekoga, ki ji bo zmožen posredovati vse potrebne informacije o anomaliji zarodka/otroka, postopku umetne prekinitve nosečnosti in vsem drugem, kar potrebuje za končno odločitev. Nedvomno je pomembna tudi psihosocialna podpora in pomoč, saj gre za izredno težko, velikokrat tudi travmatično izkušnjo. (Globevnik Velikonja, 2010)

5.2. Doživljanje umetne prekinitve nosečnosti in posledice

Postopki sprejemanja in same umetne prekinitve nosečnosti so odvisni od bolnišnic, kjer osebe ravna v skladu s protokolom ustanove. V splošnem mora nosečnica, ki želi prekiniti nosečnost, najprej obiskati svojega osebnega ginekologa, ki opravi pregled in potrdi nosečnost. Nato ji razloži postopek prekinitve nosečnosti, kar šteje za prvo svetovanje in ji napiše napotnico za bolnišnico. Dogovorita se za ustrezno metodo prekinitve, če je potrebno odločanje komisije, pa se pogovorita tudi o tem. V bolnišnici nosečnico večinoma večji del časa obravnava medicinska sestra. Ta jo sprejme in jo seznani s posegom. Podpisati mora tudi obrazec o prostovoljni in želeni prekinitvi nosečnosti. Pred posegom naredi medicinska sestra popolno sestrsko anamnezo, nato sledi priprava na poseg in sama izvedba le-tega. V opisu nege ženske (Tul, 2010, str. 15-18) je poudarjeno, da mora medicinska sestra večkrat preveriti, ali se ženska še vedno strinja s posegom oz. si ni premislila. Ob odpustu dobi nato ženska pisna in ustna navodila o predvidenih kontrolnih pregledih in nadaljnji kontracepciji, ponudi pa se ji tudi dodatna možnost posveta z medicinsko sestro ali ginekologom. (Tul, 2010, str. 15-18) Nikjer pa ni specifično opisano, kako morajo medicinske sestre postopati v primerih, ko ženska vidno težko doživlja poseg oz. ima ob tem negativne čustvene reakcije.

Doživljanje žensk ob umetni prekinitvi nosečnosti se razlikuje od posameznice do posameznice. Nekatere ob posegu izkusijo zelo močna in intenzivna negativna, druge pozitivna čustva ipd. Avtorji (Major idr., 2000) so v raziskavi o psiholoških odzivih žensk po prekinitvi nosečnosti v prvem trimesečju nosečnosti v Buffalu med drugim ugotavljali pogostost in intenzivnost negativnih in pozitivnih občutkov, za katere so smatrali, da se v teh situacijah pojavljajo najpogosteje. To so bili žalost, razočaranje, izgubljenost, krivda, potrtnost, sreča, zadovoljstvo in veselje. Večina žensk je odgovorila, da so neposredno po posegu izkusile olajšanje in posledično tudi več pozitivnih kot negativnih občutkov. V intervjuju, ki je bil 1 mesec po posegu je večina menila, da so s prekinitvijo nosečnosti več pridobile kot izgubile. Naslednji intervju so naredili z ženskami čez 2 leti, s katerim so ponovno preverjali prej naštete občutke. Tokrat so bila negativna čustva bolj pogosta in intenzivna; več žensk je imelo občutek krivde, vendar pa še vedno večji delež (78,7 %) svoje odločitve ni obžaloval. 20 % žensk je bilo v času po umetni prekinitvi diagnosticiranih s klinično depresijo, 6 % pa s posttravmatsko stresno motnjo. (Major idr., 2000) Ugotovljeno je bilo, da so trajne negativne psihične posledice umetnih prekinitev nosečnosti redke.

Tudi v švedski raziskavi, ki so jo izvedli Söderberga, Janzonb in Sjöberg (1998), so raziskovali čustvene odzive in negativne psihološke posledice, ki bi jih lahko ženske utrpele ob umetni

prekinitvi nosečnosti. Podobno kot Američani so tudi oni ugotovili, da je resne dolgotrajne psihične posledice utrpelo le 16,1 % intervjuvank, ki do v večini bile diagnosticirane z depresijo. 55 % žensk je povedalo, da so se soočale z negativnimi čustvi in občutkom obžalovanja, ki pa ni trajalo dolgo. 70 % jih je ocenilo socialno podporo ginekologa kot pozitivno, predlagali pa so tudi kontrolni pregled po 3 mesecih od posega, s katerim bi ženske imele priložnost poiskati dodatno psihosocialno pomoč v primeru, če bi jo potrebovale.

Velik delež pozitivnih občutkov in olajšanja pri ženskah po umetni prekinitvi nosečnosti lahko delno razložijo ugotovitve avtorice Vugrinec (2014), ki je v svojem delu ugotovila, da na občutke žensk po umetni prekinitvi nosečnosti močno vpliva njihovo dožemanje zarodka oz. otroka. Tiste, ki so plod doživljale kot otroka, so se pogosteje soočale z negativnimi občutki, kot so žalost, krivda in obžalovanje, medtem ko tiste, ki plodu niso enačile z otrokom, teh občutkov niso imele in so pogosteje izkusile olajšanje ter bile prepričane, da so se odločile prav.

Nekateri drugi avtorji pa zagovarjajo obstoj postabortivnega stresa. (Jeriček, 2015, str. 21-22) Postabortivni stres naj bi bil posebna vrsta posttravmatskega stresa po umetni prekinitvi nosečnosti, ki vsebuje negativne občutke, kot so krivda, žalost, jeza, strah, izguba, samomorilne misli, depresija ipd. Posledično se lahko pojavijo težave v partnerskem odnosu, težave s spolnostjo, s spanjem, motnje hranjenja, podoživljanje izgube zaradi prekinitve nosečnosti in sindrom obletnice ter drugi negativni občutki. Postabortivni sindrom je med prvimi omenjal psihoterapevt in specialist za travme Vincent Rue (Wikipedia, 2017b) leta 1981. V svoji karieri je skušal dokazati, da lahko postabortivni stres pri ženskah poveča tveganja za psihične motnje, kot sta depresija ali bipolarna motnja. Kljub njegovim trudom pa ga uradna medicina še danes ne priznava, kar avtor zagovarja s pomanjkanjem raziskav na tem področju. (Jeriček, 2015, str. 21) Poznejši zagovorniki postbortivnega stresa so njegovim psihološkim posledicam pripisali še telesne in duhovne posledice, ki jih lahko utрпи ženska ob prekinitvi nosečnosti. Finske in ameriške raziskave so potrdile, da so samomorilne misli in samomori pogostejši pri ženskah, ki se odločajo za umetno prekinitev nosečnosti kot pri tistih, ki otroke rodijo. Prav tako je večina žensk, ki so sodelovale v raziskavi imela simptome posttravmatskega stresa. V ameriški raziskavi je kar 64 % sodelujočih imelo izkušnjo prisile; tj. kadar so ženske imele občutek, da jih je pritisk drugih prisilil v odločitev, ki je same niso želele sprejeti. Avtor poudarja, da bi lahko bila rešitev za preprečevanje tveganja postabortivnega stresa ustrezna preventivna psihološko-duhovna podpora in pomoč, ki jo vidi predvsem v individualnih terapijah in podpornih skupinah. (Strehovec, 2015, str. 39-57)

Čeprav sta švedska in ameriška raziskava potrdili, da se le majhno število žensk sooča z dolgotrajnejšimi psihološkimi posledicami umetne prekinitve nosečnosti, pa sta obe potrdili, da

večina žensk izkusi negativna čustva za krajši čas. Ni omenjeno, kako so se s temi občutki soočile in jih predelale, vendar bi bila možnost dodatne psihosocialne podpore in pomoči zagotovo v pomoč vsaj deležu teh žensk. Prav tako ne gre zanemariti majhnega deleža žensk, ki so trpele dlje časa in bi se dlje trajajočim težavam z ustrezno psihosocialno pomočjo in podporo morda lahko izognile. Pomembno je tudi poudariti, da sta bili obe raziskavi narejeni z ženskami, ki so nosečnost prekinile v prvem trimesečju. Raziskave, ki so se posvečale postabortivnemu stresu, so poročale o precej višjem deležu žensk, ki so se soočale z negativnimi občutki in posledicami umetnih prekinitev. Iz tega lahko sklepamo, da so ti zagotovo prisotni, vendar še vedno ne dobimo odgovora, ali psihosocialno podpora in pomoč v procesu umetnih prekinitev nosečnosti zares potrebuje vsaka posameznica.

Pomembna novost sodobne medicine je vse bolj pogosta uporaba raznih presejalnih testov za odkrivanje nepravilnosti oz. anomalij pri zarodkih. Te se pogosto odkrijejo pozneje zato posledično narašča število zahtev umetnih prekinitev nosečnosti v kasnejših obdobjih nosečnosti. (Tul, 2010, str. 20) Za ženske v raziskavah, ki so opisovale občutke olajšanja in drugih pozitivnih čustev po posegu, lahko sicer samo sklepamo (ni točnih podatkov o razlogih prekinitev nosečnosti), da si otroka morda niso želele ali pa so jim določeni dejavniki to preprečevali. Zbornik (Tul, 2010) pa se nanaša na ženske, ki otroka pričakujejo, si ga želijo, se ga veselijo in velikokrat sploh ne pričakujejo slabih novic. Te ženske se morajo nato soočiti z odločitvijo, ali roditi otroka z nepravilnosti ali prekiniti nosečnost. In če ta "trend" zaradi večje pogostosti uporabe presejalnih testov dejansko narašča in je vse več žensk oz. družin postavljenih pred tako zahtevno odločitev, bi bila verjetno večja možnost sodelovanja s strokovnjaki s psihosocialnimi znanji in spretnostmi, lahko izrednega pomena v praksi umetnih prekinitev nosečnosti.

5.3. Stigma splava

Ženske, ki se odločajo za umetno prekinitev nosečnosti, pa niso izpostavljene samo tveganju za negativne občutke ali psihološke ovire. Kumar, Hessini in Mitchell (2009) poudarjajo, da kljub obstoju umetne prekinitve nosečnosti v času pred našim štejetjem, stigma le-te še vedno ni dovolj podrobno raziskana in izkoreninjena. Po njihovi oceni, naj bi vsako minuto nosečnost umetno prekinilo 81 žensk, okoli 20 milijonov letno pa jih vsako leto tvega svoja življenja in zdravje z nelegalnimi umetnimi splavi. Stigma definirajo kot pripisovanje negativnih lastnosti, razvrednotenje in spreminjanje identitete posameznika na podlagi določene značilnosti, ki mu pripada. (Hessini in Mitchell, 2009, str. 626) Poudarjajo, da stigmatizacija ni nujno vidna, ampak lahko že samo širjenje take miselnosti prizadene in vpliva na skupino, ki je žrtev stigme. Trdijo, da stigma nastane s poenostavljanjem zelo kompleksnih situacij, umetna prekinitev nosečnosti pa zagotovo spada med te. Odnos družbe do umetnega splava in stigmatizacija le-tega je seveda odvisna od kulture, prepričanj in zgodovine družbe, v kateri stigma nastane. V splošnem so ženske, ki se odločijo za poseg prekinitve nosečnosti, velikokrat obtožene promiskuitetnosti, umora, sebičnosti in brezsrčnosti. Imajo jih za grešnice, neodgovorne, umazane ipd. Stigma jih pogosto zaznamuje tudi za celo življenje, kar lahko bistveno poslabša njihovo kvaliteto življenja. Žrtve stigme splava pa so lahko tudi zdravniki in drugi, ki sodelujejo v postopku umetne prekinitve nosečnosti, ali ga zgolj podpirajo. Tudi oni so označeni kot morilci, izdajalci, grešniki, ipd.

Problem stigme je, da razen verbalnega nasilja in obtoževanja lahko tudi diskriminira ljudi ali jih celo ogroža. Primer tega je prikrivanje informacij o umetni prekinitvi nosečnosti, odrekanje možnosti za legalen poseg, javno sramotenje, materialna in fizična ogroženost, slaba kakovost želenega posega idr. Tudi kriminalizacija umetne prekinitve, ki je prisotna v približno 25 % državah po svetu (Women on web, b.d.), je posledica stigme, ki se drži tega posega.

Vendar pa avtorji članka (Kumar, Hessini in Mitchell, 2009) poudarjajo, da se stigma splava z leti zmanjšuje. Vse več je organizacij in gibanj, ki podpirajo ženske pravice o odločanju o lastnem telesu in družini ter zagovarjajo bolj liberalne poglede na umetno prekinitev nosečnosti. Vse več je tudi podpore prekinitve nosečnosti v primerih, ko ta ogroža življenje, zdravje ali je posledica nezakonitega dejanja, zato diskriminacija in stigmatizacija teh žensk upada. Vseeno pa poudarjajo, da je na področju stigme splava potrebno še veliko raziskovanja in dela, da bi se le-ta zmanjšala tudi v državah, kjer umetna prekinitev nosečnosti še vedno velja za nekaj negativnega ali celo kaznivega.

6. Zgodbe staršev z izkušnjo umetne prekinitve nosečnosti

Čeprav dosedanje raziskave kažejo, da so negativne psihične posledice ob umetni prekinitvi nosečnosti redkost, se mi kljub temu zdi pomembno, da se nameni pozornost tudi tem redkim primerom. To bom poskušala podkrepiti z zgodbami staršev, ki imajo izkušnjo umetne prekinitve nosečnosti in so ob tem izkusili negativna občutja ali celo negativne psihične posledice.

Nzobandora (2015) je v svojem delu zbrala nekaj takih zgodb. V prvi zgodbi opisuje ena izmed žensk svojo izkušnjo nosečnosti pri 15 letih. Starši partnerja so ju podprli, medtem ko so njeni starši nosečnosti strogo nasprotovali. *"...mami, ki je takoj zahtevala splav. Počutila sem se kot morilka. Vedela sem, da je mama imela že dva splava. Nikoli je nisem razumela..."* (Nzobandora, 2015, str. 75) Kljub njenim naporom, da bi mamo pregovorila, ta ni popustila in morala je h ginekologu. Svojo izkušnjo z zdravniki in medicinskimi sestrami opisuje: *"Ob splavu je bilo neprijetno, bili so neprijazni. Niso se pogovarjali z mano, niso se mi posvetili. Ko sem drugič rodila, je bilo drugače, pogovarjali so se z mano, spraševali so me, kakšno je moje počutje in če je vse normalno. Takrat pa je bilo, kot da bi me prezrli, med sabo so se pogovarjali o drugih ženskah, kakšne preglede in izvide imajo. Počutila sem se, kot da me ni zraven."* (Nzobandora, 2015, str. 76) Nadaljuje s svojimi občutki ob umetni prekinitvi nosečnosti: *"Bila sem prestrašena, ker nisem vedela, kaj me čaka. Bila sem tako prestrašena... Počutila sem se, kot da zame ni več ljudi, ki bi se z mano sploh še lahko pogovarjali. Odrinjena sem bila. Kakor da nisem več zaželena... Pri splavu sem bila sama, nihče ni bil z mano."* (Nzobandora, 2015, str. 76) Jasno torej opisuje, kako se ji strokovnjaki niso posvečali; nihče ni namenih pozornosti njenim občutkom ali željam, preveril njeno odločenost o posegu ali ji bil v podporo. Omeni, da je bila izkušnja, ko je kasneje v življenju rodila sina, drugačna; da je bilo osebje prijazno, se ji posvečalo, preverjalo občutke. V nadaljevanju svoje zgodbe opisuje, kako se je vsako leto ob obletnici in drugih priložnostih spominjala te izkušnje. Poudari, da če bi imela priložnost ravnati drugače, bi to storila. O svojih odnosih z drugimi piše: *"Po splavu sem veliko jokala. S partnerjem sva si dovolila biti bolj čustvena. Za mamo se nekaj časa nisem menila. Nisem vsem kazala svojih čustev in tudi zdaj zelo težko govorim o tem. Bila sem jezna, da je mama to zahtevala od mene."* (Nzobandora, 2015, str. 78) Hkrati je imela pozitivno izkušnjo s partnerjem, ki se mu je lahko zaupala, za izboljšanje odnosa z mamo pa je potrebovala več časa. Prav tako se je spopadala z občutki lastne krivde in jeze nase, kar je po njenem pripovedovanju privedlo do samopoškodovanja. Pomagala ji je profesorica, ki se ji je zaupala, ko ji je predlagala, naj svoje boleče občutke raje izrazi na papirju, kar je tudi storila. S pisanjem pesmi in risanjem je tako premagala željo po rezanju. Najstnica, ki bi ji že v prvi vrsti morali zdravniki in drugo osebje posvečati večjo

pozornost in skrbnost, je torej morala sama najti način, kako se spoprijeti s svojimi občutki in posledicami, ki jih je utrpela ob umetni prekinitvi nosečnosti. Na srečo je imela ob sebi partnerja in kasneje tudi profesorico, ki sta ji bila v podporo in pomoč, toda kaj bi se lahko zgodilo, če ne bi imela te socialne mreže? O izkušnji je spregovoril tudi oče otroka, ki je bil takrat star 19 let: "*Nosečnosti sem bil zelo vesel... Takrat sem razmišljal, da bi naredil vse, da bi otroka obdržala, ampak se ni dalo... Njeni mami še zdaj nisem oprostil. Verjetno ji nikoli ne bom tako, kot ji je Karmen...*" (Nzobandora, 2015, str. 82) Ne samo, da je mati prezrla želje hčerke, menila se ni niti za mnenje očeta otroka. Čeprav naša zakonodaja ne zahteva dovoljenja očeta za umetno prekinitev nosečnosti, pa je njegova prisotnost na svetovanjih celo zaželena (Tul, 2010), zato je težko razumeti, kako so bile lahko želje obeh staršev tako mirno spregledane in zanemarjene. O svojem doživljanju te izkušnje je še dodal: "*Poskusila sva pozabiti, ampak se ne da.*" (Nzobandora, 2015, str. 82) Kljub temu, da je preteklo že več let od njune izkušnje, se par še vedno ni povsem sprijaznil z njuno izgubo. Tako si ne morem kaj da ne bi pomislila, kakšna bi lahko bila njuna zgodba, če bi jima bila že pred umetno prekinitvijo nosečnosti v času svetovanja ponujena ustrezna psihosocialna podpora in pomoč. Bi se morda lahko izognila vsem negativnim občutkom in posledicam, s katerimi sta se soočala?

V naslednji zgodbi se ženska prav tako spominja nosečnosti pri 16. letu starosti. Njen takratni partner je nosečnosti nasprotoval in ji povedal, da bo uredil zadevo. Po pregledu pri ginekologu, kjer sta partner in njegova mati preprečila, da bi ženska sploh lahko videla svojega otroka na ultrazvoku, ji je bil dodeljen datum prekinitve nosečnosti v zasebni ambulanti, kamor jo je ponovno peljal partner in za poseg plačal, saj je bil izveden na črno. Opisuje tudi fizične posledice, kot sta bolečina in krvavitev, ki jih je izkusila po posegu, vendar ni poiskala pomoči. Čez nekaj časa sta se s partnerjem razšla, sama pa se je izpovedala mami, ki so jo skrbele psihične posledice, s katerimi se je morala soočiti njena hčerka: "*Ko sem ji povedala za splav je bila prestrašena. Rekla je, da bom imela hude psihične posledice. Takrat mi še ni bilo jasno, o čem govori. Kasneje pa sem razumela... Spremenila sem se, splav me je res spremenil.*" (Nzobandora, 2015, str. 91) Opisuje, kako so se ji po umetni prekinitvi nosečnosti začele pojavljati težave pri učenju, ocene pa so se zelo poslabšale. Spominja se, da se je nekaj časa vsega bala, zapirala se je vase in v svoj dom, prav tako pa je izgubila tudi svojo vero v boga, ki je bila po njenem pripovedovanju pred splavom zelo močna. "*Po enem letu mi je mama poiskala pomoč pri Zavodu ŽIV!M... Takrat so se mi odprle oči. Doma sem morala to še sama predelati in o tem razmisliti.*" (Nzobandora, 2015, str. 92) Tako se je s pomočjo strokovnjakinje in podporne skupine za starše ponovno postavila na noge, našla vero in novega partnerja. (Nzobandora, 2015, str. 92) Kot v prejšnji zgodbi je tudi tukaj zdravnik spregledal njene želje in nasprotovanje odločitvi drugih o njenem telesu in otroku. Iz zgodbe je tudi jasno, da je bila ženska v teh letih zelo neinformirana in naivna, saj sama o posegu ni vedela veliko, h ginekologu ni

hodila redno, prav tako pa ni niti vedela kje poiskati pomoč, ko so jo mučile fizične težave po splavu. Čeprav ni navedeno, katerega leta se zgodba dogaja, je jasno, da je potrebno najstnike podrobno informirati o spolnosti in kontracepciji, saj bi lahko že samo te informacije verjetno izboljšale izkušnjo te ženske. Ker je bil njen poseg opravljen nelegalno, ni pričakovati, da bi ji bila ob prekinitvi nosečnosti nudena kakršnakoli psihosocialna podpora in pomoč, vendar pa jo je ženska kasneje poiskala s pomočjo mame. Šele takrat je bila zmožna predelati to izkušnjo in iti naprej.

Pripovedovalka naslednje zgodbe je prav tako zanosila pred polnoletnostjo; za umetno prekinitev sta se odločila oba s partnerjem, saj na otroka še nista bila pripravljena. Spominja se odnosa osebja, ko ji je bila v 8. tednu nosečnosti umetno prekinjena nosečnost z zdravili: *"Ko sem klicala v bolnišnico, so mi rekli, da je pri splavu z vakuumom obvezno svetovanje, za kemični splav pa pogovor ni potreben. Že samo osebje ti da vedeti, da je to še zelo zgodaj, da še ne gre za otroka in ni nevarno."* (Nzobandora, 2015, str. 99) Ponovno ni jasno, katerega leta se zgodba dogaja, saj je danes svetovanje obvezno pred vsako umetno prekinitvijo nosečnosti. Žensko je že sam odnos do splava v prvih tednih nosečnosti prizadel in kasneje opisuje tudi svoje občutke in psihične posledice, ki jih je po posegu utrpela: *"Prve dni po splavu sem si oddahnila; rešili smo težavo, nič ni treba skrbeti. Tak občutek sem imela prav zaradi tega, ker tudi medicinsko osebje namiguje na to, da je na začetku samo nekaj celic in do določenega meseca še ni otrok. Ko sem gledala simptome postabortivnega stresa – posledic po splavu, sem ugotovila, da se mi je v resnici življenje spremenilo po splavu."* (Nzobandora, 2015, str. 99) V nadaljevanju opisuje, kako se je vse manj družila s prijatelji in svojci, se zapirala v hišo in cele dneve preživela pred televizijo. Imela je nižjo samopodobo, bila žalostna, občutki krivde pa jo mučijo še danes. Pravi: *"Če bi malo več vedela in bi imela takrat več izkušenj, bi se najbrž odločila drugače... Tudi moja ginekologinja bi takrat morala imeti boljši odnos. Celo grdo me je gledala, češ, kako sem lahko tako mlada šla v to. Strinjam se, da ni najboljšje imeti otroka pri sedemnajstih, ampak tudi sama se nisem namerno odločila zanositi. Tako lahko dobiš občutek, da moraš narediti splav, ker te ginekologinja grdo gleda, tudi za starše veš, da te bodo grdo gledali... Če bi mi vsaj ginekologinja predstavila drug način, bi si mogoče premislila. Razložila je nekako takole: "Treba je hitro splaviti, ker če se zdaj ne odločiš za splav, ti ga mora kasneje odobriti posebna komisija."... Nimaš časa veliko razmišljati... Zavedala sem se, da bom začela omahovati, če bom razmišljala."* (Nzobandora, 2015, str. 100) Ponovno se pojavi potreba po boljši informiranosti mladoletnikov in nosečnic, saj je iz zgodbe jasno, da sama ni poznala vseh možnosti, prav tako pa ji le-teh ni predstavila niti osebna ginekologinja. Še huje, zaradi hitenja in izbire besed zdravniškega osebja je imela občutek, da mora splav narediti hitro in ni imela časa za razmišljanje. Sedaj meni, da bi se v tem v nasprotnem primeru odločila drugače. Tudi v drugih zgodbah ženske opisujejo negativne izkušnje in pritisk s strani zdravniškega osebja. Ena izmed njih se spominja, kako jo je

tašča prisilila v umetno prekinitve nosečnosti in odnosa zdravnika pred posegom" *...Preden sem zaspala, pa se živo spominjam svojih občutkov, mučnih občutkov, bilo mi je na smrt hudo. Splava nisem hotela narediti. Zelo sem jokala. Zdravnik me je vprašal, zakaj jokam, saj sem se sama odločila za splav.*" (Nzobandora, 2015, str. 131) Kasneje opisuje, kako se je nato spopadala z občutki praznine, imela težave s spolnostjo in v partnerskem odnosu. Zakaj pa je zdravnik odreagirал ob njenem joku tako, kot to sama opisuje, ni znano. Zdravniki imajo po zakonu pravico ugovora vesti, ki jo določa Ustava Republike Slovenije. (Pravno-informacijski sistem: URS, b.d., 46. člen) Ta je možen v z zakonom določenih primerih, če s tem niso omejene pravice ali svoboščine drugih oseb. Na etičnost ugovora vesti v primeru umetne prekinitve nosečnosti je več pogledov; nekateri vidijo to kot omejevanje pravic pacienta, drugi kot poseganje v pravice zdravstvenega osebja, še posebej ker je njihova odločitev v tem primeru pogosto pogojena z verskimi in etičnimi prepričanji. (Pisnik, 2012) Nekateri se prav zaradi obsodb, da ne opravljajo svojega dela, ne odločijo za ugovor vesti, vendar pa se pri tem zato soočajo z občutki krivde, ker sodelujejo v postopkih, ki jih ne podpirajo. (Vrankar, 2017) Iz tega je jasno, da umetna prekinitve nosečnosti ni naporna samo za nosečnico in njene svojce, ampak pa je lahko zelo stresna tudi za zdravstveno osebje. To ponovno potrди moje hipoteze, da so strokovnjaki s psihosocialnimi znanji in spretnostmi še kako potrebni na oddelkih ginekologije, saj bi lahko bili ne samo v pomoč in podporo uporabnikom oz. pacientom, temveč tudi osebju. Druga možnost bi bila izobraževanje in urjenje zdravstvenih delavcev na področju psihosocialne podpore in pomoči, saj bi bili tako bolj opremljeni za sodelovanje in komunikacijo s pacienti, s tem pa bi verjetno lahko preprečili občutke pritiska, priganjanja in obsojanja, ki so jih doživele nekatere ženske iz predhodnih zgodb.

Potrebo po dodatnih psihosocialnih znanjih osebja na področju umetne prekinitve nosečnosti potrjuje tudi naslednji zgodbi. Kirton (1998, str. 13) začne svojo zgodbo: *"Moj splav, kot se je izkazalo, se ni končal s prekinitvijo nosečnosti. Tega se nisem zavedala še 6 mesecev in 6 dni – nisem se zavedala, mesece in dneve, ko se nisem zavedala, da svojega otroka še vedno nosim na vse načine, razen na biološki."* Nadaljuje (Kirton, 1998, str. 13): *"Nihče mi ni povedal, da bo tako. Rekli so samo, da bo samo nekaj minut pod anestezijo, po kateri mi bo morda slabo. Nihče pa ni omenil, da se bom morda počutila pretreseno, da bom za okrevanje potrebovala čas, da moram biti nežna do sebe – da se bom morda še vedno počutila, kot da sem noseča."* V svoji knjigi nato opisuje zgodbo, kako se je spopadala z občutki nosečnosti, ki je v resnici ni bilo, dokler nazadnje ni poiskala strokovne pomoči, s pomočjo katere se je šele lahko sprijaznila z izgubo. (Kirton, 1998) Že podatek, da je zdravstveno osebje, razen o fizičnih, sploh ni informiralo o možnih psihičnih posledicah, je lahko indikator, da je na tem področju premalo znanj o možnih psiholoških zapletih po umetni prekinitvi nosečnosti ali pa se le-ta zanemarjajo.

7. Primeri dobre prakse

Zakonske ureditve glede umetne prekinitve nosečnosti in protokoli glede postopka le-te se med državami razlikujejo. Nekatere pri postopku posvečajo več pozornosti tudi psihičnemu doživljanju in težavam žensk, s katerimi bi se lahko soočale v času umetne prekinitve nosečnosti. Skušala sem najti nekaj primerov nudenja psihosocialne podpore in pomoči tako pri nas kot v tujini.

7.1. Kanada

Preobremenjenost zdravnikov in omejevanje časa s pacienti je dandanes vse bolj pogosta praksa. Izjema niso niti oddelki za ginekologijo, kjer so postopki umetne prekinitve nosečnosti velikokrat pospešeni. V Kanadi so to uredili tako, da so pred vsako umetno prekinitvijo uvedli obvezni dve svetovanji s strokovnjaki, med katerima mora obvezno biti nekaj dni premora. Ta praksa se je izkazala za zelo učinkovito, saj so ženske tako imele več časa, da so o svoji odločitvi ponovno razmislile in jo reflektirale na podlagi informacij zdravnika. Nekatere so imele tako tudi čas razmisliti, ali potrebujejo v primeru odločitve za poseg še kako dodatno strokovno psihosocialno pomoč in podporo. (Doane in Quigley, 1981, str. 431) Avtorja članka (Doane in Quigley, 1981) poudarita tudi, da bi bilo na tem področju potrebno izvesti še dodatne raziskave o možnih vlogah medicinskih sester, socialnih delavk, psihologov in drugih strokovnjakov, ki bi lahko bili ženskam v pomoč in podporo pri umetnih prekinitvah nosečnosti.

7.2. Južna Afrika

V Južni Afriki so v sklopu raziskave ženskam, ki so se odločile umetno prekiniti nosečnost, ponudili možnost svetovanja preko sms sporočil. Povod za raziskavo je bila vse pogostejša uporaba umetnih prekinitev kot kontracepcijske metode v Afriki. V raziskavi so sodelovale ženske, ki so s pomočjo abortivne tabletk prekinile nosečnost in splavile doma. Morale so dopolniti 18 let in imeti mobilni telefon, na katerem so bile dosegljive. Prav tako so morale priti na dogovorjene preglede h ginekologu. Po svetovanju so nosečnice prejele abortivni tabletki; eno so zaužile v bolnišnici, drugo pa čez dva dni doma. V tem času so jim zdravstveni strokovnjaki nudili pomoč in podporo preko sms sporočil. Svetovalci niso smeli žensk obsojati, nuditi so jim morali ustrezne informacije in jih

podpirati. Po 2–3 tednih so prišle na ginekološki pregled, raziskovalci pa so opravili z njimi še drugi intervju in preverili učinkovitost sms svetovanja.

Ženske so prejele 13 avtomatskih sporočil, ki so vsebovala navodila o uporabi in učinkih abortivnih tablet. Vsebovala so tudi informacije o blaženju krvavitve, krčev in drugih stranskih učinkov ter opozarjala na simptome, zaradi katerih je potrebno obiskati ginekologa. Sporočilo, ki so ga prejele naslednji dan, je služilo kot opomnik, da je potrebno vzeti drugo tabletko. Sporočila so bila napisana v treh lokalnih jezikih, in sicer v angleščini, afrikanščini in Xhosa jeziku. Ženske so lahko svetovalce brezplačno kontaktirale tudi same, če so imele dodatna vprašanja ali so potrebovale psihosocialno pomoč in podporo. (Constant, de Tolly, Harries in Myer, 2014)

V raziskavi je sodelovalo 591 žensk, izmed katerih so jih 71 izločili zaradi neustreznosti pogojem raziskave. Ostale so razdelili v 2 skupini. Ena je prejemale sms sporočila, druga pa ne. Rezultati so pokazali, da ni bilo razlik v fizičnem doživljanju in posledicah umetne prekinitve nosečnosti. Skupina, ki je imela na voljo svetovanje preko sms sporočil, je doživljanje občutkov, kot so tesnoba, žalost in strah, ocenila nižje kot tiste, ki jim svetovanje ni bilo na voljo. Prav tako so ženske, ki so imele sms svetovanje povedale, da so bile na stranske učinke, kot sta krvavitev in krči, bolj pripravljene kot tiste, ki niso prejemale sporočil. Po podatkih naj bi izkusile tudi manj stresa kot tiste, ki jim sms sporočila niso bila na voljo. (Constant, de Tolly, Harries in Myer, 2014)

Raziskava je torej pokazala, da lahko že tako preprosta stvar, kot so sms sporočila, bistveno pomaga ženskam pri njihovem doživljanju umetne prekinitve nosečnosti. Negativni občutki in doživljanje so bili pri tistih, ki so v sklopu raziskave prejemale sporočila z informacijami in podporo manjša, kot pri tistih, ki jih niso prejemale.

7.3. Slovenija – Solzice

V Sloveniji imajo ženske pred posegom eno obvezno svetovanje pri ginekologu. Pred samim posegom se sicer strokovnjaki morajo večkrat prepričati, če ženska razume posledice umetne prekinitve in postopek, sicer pa zakonodaja ne predvideva posebnega psihosocialnega svetovanja, pomoči ali podpore, ki bi bilo namenjeno tem ženskam. (Globevnik Velikonja, 2012) Malo je tudi govora o možnih negativnih doživljanjih ali psihičnih posledicah, ki bi jih ženske lahko utrpele med in po postopku.

Društvo Solzice, (Solzice, b.d.) ki ima sedež v Krškem, nudi pomoč staršem oz. družinam, ki so izgubili otroka med nosečnostjo ali kmalu po porodu. Na njihovi spletni strani tudi sami izražajo skrb o pomanjkanju literature in strokovnjakov, ki bi lahko nudili svetovanje ljudem s tako težkimi izkušnjami. Namen društva pa je prav pomoč staršem oz. drugim svojcem, ki so se kakorkoli soočili z izgubo otroka že v času nosečnosti ali kmalu po rojstvu otroka. Kot svoje temeljne naloge navajajo ustrezno informiranje žalujočih o pravicah, ki jih imajo v zvezi z dogodkom in o drugih institucijah, kjer lahko najdejo pomoč in podporo. Organizirajo tudi posebna predavanja o soočanju s temi izkušnjami. Na voljo so podporne skupine, individualna svatovanja in številni drugi projekti, ki so lahko v pomoč uporabnikom. Prav tako pripravljajo publikacije, s katerimi želijo predvsem pomagati staršem in svojcem pri soočanju z izgubo. Delujejo tudi v Ljubljani in Mariboru. (Solzice, b.d.)

O svoji izkušnji z društvom Solzice piše tudi Simonič (2017), mamica dveh otrok. V času njene tretje nosečnosti so odkrili, da ima zarodek trisomijo 13 oz. sindrom Patau. Opisuje svojo izkušnjo od prvega suma na oviro zarodka, odločitev za umetno prekinitev nosečnosti v 19. tednu in spopadanje z žalovanjem po posegu. Pomoč in podporo je pri društvu poiskala še pred posegom. Pravi, da ji je bila predsednica društva vedno na razpolago, 24 ur na dan, in bila pripravljena odgovoriti na vsa njena vprašanja. Poudari, kako ji je bila v pomoč pri spremljanju prevoza trupla hčerke na pokopališče, kar je opisala kot pomoč v situaciji, v kateri bi sicer bila nemočna. Z njo je sodelovala tudi po posegu in jo priporočila tudi drugim ženskam ter jo opisala kot angela varuha za vse mamice, ki se soočajo z izgubo otroka. (Simonič, 2017)

Ne glede na to, kakšen način sodelovanja z ženskami, ki se soočajo z umetno prekinitvijo nosečnosti ima določena država ali organizacija, menim, da je iz teh primerov razvidno, da pomeni veliko že to, da imajo nosečnice na voljo nekoga, ki jih razume oz. jih vsaj poskuša razumeti, jih posluša in nudi vse potrebne informacije, pomoč in podporo, ki jo potrebujejo v tej situaciji. Ti primeri dobre prakse dokazujejo, da lahko že taka malenkosti, kot je dodatno svetovanje in čas za razmislek ali sms sporočila, občutno olajšajo takšno izkušnjo. Podoben učinek imajo tudi predvideni kontrolni obiski pri zdravnikih tri mesece po umetni prekinitvi nosečnosti, ki jih kot preventivo za čustveno stisko žensk predlagajo Söderberga, Janzonb in Sjöberg (1998). Primer našega društva Solzice jasno kaže, koliko lahko v tako težki situaciji pripomore prisotnost strokovnjaka z ustreznimi znanji in spretnostmi, ki spremlja celoten proces prekinitve nosečnosti in dogajanje neposredno po njej ter je na voljo ženski, ki ga potrebuje.

8. Psihosocialna podpora in pomoč

Izraz psihosocialna podpora in pomoč se uporablja predvsem v socialnem delu, nanaša pa se na vse oblike socialne in psihološke pomoči, ki jo socialne službe nudijo ljudem. (Podgornik Pulec, 2015) V sklopu psihosocialne podpore in pomoči lahko govorimo o različnih načinih dela z ljudmi, pa naj gre za individualno delo, podporne skupine, družinsko terapijo ipd. Te oblike ali načini psihosocialnega dela so se konec 20. stoletja začeli oddaljevati od patologije in moči strokovnjakov, ki je toliko let prevladovala v poklicih pomoči. Namesto tega daje večjo moč uporabnikom in uporabnicam, ki jih 'preimenuje' v strokovnjake iz izkušenj. (Čačinovič Vogrinčič, Kobal, Mešl in Možina, 2011) Socialne delavke in delavci upoštevamo pri delu koncepte delovnega odnosa, kot so perspektiva moči, etika udeležnosti, znanje za ravnanje in koncept so-navzočnosti. Pri tem uporabljamo tudi elemente delovnega odnosa, kot so dogovor o sodelovanju, instrumentalna definicija problema in osebno vodenje. (Čačinovič Vogrinčič, Kobal, Mešl in Možina, 2011) Naše delo je raziskati življenjski svet uporabnika ali uporabnice, odkriti njegove/njene vire moči, potenciale, spretnosti ipd. ter mu tako pomagati soustvariti želene rešitve. (Podgornik Pulec, 2015, str. 95-96) Velik poudarek je na odnosu med strokovnim delavcem in ekspertom iz izkušenj oz. uporabniku, ki mora biti enakovreden, odprt, spodbujajoč in podpirajoč. (Čačinovič Vogrinčič, Kobal, Mešl in Možina, 2011)

8.1. Prednosti psihosocialne podpore in pomoči na področju umetne prekinitve nosečnosti

Težave, s katerimi se ljudje srečujemo v življenju, lahko razdelimo na 5 področij (de Vries in Bouwkamp, 2002):

- somatično področje (fizične/telesne težave),
- psihično področje (osebne težave; razmišljanje, doživljanje),
- socialno področje (težave v odnosih z drugimi),
- materialno področje (finančne, stanovanjske ipd. težave),
- družbeno področje (težave v zvezi s kulturo, politiko, vero ipd.).

Ženska, ki se odloča za umetno prekinitev nosečnosti, se lahko spopada s težavami z vseh področij te delitve; lahko se odloča za prekinitev nosečnosti na podlagi ogroženosti lastnega ali otrokovega življenja, nepripravljenosti na otroka, nezaželene nosečnosti, ekonomske stiske, verskih prepričanj

itd. Čeprav si nosečnost želi prekiniti, ni rečeno, da se je za to odločila zlahka, obstaja pa tudi možnost, da odločitve sploh še ni dokončno sprejela. Tako že sama kompleksnost situacije, v kateri se ženska znajde kaže na to, da bi bil lahko pogovor s strokovnjakom, ki bi poskušal njeno zgodbo in razloge za to odločitev razumeti, zelo koristen zanjo. Ne glede na njeno končno odločitev bi ji strokovnjak lahko pomagal predelati občutke in jo s tem opolnomočil, da doseže zadani cilj. Ženska, ki se odloča za umetno prekinitev nosečnosti, je lahko tudi zelo ranljiva, še posebej če nima socialne mreže, ki bi jo podpirala. Zato ima psihosocialna podpora in pomoč lahko še toliko večji pomen, saj strokovnjak uporabnici nudi dodaten vir moči.

Največjo prednost psihosocialne podpore in pomoči pri delu z ženskami, ki se odločajo za umetno prekinitev nosečnosti, vidim v etiki udeležnosti. Gre za koncept socialnega dela, ki usmerja strokovne delavce, da namesto objektivnega opazovalca prevzamejo vlogo zaveznika. Ta z uporabnikom sodeluje v odnosu oz. pogovoru, ki se brez težav nadaljuje in noben udeleženec nima zadnje besede. Strokovnjak odstopi od moči, ki mu ne pripada, in jo daje uporabniku oz. uporabnici, ki je ekspert iz izkušenj. (Čačinovič Vogrinčič, Kobal, Mešl in Možina, 2011) Za ženske, ki se soočajo z umetno prekinitvijo nosečnosti, bi to pomenilo, da jih strokovnjak spremlja in podpira v njihovi odločitvi, da le-teh ne obsoja in jim je na voljo, ko potrebujejo podporo in pomoč. V osebnih zgodbah žensk z izkušnjo umetne prekinitve nosečnosti smo videli, da so bile s strani zdravstvenega osebja velikokrat obsojane, njihovi občutki in celo prisila v poseg so bili spregledani ali pa so jih zaposleni celo sami poskušali prepričati, da poseg naredijo ali ne. Strokovnjak s psihosocialnimi znanji in spretnostmi tega ne bi naredil, saj bi žensko skušal razumeti in jo podpiral v njenih odločitvah in zastavljenih ciljih. Prav tako bi lažje prepoznal negativne občutke, s katerimi se spopada ženska, prepričal pa bi se tudi, da je odločitev zares njena in je vanjo prepričana, razume postopek in poseg ter njegove posledice. S tem bi se zagotovilo, da nobena ženska ni prisiljena v umetno prekinitev nosečnosti s strani staršev, partnerja ali drugih oseb. Tiste ženske, ki bi se odločile za prekinitev nosečnosti, bi bile nanjo boljše pripravljene, še vedno pa bi jim bila na voljo dodatna psihosocialna podpora in pomoč, če bi jo potrebovale. Verjamem, da bi se tako lahko preprečile ali vsaj omilile kasnejše težave z obžalovanjem prekinitve nosečnosti, občutki krivde, pa tudi depresija in druge psihične motnje, ki so lahko (čeprav redko) posledica umetne prekinitve nosečnosti.

Prav tako vidim veliko prednost v jeziku socialnega dela (Čačinovič Vogrinčič, Kobal, Mešl in Možina, 2011), ki ga strokovnjaki uporabljajo tudi v psihosocialni podpori in pomoči. Gre za spoštljiv jezik, s katerim se uporabniku ali uporabnici približamo, smo razumevajoči in ga/jo opolnomočimo. To pomeni, da uporabljamo besede, s katerimi se lahko poveže in jih razume, dajemo pohvale,

komplimente ipd. V zgodbah žensk z izkušnjo umetne prekinitve nosečnosti je kar nekaj žensk omenilo, da so imele občutek, da jih je zdravstveno osebje obsojalo. Z uporabo jezika socialnega dela bi se lahko izognili tem negativnim občutkom in ženskam zagotovili, da jih zaposleni ne obsojajo, ampak jih razumejo in podpirajo njihovo odločitev. Prav tako bi jezik socialnega dela omogočil, da bi ženske zares razumele sam poseg in njegove posledice, kar bi pripomoglo k boljši pripravljenosti in soočanju s to izkušnjo. Jezik socialnega dela je tesno povezan s perspektivo moči (Čačinovič Vogrinčič, Kobal, Mešl in Možina, 2011), pri kateri velja, da strokovnjak pri sodelovanju z uporabniki izhaja iz njihovih moči (in ne ovir), jih krepi in išče druge vire, ki bi jim lahko bili v pomoč. Tako bi ženskam, ki želijo prekiniti nosečnost, namesto iskanja razlogov in izgovorov, da bi opravičile svojo odločitev, pomagal uvideti, kako zelo močne so, ker sprejemajo tako pomembno in težko odločitev in poskrbel, da bi imele ob tem vso potrebno podporo oz. vire moči. Za ženske, ki se odločajo za umetno prekinitve nosečnosti oz. so za poseg že odločene, je lahko zelo uporaben tudi koncept sonavzočnosti (Čačinovič Vogrinčič, Kobal, Mešl in Možina, 2011). Pravimo tudi, da strokovnjak ve ravnati s sedanostjo, je torej na voljo uporabniki za pogovor in sočutje v danem trenutku, tukaj in zdaj. Ker ženske, ki se odločajo za umetno prekinitve nosečnosti, doživljajo različne občutke in misli tako v času odločanja kot med samim posegom, je lahko zanje zelo koristno, če imajo ob sebi strokovnjaka, ki jim bo pomagal ta čustva in misli izraziti ter se jim posvetiti. Na ta način se ženskam ne bi bilo potrebno spopadati s temi občutki po posegu oz. bi vedele, na koga se lahko obrnejo, če bi jih le-ti še vedno ovirali.

Pomen strokovnjaka s psihosocialnimi znanji in spretnostmi pa ni samo podpora in pomoč ženski, ki se odloča za prekinitve nosečnosti. Njegova prednost je lahko tudi sodelovanje s svojci ženske, saj umetna prekinitve nosečnosti večinoma vpliva tudi na druge člane družine in bližnje. Tako bi imeli priložnost sodelovanja s strokovnjakom in predelave svojih občutkov tudi drugi, ki so v proces vpleteni in potrebujejo pogovor in podporo. S tem bi se lahko izognili obsodbam ženske odločitve znotraj družine, prav tako pa bi se ti uporabniki tudi sami lažje spoprijeli z izgubo.

V psihosocialnem svetovanju je pomembno, da svetovalec pomaga uporabniku prepoznati, kaj so njegove odgovornosti in kako z njimi ravnati (de Vries in Bouwkamp, 2002). To je lahko zelo pomembno za ženske, ki se odločajo za umetno prekinitve nosečnosti, še posebej če bi strokovnjak s psihosocialnimi znanji in spretnostmi lahko sodeloval že na obveznem svetovanju pred prekinitvijo nosečnosti. Tako bi lahko ženskam pomagal prepoznati njihove odgovornosti v primeru, če otroka obdržijo ali če se odločijo za umetno prekinitve nosečnosti. Tudi za ženske, ki se odločajo za prekinitve nosečnosti zaradi anomalije otroka, bi bilo lahko to zelo koristno, saj bi jim strokovnjak

pomagal razumeti, kaj pomeni in kako izgleda skrb za otroka z oviro, kar bi jim bilo v pomoč pri sprejemanju odločitve, ali otroka obdržijo ali ne.

Psihosocialna podpora in pomoč temelji na osebnem in izkustvenem delu (de Vries in Bouwkamp, 2002). To pomeni, da lahko tako strokovni delavec kot uporabnik izražata svoje osebne misli, ideje, želje in mnenja, brez da bi jih sogovornik obsojal, zasmehoval ipd. In čeprav se strokovni delavec trudi čim bolj vključevati uporabnika, ob tem spoštuje tudi uporabnikovo odločitev, da kdaj česa ne deli ali razkrije. V takih primerih se uporabnika ne sili v sodelovanje, ampak se mu da čas, da se vključi takrat in na način, ki ustreza njemu oz. njej. Ta lastnost je pomembna na področju umetne prekinitve nosečnosti predvsem za ženske, ki so v času posega raje same, ne želijo prisotnosti drugih ali pa še niso pripravljene govoriti o tem. Tem ženskam je seveda treba dati prostor, hkrati pa jim dati vedeti, da sta podpora in pomoč še vedno na voljo, ko bodo same čutile, da jo potrebujejo in želijo. Za te in tudi vse ostale primere na sploh vidim veliko prednost v "follow-up" svetovanjih oz. kontrolnih pregledih. Tako kot moramo po operaciji, bolezni ali poškodbi ponovno obiskati zdravnika, da se ta prepriča, ali zdravljenje poteka kot mora, morajo tudi ženske, ki so umetno prekinile nosečnost, večinoma nekaj dni ali tednov (odvisno od načina prekinitve nosečnosti) po posegu na kontrolni pregled (Tul, 2010). Gre za fizični pregled, pri katerem se osebni zdravnik ali ginekolog prepriča, da je z žensko vse v redu. Pri tem vidim odlično priložnost za dodatno svetovanje, v katerem bi se lahko strokovnjak s psihosocialnimi znanji in spretnostmi prepričal, ali je ženska tudi čustveno in psihično v redu oz. ali potrebuje kak dodaten pogovor in podporo. S tem bi dali ženskam vedeti, da nam je mar tudi za njihovo osebno doživljanje, prav tako pa bi vedele kje poiskati podporo in pomoč v prihodnosti, če bi jo zaradi posledic umetne prekinitve nosečnosti potrebovale.

8.2 Psihosocialna podpora in pomoč v zdravstvu do danes

Čeprav psihosocialno pomoč in podporo velikokrat omenjamo pri delu z družinami oz. v povezavi z družinsko terapijo, pa se le-ta vse pogosteje uporablja tudi pri delu s skupinami in delu s posamezniki. Veliko literature s področja medicine govori o psihosocialni podpori in pomoči v času zdravljenja ljudi, ki imajo raka. Arving idr. (2006) so v času od 1997 do 1999 sodelovali z ženskami, ki so se zdravile zaradi raka dojke. Ob kemoterapiji jim je bila nudena psihosocialna podpora in pomoč, ki so jo v sklopu raziskave na koncu ocenile. Ženske so bile z nudeno podporo in pomočjo zelo zadovoljne. Večinoma so bile bolj zadovoljne s psihosocialno podporo in pomočjo medicinskih sester, kot pa s tisto, ki jo je nudil psiholog, kar avtorji povezujejo z boljšim odnosom med

uporabnicami in medicinskimi sestrami, ki so bile prisotne tudi pri kemoterapiji, pregledih in drugih posegih. Avtorji (Arving idr., 2006) tukaj vidijo odlično priložnost za usposabljanje medicinskih sester na področju psihosocialne podpore in pomoči, kar bi po njihovem mnenju bistveno prispevalo k oskrbi žensk, obolelih za rakom dojke oz. na sploh pri vseh pacientih z diagnozo raka. Tudi Škufca Smrdel (2007) opozarja na številne psihosocialne razsežnosti in negativne psihične posledice, s katerimi se soočajo rakavi bolniki v času zdravljenja, in opozarja na potrebo po večjem sodelovanju teh bolnikov s psihologi, ki so jim med zdravljenjem lahko v podporo in pomoč.

Sodelovanje strokovnjakov s psihosocialnimi znanji in spretnostmi z rakavimi bolniki oz. drugimi pacienti v zdravstvenih institucijah ni nič tujega ali nenavadnega. Čeprav je potreba po teh strokovnjakih na področju onkologije nedvoumna, sem mnenja, da bi se moralo tako sodelovanje razširiti tudi na področje ginekologije in porodništva, še posebej z ženskami, ki se soočajo z izgubo otroka, ne glede na to, ali gre za spontani ali umetni splav.

Jasno je torej, da je namen psihosocialnega dela oz. podpore in pomoči, stati uporabnikom in uporabnicam ob strani in jih opolnomočiti. Kot že omenjeno, je lahko že sama nosečnost in tudi umetna prekinitve le-te zelo stresen dogodek. Raziskave dokazujejo tudi obstoj psihičnih posledic, s katerimi se nekatere ženske spopadajo po umetni prekinitvi nosečnosti. Smiselno bi bilo, da bi imele na voljo sogovornika, ki bi jim lahko pomagal in stal ob strani v času postopka umetne prekinitve nosečnosti. To vlogo imajo lahko tudi partner, svojci ali prijatelji, vendar lahko zahtevnost situacije včasih presega njihove zmožnosti in takrat se pojavi potreba po nekom, ki ima potrebna znanja in spretnosti. Pa imajo ženske pri nas to možnost?

9. Metodologija

V sklopu svoje raziskovalne naloge sem želela ugotoviti, kakšne so izkušnje tako strokovnjakov s področja umetne prekinitev nosečnosti kot žensk z izkušnjo umetne prekinitev nosečnosti in njihovo mnenje o potrebah psihosocialne podpore in pomoči na tem področju. Imela sem dve populaciji, za kateri sem izdelala 2 različna vprašalnika.

Moja raziskovalna vprašanja so:

- Kje je bila umetna prekinitev nosečnosti opravljena?
- Kaj so najpogostejši razlogi za umetno prekinitev nosečnosti pri nas?
- So na pogovoru s strokovnjakom oz. svetovanju dobile vse potrebne informacije?
- Jim je bila nudena ustrezna psihosocialna podpora in pomoč med postopkom prekinitev nosečnosti (in kakšna je ta v tem primeru bila)?
- So se pred in/ali med umetno prekinitvijo nosečnosti soočale z negativnimi občutki?
- Bi si želele, da bi jim bila med postopkom ponujena dodatna psihosocialna podpora in pomoč?

Moje hipoteze so:

- H1: Ženske se največkrat odločijo za umetno prekinitev nosečnosti v pristojni slovenski zdravstveni ustanovi, ki jim je krajevno najbližja.
- H2: Najpogostejši razlog za umetno prekinitev nosečnosti je anomalija oz. nepravilnost ploda.
- H3: Na pogovoru s strokovnjakom so ženske dobile vse potrebne informacije o postopku, posledicah in možnih tveganjih umetne prekinitev nosečnosti ter dodatnih virih podpore in pomoči.
- H4: Med postopkom umetne prekinitev nosečnosti jim ni bila nudena ustrezna psihosocialna podpora in pomoč.
- H5: Ženske so se med postopkom prekinitev nosečnosti soočale z negativnimi občutki.
- H6: Ženske bi si želele, da bi jim bila ponujena možnost dodatne psihosocialne podpore in pomoči ob prekinitvi nosečnosti.

Moja raziskovalna vprašanja za strokovnjake/zdravstvene delavce, ki delajo na področju umetne prekinitve nosečnosti so:

- Kateri strokovnjaki sodelujejo pri informativnem pogovoru z žensko pred umetno prekinitvijo nosečnosti?
- Ali imajo zaposleni znanja in spretnosti, da ženskam, ki se odločijo za umetno prekinitev nosečnosti, nudijo ustrezno psihosocialno podporo in pomoč?
- Se jim zdi, da bi bila dodatna psihosocialna podpora in pomoč za te ženske koristna?
- Kaj menijo o večjem številu srečanj oz. pogovorov z ženskami, ki se odločajo za umetno prekinitev nosečnosti, tako pred posegom kot tudi po posegu s tistimi, ki se zanj odločijo?

Moje hipoteze za strokovnjake/zdravstvene delavce, ki delajo na področju umetne prekinitve nosečnosti so:

- H7: Pri pogovoru sodelujejo večinoma strokovnjaki z zdravstvenega področja, ne pa s socialnega.
- H8: Zaposleni nudijo podporo in pomoč po svojih močeh, vendar večina ni posebej usposobljena za to.
- H9: Možnost dodatne psihosocialne podpore in pomoči ženskam, ki se odločijo za umetno prekinitev nosečnosti, se jim zdi koristna.
- H10: Strokovnjakom se zdi večje število srečanj oz. pogovorov z ženskami smiselno, tako pred kot po posegu.

9.1. Vrsta raziskave in spremenljivke

Moja raziskava je deskriptivna oz. opisna (Mesec, 1997a, st. 38-39). Na podlagi statističnih in kvalitativnih podatkov iz predhodnih raziskav sem izdelala svoj merski instrument, s pomočjo katerega sem raziskovala, kaj si o umetni prekinitvi na podlagi svojih izkušenj mislijo ženske danes in kaj menijo o možnosti psihosocialne podpore in pomoči v tem procesu. Raziskovala sem tudi izkušnje strokovnih delavcev na področju umetne prekinitve nosečnosti in njihova mnenja o psihosocialnem znanju in veščinah v njihovi stroki. Moja raziskava je tudi kombinirana (Mesec, 1997a, str. 40), kar pomeni, da sem zbirala tako kvantitativne oz. številčne kot tudi kvalitativne oz. opisne podatke.

Spremenljivke pri vprašalnikih za žensko so:

STAROST OB PRVI UMETNI PREKINITVI NOSEČNOSTI → Koliko so bile ženske stare, ko so se prvič odločile za umetno prekinitev nosečnosti, kar bom preverjala z vprašanjem o starosti. Ker zame ne bo pomembno natančno število let, bo v vprašalniku možno obkrožiti določeno skupino let, ki bodo: mladoletna (do 18 let), 18–25, 26–30, 31–35, 36–40 in 41+.

TRAJANJE NOSEČNOSTI → Trajanje nosečnosti oz. gestacijska starost, ko so se ženske odločile za umetno prekinitev nosečnosti, je pomembna zaradi načina umetne prekinitve nosečnosti, možnih posledic ipd. Zame ni pomembna točna gestacijska starost, zato jo bom merila samo po trimesečjih: prvo, drugo ali tretje trimesečje.

ZDRAVSTVENA USTANOVA → Ustanova, v kateri so ženske obravnavane oz. se jim opravi umetna prekinitev nosečnosti. Merjenje te variable z zaprtim vprašanjem z možnostmi: Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj, Bolnišnica Ptuj, Bolnišnica Postojna, Klinični center Ljubljana, Splošna bolnica Jesenice, Splošna bolnišnica Brežice, Splošna bolnišnica Celje, Splošna bolnišnica Dr. Franca Derganca, Splošna bolnišnica Izola, Splošna bolnišnica Maribor, Splošna bolnišnica Murska Sobota, Splošna bolnišnica Novo mesto, Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, Splošna bolnišnica Trbovlje P.O., drugje v Sloveniji ali v tujini.

RAZLOG ZA IZBIRO USTANOVE → Dejavniki in lastnosti zdravstvene ustanove, ki so bili razlog, da je ženska izbrala določeno zdravstveno ustanovo za obravnavo in umetno prekinitev nosečnosti. Merjenje z zaprtim vprašanjem: predlog osebnega zdravnika/ginekologa, sloves institucije, priporočila bližnjih, bližina (domačemu kraju), anonimnost/zasebnost kraja in brez posebnih razlogov. Dodana tudi možnost "drugo".

RAZLOG ZA UMETNO PREKINITEV NOSEČNOSTI → Razlogi, zakaj se ženske odločajo za umetno prekinitev nosečnosti. Zaprto vprašanje z odgovori: ekonomska stiska, prostorska stiska, nepripravljenost, še trajajoče izobraževanje, kariera, nezaželena nosečnost, težave v partnerskem odnosu, zadovoljstvo s trenutnim številom otrok, anomalija (nepravilnost) ploda, nosečnost je ogrožala življenje nosečnice, menila sem, da sem za (še enega) otroka prestara, strah me je bilo, da bi lahko bilo z otrokom kaj narobe (anomalija, dedne bolezni, idr.), pritisk drugih (partnerja, staršev, delodajalec idr.) in predlog ginekologa. Dodana tudi možnost "drugo".

PODOPRA IN POMOČ V ČASU UMETNE PREKINITVE NOSEČNOSTI → Kdo je ženskam pomagal in stal ob stani v času umetne prekinitve nosečnosti skozi celoten proces, pri odločanju, skozi poseg in tudi

neposredno po umetni prekinitvi nosečnosti. Preverjanje z več vprašanji o prisotnosti drugih v določenih delih procesa UPN, njihovem vplivu, pomoči in podpori idr. Zaprta vprašanja, ki se nanašajo na osebe, ki so bile prisotne ali so imele vpliv, bile v pomoč in komu so se v tem času lahko zaupale z možnimi odgovori: partner, osebni zdravnik, ginekolog, medicinska sestra, socialna delavka, psiholog, bližnji ali sama (ženska). Dodana možnost "drugo".

SVETOVANJA OZ. POGOVORI PRED UPN → Svetovanja oz. pogovori pred umetno prekinitvijo nosečnosti, ki služijo za informiranje in podporo nosečnicam. Merjenje z različnimi vprašanji - zaprto vprašanje o številu svetovanj pred UPN z odgovori 0, 1, 2 in 3+. Ocenjevanje posameznih elementov pogovora oz. svetovanja z ocenami od 1 do 5, kjer 1 pomeni zelo nezadovoljna, 5 pa pomeni zelo zadovoljna. Odprta vprašanja o pomenu svetovanja, željah glede svetovanj, potrebnih spremembah ipd.

OBČUTKI MED UPN IN PSIHIČNE POSLEDICE UPN → Občutki, ki so jih ženske izkusile med umetno prekinitvijo nosečnosti, se merijo z ocenjevalno lestvico, kjer ženske izkušnjo naštetih občutkov ocenijo z: da, zelo intenzivno; da, vendar ne zelo intenzivno ali nisem izkusila tega občutja. Merjenje možnih psihičnih posledic prav tako z ocenjevalno lestvico, kjer ženske naštete psihične posledice ocenijo s: sem izkusila ali nisem izkusila.

PSIHOSOCIALNA PODPORA IN POMOČ → Ocenjevanje kakovosti, prakse, želja in potreb žensk v sklopu psihosocialne podpore in pomoči, ki so jo prejele oz. bi si jo želele prejeti. Preverjanje z odprtimi vprašanji o izkušnji prejete psihosocialne podpore in pomoči in željeni obliki le-te. Ocenjevalna lestvica, pri kateri ženske ocenijo pomen elementov socialnega dela pri delu z uporabnicami na področju UPN z: zelo pomembno, srednje pomembno ali nepomembno. Vprašanja o zaposlitvi in učinkovitosti strokovnjaka s psihosocialnimi znanji in spretnostmi na področju UPN ter njegovi prisotnosti med UPN.

Spremenljivke pri zaposlenih na področju UPN so:

NAZIV USTANOVE → Naziv ustanove, katere strokovnjak oz. zaposleni izpolnjuje vprašalnik. Merjenje z odprtim vprašanjem o nazivu ustanove.

ZAPOSLENI NA ODDELKU ZA UPN → Merjenje oseb oz. vrste izobrazbe in števila zaposlenih strokovnjakov na oddelku za UPN. Merjenje z delno odprtim vprašanjem, pri katerem naštetim poklicem (zdravniki, medicinske sestre, socialne delavke in psihologi) pripišejo število zaposlenih (zdravnikom pa še specializacijo). Dodana tudi možnost "drugo".

SVETOVANJA OZ. POGOVORI PRED UPN → Svetovanja oz. pogovori pred umetno prekinitvijo nosečnosti, ki služijo za informiranje in podporo nosečnicam. Merjenje z različnimi vprašanji - odprto vprašanje o številu pogovorov pred UPN. Odprta vprašanja o tem, kdo določi število svetovanj pred UPN, kateri dejavniki vplivajo na število svetovanj pred UPN, o namenu svetovanj pred UPN, potrebnih spremembah na tem področju, mnenju o "follow up" svetovanjih po UPN in zaprto vprašanje o prisotnih strokovnjakih na svetovanju z možnimi odgovori: ginekolog, osebni zdravnik nosečnice, medicinska sestra, socialna delavka in/ali psiholog. Dodana tudi možnost "drugo".

PSIHOSOCIALNA PODPORA IN POMOČ → Psihosocialna podpora in pomoč ženskam, ki jo nudijo zaposleni uporabnicam v času UPN oz. bi si jo želeli nuditi. Merjenje z odprtimi vprašanji o pomenu psihosocialne podpore in pomoči nosečnicam, trenutni praksi psihosocialne podpore in pomoči, psihosocialnih znanjih in spretnostih, ki jih imajo zaposleni in potrebi po izobraževanju na tem področju ter zaposlovanju strokovnjakov s temi znanji in spretnostmi. Merjenje pomena elementov socialnega dela za delo z nosečnicami z ocenjevalno lestvico, kjer vsak element ocenijo z: zelo pomembno, srednje pomembno ali nepomembno. Merjenje odgovornosti za psihosocialno podporo in pomoč nosečnici z ocenjevalno lestvico, kjer naštete osebe ocenijo z: zelo odgovoren, srednje odgovoren ali neodgovoren. Pri obeh lestvicah dodana možnost "drugo". Zaprto vprašanje o potrebah posedovanja psihosocialnih znanj in spretnosti med zaposlenimi z možnimi odgovori: da, vsi; ne, ta znanja niso nujno potrebna za delo na tem področju; ali lahko ga imajo samo določeni posamezniki, ki sodelujejo z ženskami po potrebi. Dodana možnost "drugo".

NEGATIVNI OBČUTKI IN PSIHIČNE POSLEDICE UPN → Mnenje strokovnjakov o negativnih občutkih in psihičnih posledicah, ki jih imajo lahko ženske med ali po UPN, glede na določene dejavnike. Merjenje z zaprtim vprašanjem o povezavi med negativnimi psihičnimi posledicami in vrsto splava z možnimi odgovori: da, psihične posledice so v obeh primerih lahko hude; ne, psihične posledice spontanega splava so hujše; ne, psihične posledice umetne prekinitve nosečnosti so hujše; ali odvisno od posameznice. Dodana možnost "drugo". Odprto vprašanje o povezavi med negativnimi psihičnimi posledicami in trimesečju oz. gestacijski meji, ko se ženske odločijo za UPN.

9.2. Raziskovalni instrumenti in viri podatkov

Za potrebe svoje raziskave sem izdelala dva merska instrumenta (Mesec, 1997a). Eden je bil namenjen zaposlenim na področju umetne prekinitve nosečnosti, drugi pa ženskam, ki imajo izkušnjo umetne prekinitve nosečnosti. Oba sta bila napisana v programu Word, nato pa sem vprašalnik za ženske po odobritvi mentorice pretvorila v spletno anketo, kar je anketirankam zagotavljalo popolno anonimnost. Oba vprašalnika sta vsebovala nagovor, v katerem sem opisala, kdo sem, zakaj zbiram podatke, koliko izpolnjenih vprašalnikov potrebujem od vsakega posameznika, kako izgleda vprašalnik ipd. Vprašalnik za ženske je imel 26 vprašanj, od tega 20 zaprtega in 6 odprtega tipa. Vprašalnik za zaposlene je imel 19 vprašanj, od tega 5 zaprtega in 14 odprtega tipa. Oba vprašalnika sta imela tudi lestvice nedefiniranih pojmov (Mesec, 1997a), vprašalnik za ženske je imel 4, vprašalnik za zaposlene pa 2 taki lestvici.

9.3. Populacija

Moja raziskava ima 2 populaciji. Prva so ženske, ki trenutno živijo v Sloveniji in so v življenju vsaj enkrat bile na umetni prekinitvi nosečnosti do aprila 2018. Druga populacija so strokovni delavci na področju umetne prekinitve nosečnosti, ki so meseca aprila 2018 bili zaposleni v eni (ali več) izmed 14-ih zdravstvenih ustanov, kjer je v Sloveniji možno opraviti umetno prekinitev nosečnosti.

9.4. Vzorčenje

Na podlagi mojih dveh populacij sem naredila tudi dva vzorca oz. delni populaciji (Mesec, 1997a, str.72). Ker je bil vprašalnik za ženske objavljen v obliki spletne ankete, da je bila vsem ženskam zagotovljena anonimnost, so bile sodelujoče v raziskavi izbrane povsem slučajno. Pogoji je bil, da imajo v tem času dostop do spleta oz. do strani, kjer sem oglaševala svojo anketo, zato je vzorec priložnostni. (Mesec, 1997a, str. 79) Vzorec zaposlenih je bil slučajnostni in stratificiran (Mesec, 1997a, str. 79). Na podlagi seznama zdravstvenih ustanov, kjer je možno opraviti umetno prekinitev nosečnosti v Sloveniji, sem preko elektronske pošte kontaktirala vseh 14 ustanov in jih prosila, da mi vrnejo po 1 rešen vprašalnik.

9.5. Zbiranje podatkov

V mesecu marcu sem izdelala oba vprašalnika. Podatke sem začela zbirati 13. 4. 2018. Spletno anketo za ženske sem objavila na svojem Facebook profilu, preko katerega so jo delile tudi nekatere prijateljice. Posredovala sem jo tudi organizacijam, ki so namenjene staršem nasploh ali tistim, ki so namenjene specifično staršem, ki se soočajo z izgubo otroka zaradi splava. Od 4 sta jo 2 delili na svojih straneh že v naslednjih dneh. Odločila sem se, da bom poskušala zbrati vsaj 30 vprašalnikov do konca aprila. Če mi to ne bi uspelo, bi raziskavo podaljšala. 13. 4. 2018 sem preko elektronske pošte vprašalnik posredovala strokovnim delavcem na naslove s seznama zdravstvenih ustanov, kjer opravljajo umetno prekinitev nosečnosti v Sloveniji. Teh je bilo 14, tako da bi skupaj z ženskami imela vsaj 44 rešenih vprašalnikov (pri ženskah bi v primeru velikega števila izpolnjenih vprašalnikov analizirala vse, ki bi jih zbrala do 1. 5. 2018). Do konca meseca sem prejela 67 rešenih vprašalnikov za ženske, izmed katerih sem izločila tiste, ki niso bili rešeni v celoti oz. so jih po določenem vprašanju anketiranke prenehale reševati. Tako sem dobila 36 rešenih vprašalnikov, primernih za analizo. Zaposlenim na področju umetne prekinitve nosečnosti sem vprašalnike in prošnjo za izpolnitev le-teh poslala večkrat; najprej 13. 4. 2018, nato še 23. 4. 2018, 30. 4. 2018 in še enkrat 21.5.2018, vendar sem v tem času prejela le 5 izpolnjenih vprašalnikov.

9.6. Obdelava in analiza podatkov

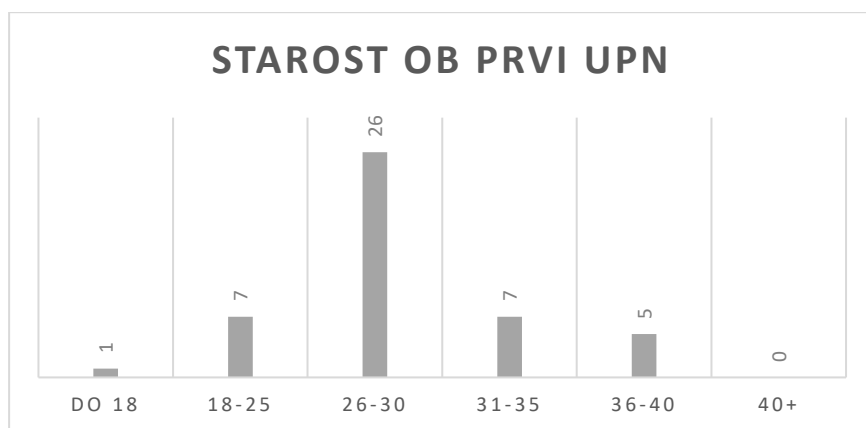
Rešene vprašalnike sem od začetka zbiranja vsak teden večkrat preverjala in si s spletne strani, kjer je bil objavljen, prenesla tiste, ki so bili izpolnjeni v celoti ali v večini. Prav tako sem si iz elektronskega nabiralnika, kamor sem prejemale izpolnjene vprašalnike zaposlenih, prenašala le-te. Vse podatke sem najprej preštevala s tehniko ročne obdelave (Mesec, 1997a, str. 137), in sicer s črtkanjem (Mesec, 1997a, str. 137). Na ta način sem preštevala samo kvantitativne podatke. Odgovore na odprta vprašanja pa sem zbirala v posebnem Wordovem dokumentu, kjer sem jih nato analizirala z metodo odprtega kodiranja (Mesec, 1997b). Vse rezultate sem nato pretvorila v grafe s pomočjo programa Excel.

10. Rezultati

10.1. Ženske

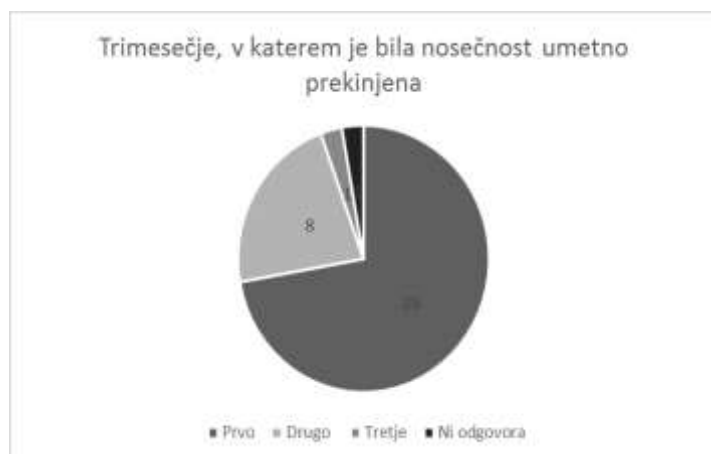
Starost žensk, ki so sodelovale v raziskavi, je bila v času prve umetne prekinitve nosečnosti večinoma med 18. in 40. letom starosti. Izjema je 1 primer mladoletnice. Največ žensk je bilo starih med 26 in 30 let (26 žensk). Enako jih je bilo v dveh skupinah od 18 do 25 in od 31 do 35 let (iz vsake 7 žensk), nekoliko manj v skupini od 36 do 40 let (5 žensk). V skupini nad 40 let ni bilo nobene, kar je prikazano tudi v spodnji tabeli oz. grafu.

Tabela 10.1.1. Starost žensk ob prvi umetni prekinitvi nosečnosti



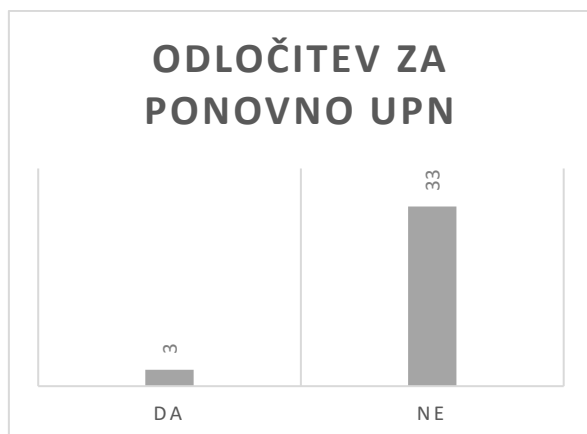
Naslednja tabela prikazuje, v katerem trimesečju so ženske prekinile nosečnost. Večji delež jih je nosečnost umetno prekinil v prvem trimesečju (26 žensk). 8 jih je nosečnost prekinilo v drugem, 1 pa v tretjem trimesečju. Ena na to vprašanje ni odgovorila, zato ni podatka, v katerem mesecu je nosečnost prekinila.

Tabela 10.1.2. Trimesečje, v katerem je bila nosečnost umetno prekinjena



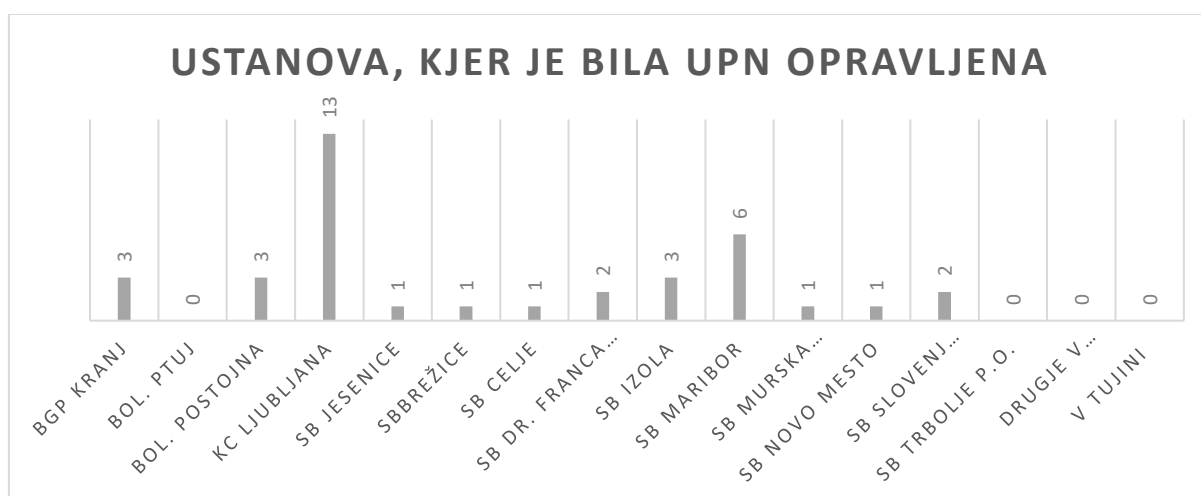
Izmed sodelujočih v raziskavi so se le 3 ponovno odločile za umetno prekinitev nosečnosti, medtem ko ostale nimajo več kot ene izkušnje z umetno prekinitvijo nosečnosti (33 žensk).

Tabela 10.1.3. Odločitev žensk za ponovno UPN



Ženske, ki so izpolnjevale vprašalnik, so nosečnost umetno prekinile v Sloveniji, v eni od 14 pristojnih ustanov, ki sem jih naštel že prej. To dokazujeta podatka, da nobeni izmed njih poseg ni bil opravljen v tujini ali v kateri drugi slovenski ustanovi. Nobena izmed sodelujočih ni bila v Postojnski bolnišnici ali v Splošni bolnišnici Trbovlje. Po 1 je bila v Splošni bolnišnici Jesenice, Splošni bolnišnici Brežice, Splošni bolnišnici Celje, Splošni bolnišnici Murska Sobota in Splošni bolnišnici Novo mesto. V Splošni bolnišnici Dr. Franca Derganca in v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec sta bili po 2 udeleženci. 3 so bile v Bolnišnici za ginekologijo in porodništvo Kranj, prav tako 3 v Splošni bolnišnici Izola in 3 v Bolnišnici Postojna. 6 jih je bilo v Splošni bolnišnici Maribor, 13 pa v Kliničnem centru Ljubljana. To potrdi prvi del moje prve hipoteze, saj so vse anketiranke UPN opravile v slovenskih zdravstvenih ustanovah, ki so pristojne za umetne prekinitve nosečnosti.

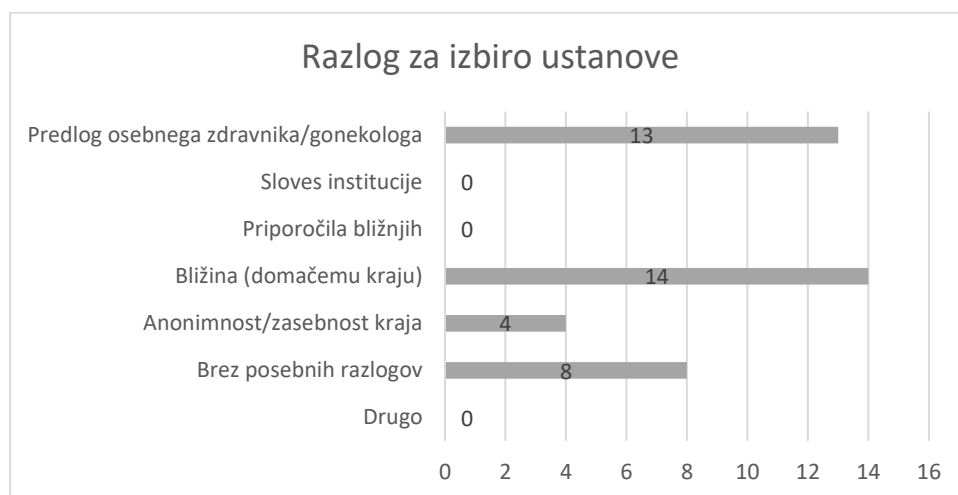
Tabela 10.1.4. Ustanova, kjer je bila umetna prekinitev nosečnosti opravljena



*BGP= Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo *SB= Splošna bolnišnica *KC= Klinični center

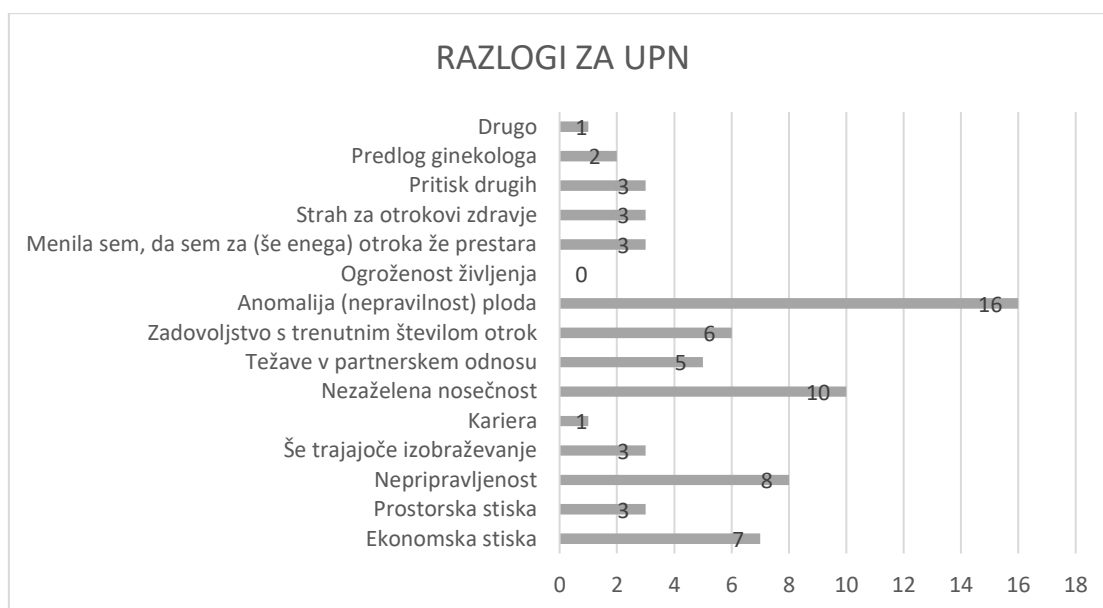
Pri razlogih, zakaj so izbrale ustanovo, kjer so umetno prekinile nosečnost, jih je 14 odgovorilo, da je bil razlog bližina ustanove domačemu kraju. 13 jih je upoštevalo predlog osebnega zdravnika oz. ginekologa, 4 pa je bila pomembna anonimnost kraja. Sloves institucije, priporočila bližnjih ali kak drug razlog niso bili za sodelujoče pomembni. 8 pa se jih je za ustanovo odločilo brez posebnega razloga. Ti rezultati so potrdili še drugi del moje prve hipoteze, in sicer da se ženske največkrat odločijo za zdravstveno ustanovo zaradi bližine domačemu kraju, saj je ta odgovor izbralo največ žensk.

Tabela 10.1.5. Razlogi žensk za izbiro ustanove za UPN



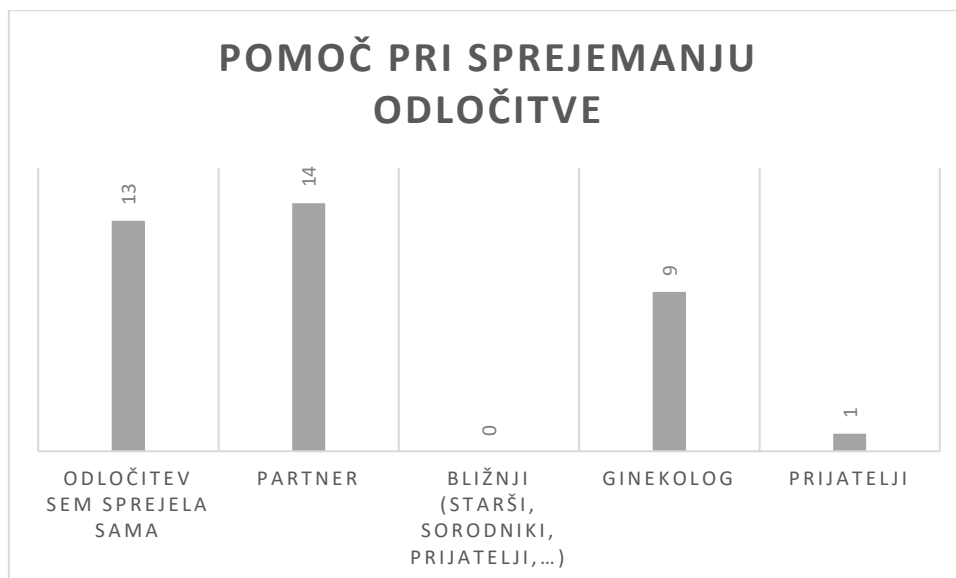
Nobena izmed žensk se ni za prekinitev nosečnosti odločila, ker bi ta ogrožala njeno življenje. Najpogostejši razlog je bil anomalija oz. nepravilnost otroka, kar je označilo 14 anketirank. Drugi najpogostejši razlog je nezaželena nosečnost (13 žensk). Sledijo nepripravljenost (8 žensk) ekonomska stiska (7 žensk), zadovoljstvo s trenutnim številom otrok (6 žensk) in težave v partnerskem odnosu (5 žensk). Pritisk drugih, mnenje, da so za (še enega) otroka prestare, še trajajoče izobraževanje, prostorska stiska in strah, da bi bilo z otrokom kaj narobe, so izbrale vsakič po 3 udeleženke. Manj pogosta razloga sta bila predlog ginekologa (2 primera) in kariera (1 primer). 1 anketiranka je izbrala drugi razlog, vendar ga ni navedla. Ti rezultati so potrdili mojo drugo hipotezo, saj se je največ žensk za UPN odločilo zaradi anomalije oz. nepravilnosti ploda.

Tabela 10.1.6. Razlogi žensk za umetno prekinitev nosečnosti



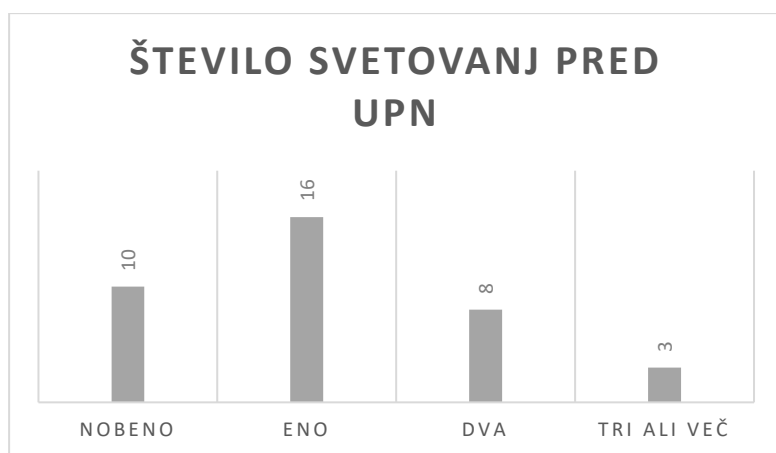
Ženskam je pri sprejemanju odločitve o umetni prekinitvi nosečnosti največkrat pomagal partner (14 primerov). 9 je pomagal pri tem ginekolog oz. osebni zdravnik, 1 pa prijatelji. 13 žensk je odločitev sprejelo samo. Nobeni niso ob tem bili v pomoč bližnji.

Tabela 10.1.7. Kdo je ženskam pomagal sprejeti odločitev za UPN



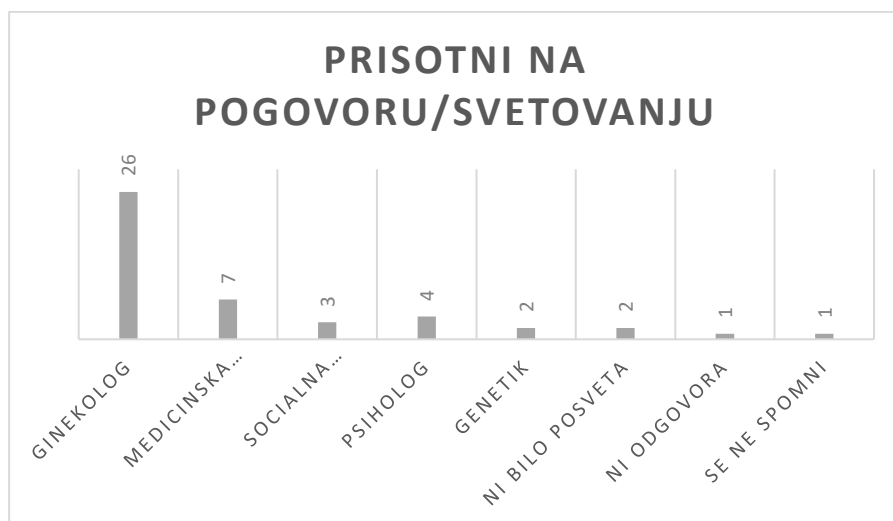
15 žensk je pred posegom imelo ena svetovanje, 8 dve svetovanji, le 3 pa so imele tri ali več svetovanj pred posegom. Skoraj tretjina anketirank svetovanja pred posegom sploh ni imela (10 žensk).

Tabela 10.1.8. Število svetovanj/pogovorov pred UPN



Na svetovanju oz. pogovoru pred posegom je skoraj pri vseh bil prisoten ginekolog (26 odgovorov). V 7 primerih je bila zraven tudi medicinska sestra. Psiholog je bil prisoten pri 4, socialna delavka pa pri 4. Pri 2 je bil prisoten tudi genetik. 2 sta pod drugim navedli, da svetovanja ni bilo, 1 se ni spomnila, kdo je bil prisoten, 1 pa na to vprašanje ni odgovorila.

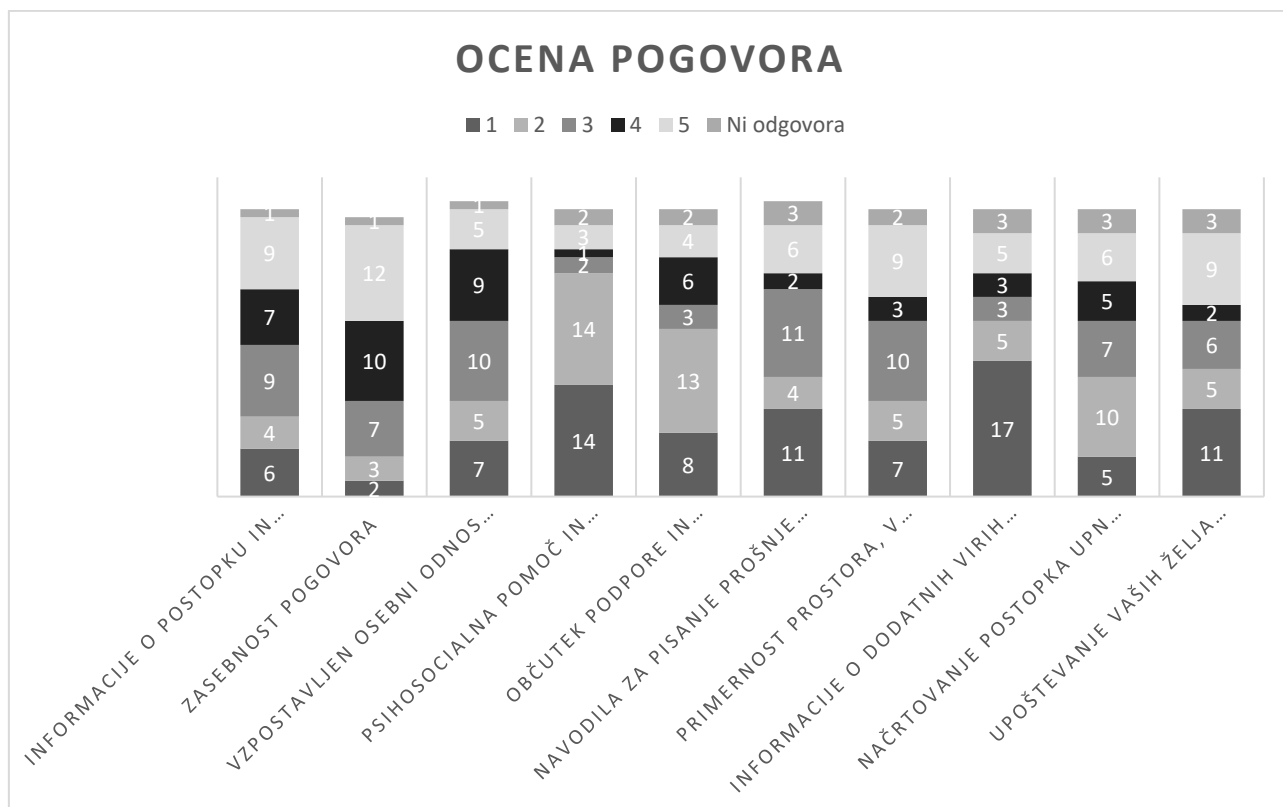
Tabela 10.1.9. Prisotni strokovnjaki na svetovanju/pogovoru pred UPN



Ženske so ocenjevale tudi določene elemente svetovanja oz. pogovora, ki so ga imele s strokovnjaki v času procesa umetne prekinitve nosečnosti. Najboljše ocene so dale zasebnosti pogovora, ki ji jo je 12 žensk ocenilo s 5, 10 s 4, 7 s 3, 3 z 2 in 2 z 1. Informacije o postopku UPN so bile ocenjene 9 x s 5, 7 x s 4, 9 x s 3, 4 x s 4 in v 6 x z 1. Vzpostavljen osebni odnos z osebjem je 5 žensk ocenilo s 5, 9 s 4, 10 s 3, 5 z 2 in 7 z 1. Občutek podpore in pomoči so le 3 ocenile s 5, 1 s 4, 2 s 3, 14 z oceno 2 in prav toliko z 1. Slabše ocenjena so tudi navodila za pisanje prošnje za umetno prekinitvev nosečnosti s samo šestimi ocenami 5, dvema ocenama 4, enajstimi ocenami 3, štirimi ocenami 2 in kar enajstimi ocenami 1. Primernost prostora je bila ocenjena boljše; 9 žensk je dalo oceno 5, tri 4, deset

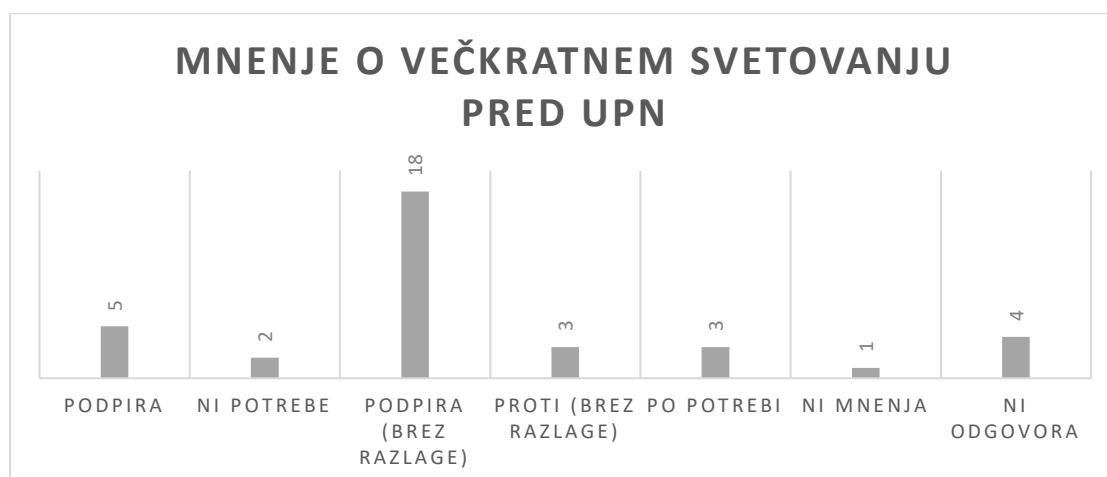
3, pet 2 in sedem 1. Informacije o dodatnih virih (po)moči so bile ocenjene najslabše; 5 žensk jih je ocenilo s 5, 3 s 4 in prav tako 3 s 3, 5 z 2 in kar 17 z 1. Načrtovanje postopka UPN je 6 žensko ocenilo s 5, 5 s 4, 7 s 3, 10 z 2 in 5 z 1. Upoštevanje želja je 9 žensko ocenilo s 5, 2 s 4, 6 s 3, 5 z 2 in 11 z 1. Ti rezultati zavržejo mojo tretjo hipotezo. Kljub temu da so ženske dobro ocenile informacije o postopku in posegu UPN, pa so bile informacije o dodatnih virih pomoči ocenjene najslabše, saj jih je 5 ocenilo le-te z 2, kar 17 pa z 1.

Tabela 10.1.10. Ocene pogovora/svetovanja pred UPN



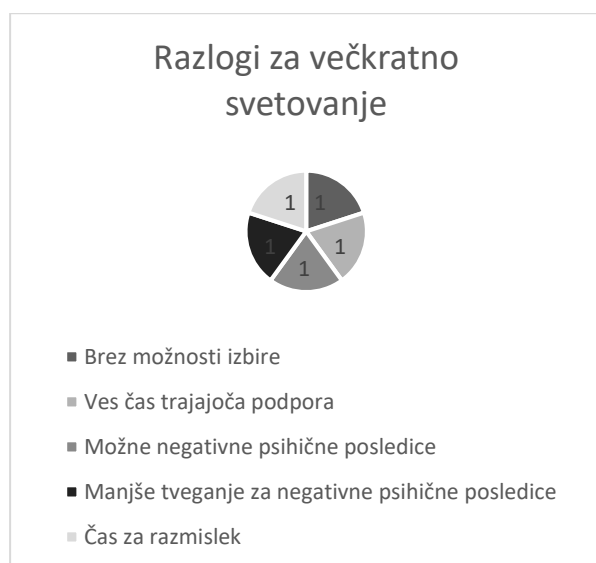
Pri prvem odprtem vprašanju so ženske izrazile svoje mnenje o večkratnem svetovanju nosečnicam pred umetno prekinitvijo nosečnosti, ki je v nekaterih državah obvezno. 23 žensk je zamisel podprlo, vendar jih je le 5 ob tem izrazilo tudi razloge. 5 jih meni, da tak način svetovanja ni potreben oz. mu nasprotujejo, pri čemer sta razloge za svoj odgovor ponovno podali samo 2. 3 menijo, da se večkratna svetovanja lahko izvajajo po potrebi, 4 pa na to vprašanje niso odgovorile. 1 ni jasno izrazila mnenja.

Tabela 10.1.11. Mnenje žensko o večkratnem svetovanju pred UPN



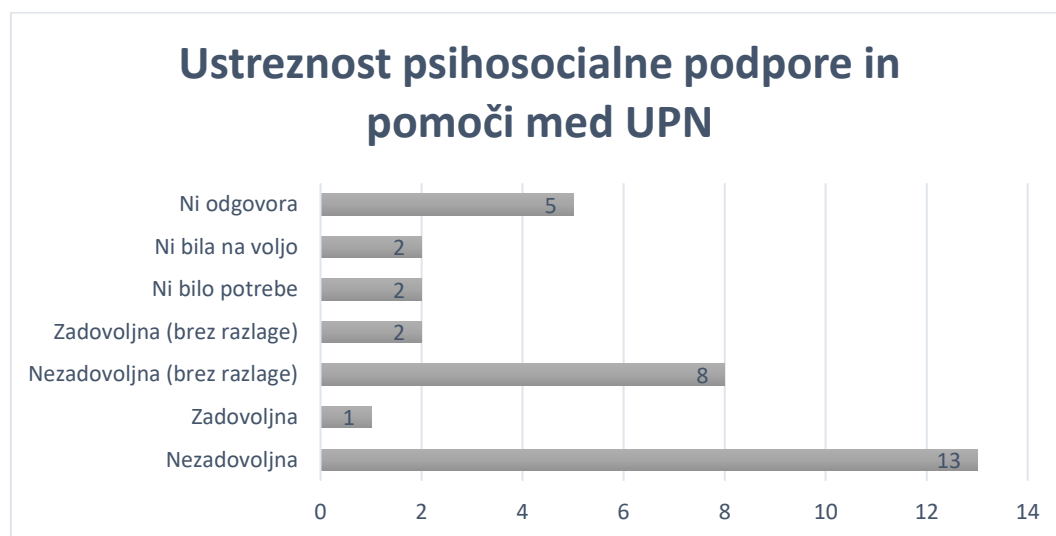
Tiste, ki so svojo podporo večkratnih svetovanj razložile, so imele za to različne razloge. 1 je povedala, da se je sama počutila, kot da nima druge izbire. 1 je izrazila željo po podpori, ki bi trajala ves čas, druga pa po daljšem času za razmislek o taki odločitvi. 1 je menila, da bi večkratna svetovanja zmanjšala tveganje za negativne psihične posledice po umetni prekinitvi nosečnosti. Zadnja je menila, da bi bila ta svetovanja v pomoč pri spopadanju z možnimi negativnimi občutki. Pri ženskah, ki so nasprotovale takemu načinu svetovanja, je 1 povedala, da je njena situacija bila zelo jasna in zato ni potrebovala več svetovanj, medtem ko je druga pohvalila dober osebni odnos z zdravnikom, ki ji je bil pri celotni izkušnji v pomoč in zato ni potrebovala več svetovanj. 1 izmed tistih, ki so bile za večkratna svetovanja po potrebi, je dodala, da večkratna svetovanja ne smejo biti obvezna, temveč prostovoljna oz. v dogovoru z nosečnico.

Tabela 10.1.12. Razlogi za večkratno svetovanje pred UPN



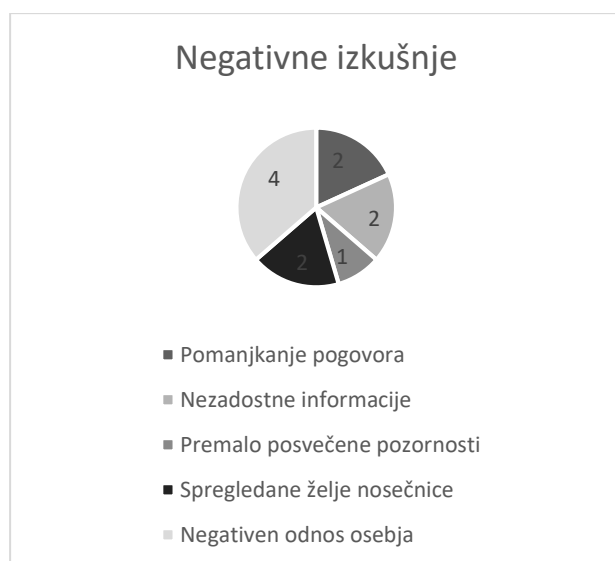
Večina žensk (21) ni bila zadovoljnih z ustreznostjo psihosocialne podpore in pomoči, ki so jo prejele v času umetne prekinitve nosečnosti, od tega jih je 13 za to podalo tudi razloge. 3 so bile z nudeno psihosocialno podporo in pomočjo zadovoljne, od tega je 1 podala tudi razlago. 2 menita, da psihosocialne podpore in pomoči nista potrebovali, medtem ko le-ta 2 sploh ni bila na voljo. 5 jih na to vprašanje ni odgovorilo. Ti rezultati potrjujejo mojo četrto hipotezo, saj več kot polovica (21) žensk ni bila zadovoljna z ustreznostjo ponujene psihosocialne podpore in pomoči. 2 pa psihosocialne podpore in pomoči sploh nista imeli na voljo. Zadovoljne so bile 3 ženske.

Tabela 10.1.13. Ocena ustreznosti nudene psihosocialne podpore in pomoči med UPN



Ženske, ki niso bile zadovoljne s psihosocialno pomočjo in podporo, so omenjale negativen odnos osebja, pomanjkanje pogovora, nezadostne informacije o samem posegu in posledicah ter neupoštevanje njihovih želja. 1 ni prejela dovolj informacij o anomaliji otroka. 1 je povedala, da ji osebje ni posvečalo veliko pozornosti. 1 izmed žensk je zaradi umetne prekinitve nosečnosti še nekaj časa imela težave z duševno stisko, 1 pa meni, da je imela zaradi umetne prekinitve nosečnosti težave pri zanositvi po umetni prekinitvi nosečnosti. Kljub negativni izkušnji, 1 anketiranka poudarja prisotnost partnerja v času UPN kot vir moči.

Tabela 10.1.14. Negativne izkušnje žensk



Anketiranke so omenjale tudi veliko negativnih občutkov, ki so jih v času umetne prekinitve nosečnosti izkusile. Ti so žalost, nepomembnost, sram, krivda, dvom, odvečnost, nezaželenost, osamljenost, ponižanje, nerazumljenost in čustvena prizadetost. Obsojanje s strani zdravniškega osebja so izkusile kar 3 ženske. 2 ženski sta omenjali tudi obliko psihosocialne podpore in pomoči, ki sta jo prejeli. 1 jo je prejela v obliki razlage umetne prekinitve nosečnosti in vprašanji, ali je v odločitev prepričana oz. jo v to nihče ne sili. Druga je dobila brošuro z informacijami o forumih, organizacijah ipd., ki bi ji bili lahko v pomoč pri premagovanju negativnih občutkov ali posledic UPN.

Tabela 10.1.15. Negativni občutki žensk med UPN

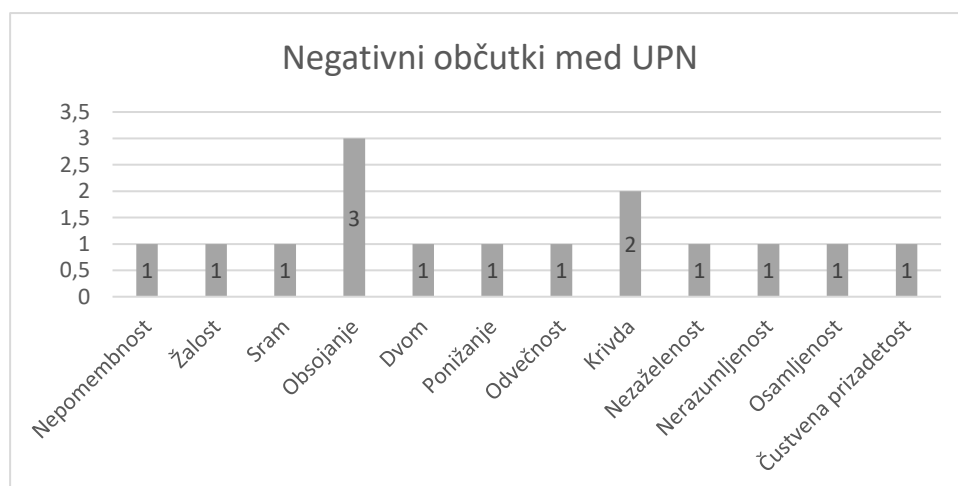
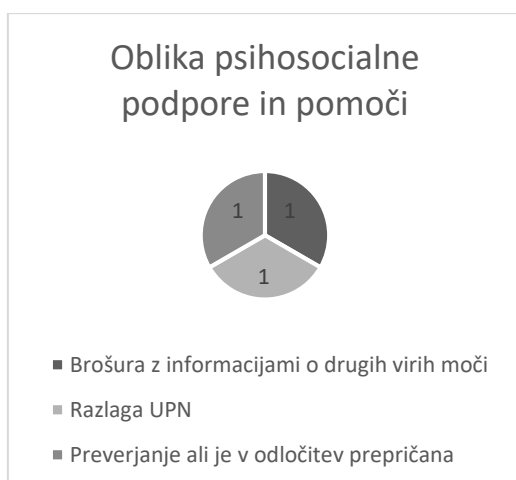


Tabela 10.1.16. Prejeta psihosocialna podpora in pomoč



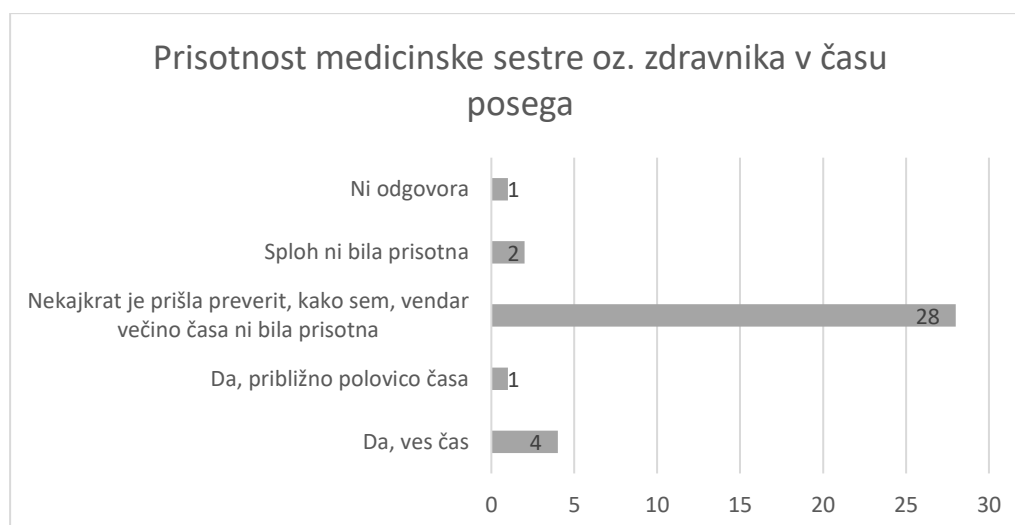
Izmed tistih, ki so bile zadovoljne s ponujeno psihosocialno podporo in pomočjo oz. so menile, da le-ta ni bila potrebna, je 1 povedala, da je ni potrebovala, ker je bila za umetno prekinitev nosečnosti odločena. Druga je o odločitvi dobro premislila, zato je prav tako ni potrebovala. 3 so izrazile tudi svoje želje, in sicer 2 po ves čas prisotni podpori in pomoči med UPN, 1 po pogovoru tudi po posegu. 1 anketiranka je poudarila, da je imela v času procesa UPN premalo časa za razmislek in reflektiranje čustev. 1 anketiranka je povedala, da je podporo in pomoč, ki jo je potrebovala, našla drugje/izven ustanove.

Tabela 10.1.17. Želje/potrebe žensk



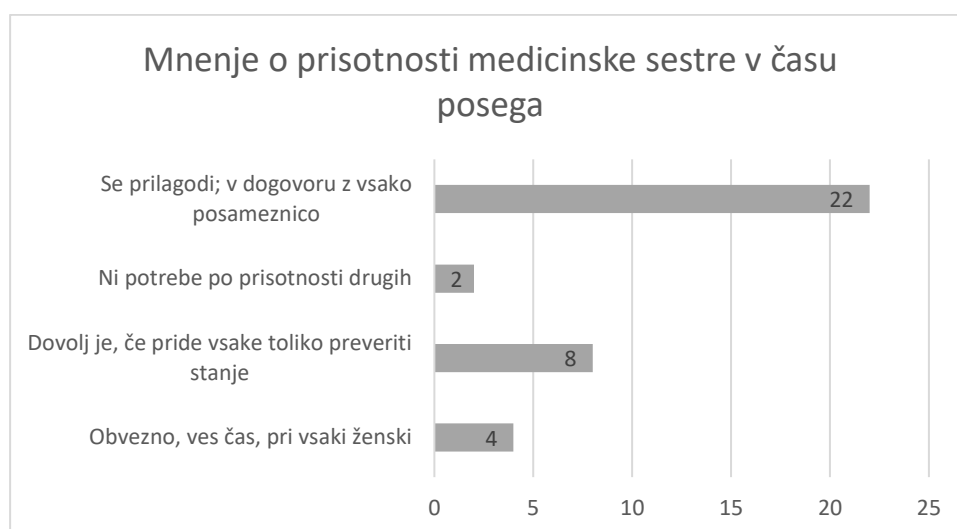
Na vprašanje, koliko časa je bila medicinska sestra (ali zdravnik) prisotna v času posega umetne prekinitve nosečnosti, je 28 anketirank odgovorilo, da je nekajkrat prišla preveriti, kako so, sicer pa je bila večino časa odsotna. Pri 4 je bila medicinska sestra prisotna ves čas, pri 1 približno polovico časa, pri 2 pa sploh ni bila prisotna. 1 na to vprašanje ni odgovorila.

Tabela 10.1.18. Prisotnost medicinske sestre v času posega UPN



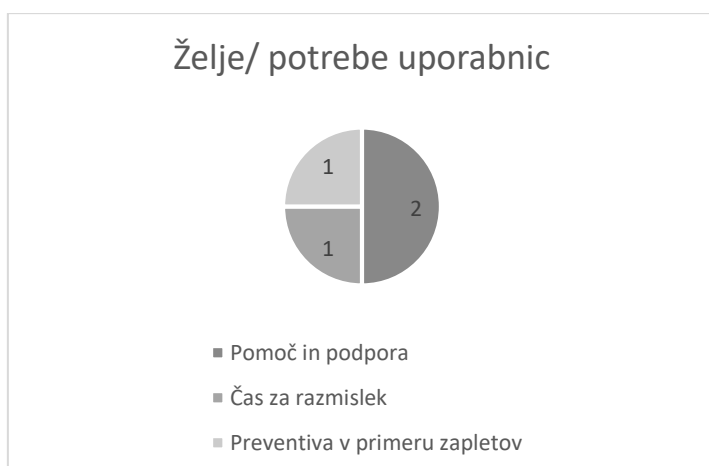
O prisotnosti medicinske sestre v času posega umetne prekinitve nosečnosti jih 22 meni, da se le-ta naj prilagodi v dogovoru z vsako posameznico. 8 jih meni, da je dovolj, če pride medicinska sestra vsake toliko preveriti situacijo, 4 pa menijo, da bi morala biti obvezno prisotna ves čas pri vsaki ženski. 2 sta mnenja, da ni potrebe po prisotnosti drugih v času posega.

Tabela 10.1.19. Mnenje žensko o prisotnosti medicinske sestre v času posega UPN



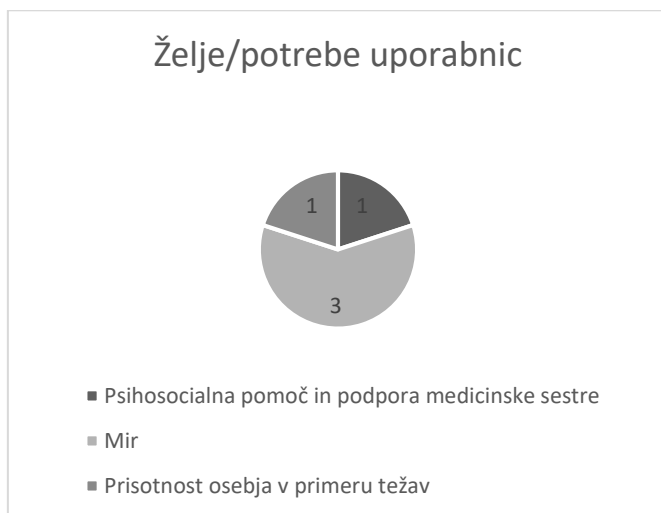
3 od 4, ki so izbrale odgovor "Obvezno, ves čas, pri vsaki ženski," so svojo izbiro razložile z željami in potrebami, ki so jih same imele v času posega. 1 je povedala, da je potrebovala podporo in pomoč, druga čas za razmislek, 2 pa prisotnost medicinske sestre skozi celoten poseg vidita kot preventivo v primeru zapletov. 1 ni razložila svojega odgovora.

Tabela 10.1.20. Razlogi za odgovor: "Obvezno, ves čas, pri vsaki ženski"



Izmed 2, ki sta izbrali odgovor: "Ni potrebe po prisotnosti drugih," je 1 zapisala, da sama ni čutila potrebe po prisotnosti drugih v času prekinitve nosečnosti. Za odgovor "Dovolj je, če pride vsake toliko preveriti stanje" jih je 5 od 8 razložilo izbiro odgovora, ponovno z željami in potrebami na podlagi lastne izkušnje. 1 je napisala, da si je želela miru, 1 psihosocialne podpore in pomoči s strani medicinske sestre, 3 pa se zdi prisotnost osebja v času posega koristna v primeru, da bi prišlo do težav. 1 je omenila tudi žalost, ki jo je v času posega izkusila.

Tabela 10.1.21. Razlogi za odgovor "Dovolj je, če pride vsake toliko preveriti stanje"



Od 22, ki so izbrale odgovor: "Se prilagodi, v dogovoru z vsako posameznico," jih je 10 pojasnilo svoj odgovor. Nekaj jih je navedlo svoje občutke (vsak občutek 1 ženska) med posegom: osamljenost, travmatična izkušnja, sram, pomanjkanje zasebnosti. 1 je imela že predhodne negativne izkušnje. 1 poudarja, da ni bilo nikogar, ki bi se mu lahko zaupala. 2 sta mnenja, da gre za zelo intimen dogodek, pri katerem ženska odloča, kdo bo prisoten. Pri željah in potrebah so naštele, da bi si želele

individualne obravnave (5 žensk), možnost prisotnosti bližnjih (3 ženske), usposobljenega sogovornika, miru in pogovora z medicinsko sestro (vsako od tega 1 ženska).

Tabela 10.1.22. Razlogi za odgovor: "Se prilagodi; v dogovoru z vsako posameznico"¹

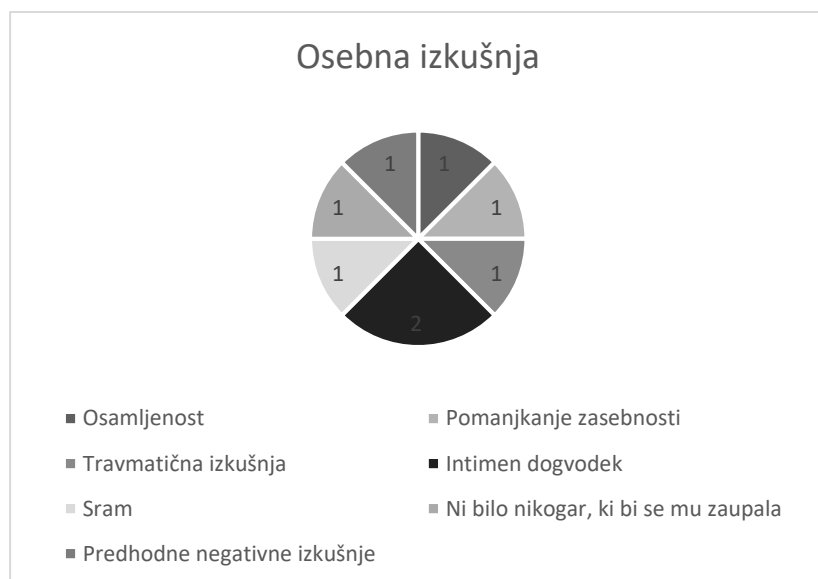
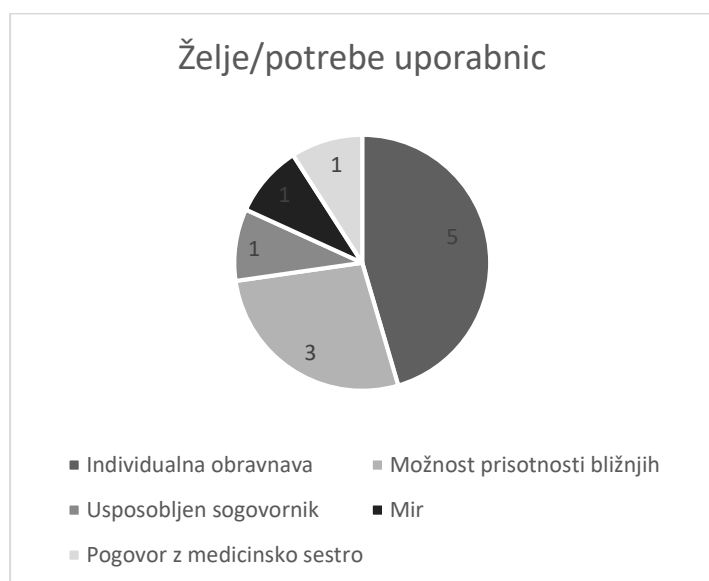


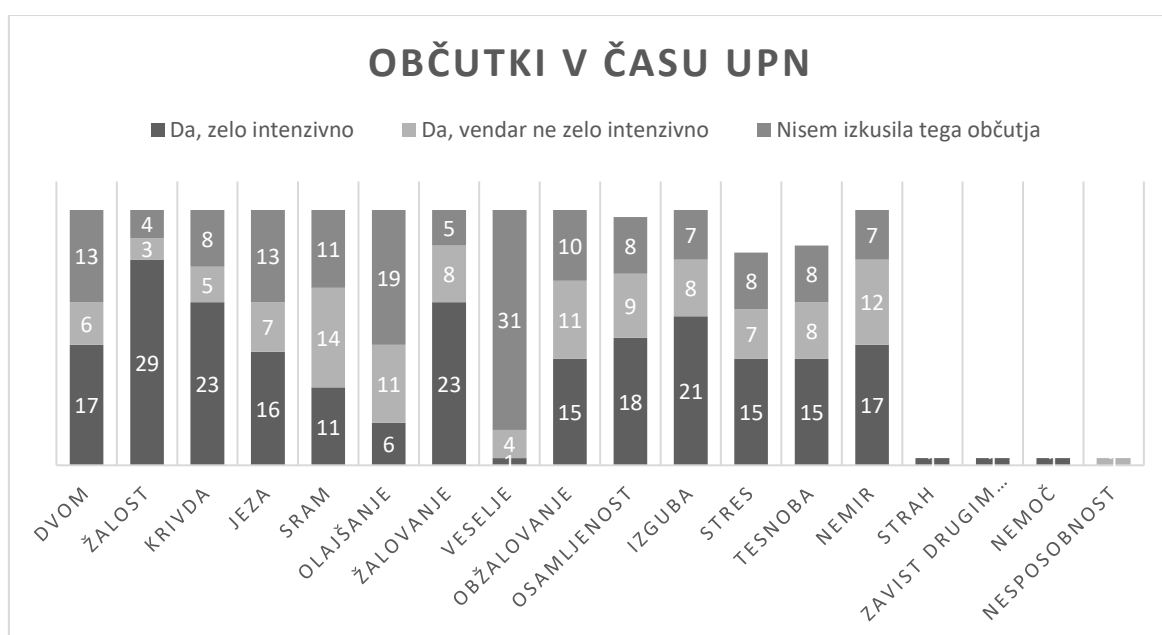
Tabela 10.1.23. Razlogi za odgovor: "Se prilagodi; v dogovoru z vsako posameznico"²



Ženske so ocenile, kako intenzivno so doživljale določene občutke oz. čustva v času UPN. Dvom je intenzivno doživelo 17 žensk, ne zelo intenzivno 6, ni pa ga doživelo 13 žensk. Žalost je intenzivno doživelo 29 žensk, neintenzivno 3, sploh ne pa 4 ženske. Krivdo je intenzivno občutilo 23, neintenzivno 5, sploh pa je niso občutile 4. Jezo je intenzivno izkusilo 16 žensk, neintenzivno 5, sploh ne pa 13. Sram je intenzivno občutilo 11 žensk, neintenzivno 14, sploh ne pa 11. Olajšanje je intenzivno izkusilo 6 žensk, neintenzivno 11, sploh ne pa 19. Žalovanje je intenzivno občutilo 23 žensk, neintenzivno 8, sploh ne pa 5. Veselje je intenzivno izkusila 1 ženska, neintenzivno 8, sploh

ne pa 31. Intenzivno so dogodek obžalovale v 15 primerih, neintenzivno v 11, sploh ne pa v 10. Osamljeno so se intenzivno počutile v 18 primerih, neintenzivno v 9, sploh ne pa v 8. Izgubo je intenzivno občutilo 21 žensk, neintenzivno 8 in sploh ne 7. Intenzivni stres je doživelo 20 žensk, neintenzivni 7, sploh ne pa 8. Tesnobo je izkusilo 20 žensk, neintenzivno 8, sploh ne pa 7. Nemir je občutilo 17 žensk intenzivno, 12 neintenzivno, 7 pa sploh ne. 1 ženska je dodala še strah, 1 zavist drugim nosečnicam, 1 pa nemoč, vse pod zelo intenzivno doživljanje. Pod neintenzivno doživljanje je 1 dodala še občutek nesposobnosti. Ti rezultati potrjujejo mojo peto hipotezo, saj se je z vsemi negativnimi občutki na seznamu intenzivno ali manj intenzivno soočila večina žensk. Izkušnje s pozitivnimi občutki (olajšanje in veselje) pa so redke.

Tabela 10.1.24. Občutki žensk v času umetne prekinitve nosečnosti



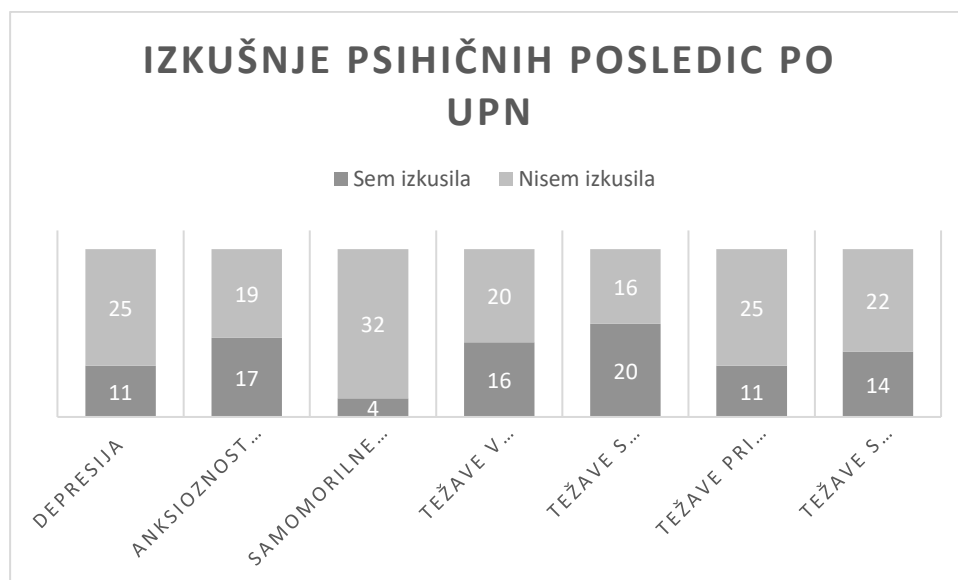
Na vprašanje, s kom so se o teh (predvsem negativnih) občutkih pogovorile, jih je 20 izbralo partnerja. 3 so se zaupale prijateljici, 3 pa psihologu. Zaupale so se tudi medicinski sestri (1 ženska), 2 ginekologu, 1 socialni delavki, družini in psihoterapevtki. 2 sta poudarili, da sta se drugim zaupali šele veliko kasneje. 15 jih je (vsaj sprva) občutke zadržalo zase. 2 sta izpostavili, da nista izkusili negativnih občutij, 1 pa na to vprašanje ni odgovorila.

Tabela 10.1.25. Komu so ženske zaupale svoje občutke po UPN



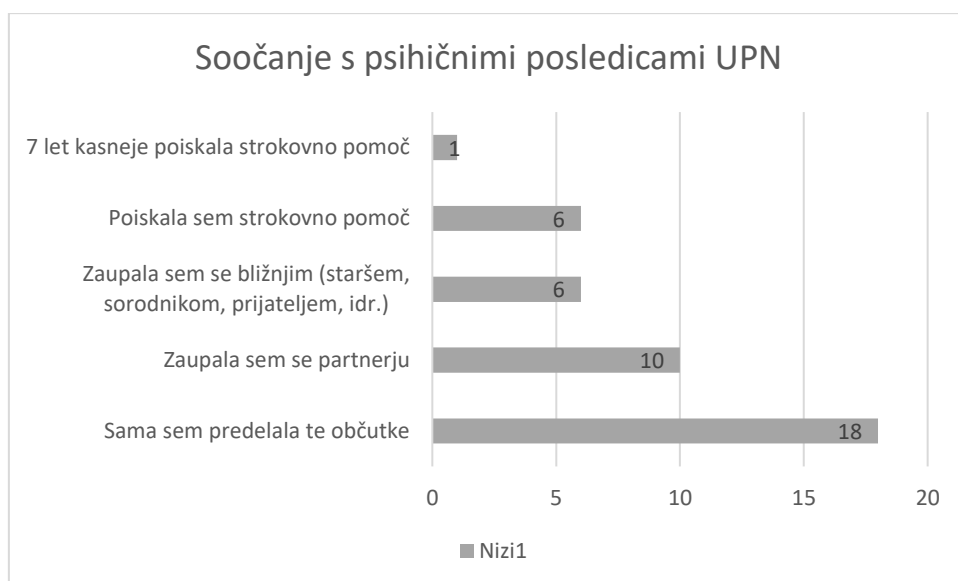
Ženske sem prosila, da navedejo, ali so izkusile katero od naštetih psihičnih posledic. 11 jih je izkusilo depresijo, 17 anksioznost oz. tesnobo, 4 pa imajo izkušnje s samomorilnimi mislimi. 16 jih je po umetni prekinitvi nosečnosti imelo težave v partnerskem odnosu, 20 pa težave s spolnostjo. 14 jih je izkusilo tudi težave z nočnimi morami.

Tabela 10.1.26. Izkušnje žensk s psihičnimi posledicami umetne prekinitve nosečnosti



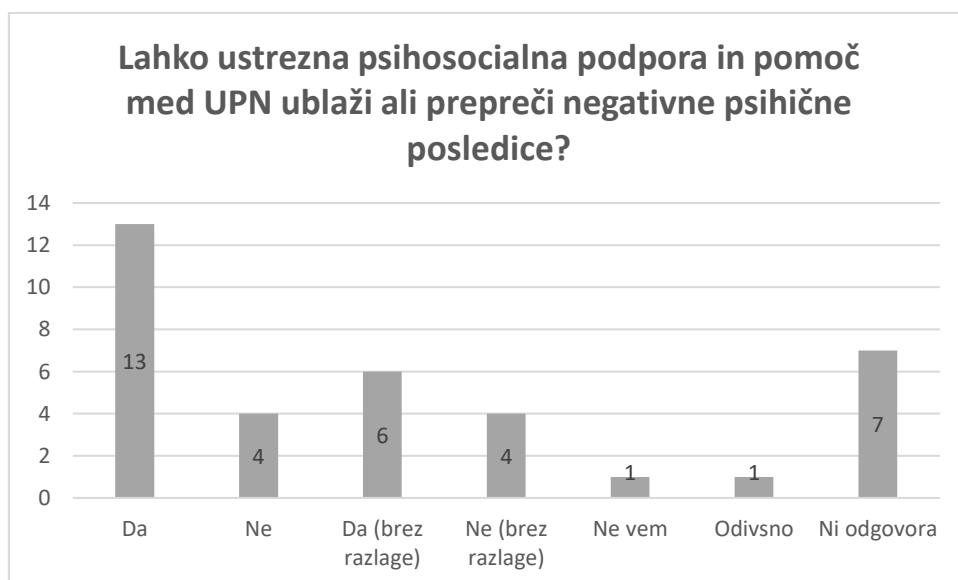
Na vprašanje, kako so se s temi psihičnimi posledicami oz. težavami spopadle, jih je 10 odgovorilo, da so se zaupale partnerju, 6 pa bližnjim. 6 jih je poiskalo strokovno pomoč, pri tem je 1 izpostavila, da je to storila šele 7 let po UPN. 18 se jih je, vsaj na začetku, poskušalo s težavami soočiti samih. 10 jih na to vprašanje ni odgovorilo oz. izkušenj s temi težavami sploh niso imele.

Tabela 10.1.27. Soočanje žensk s psihičnimi posledicami UPN



19 jih meni, da bi lahko ustrezna psihosocialna podpora in pomoč preprečila ali ublažila negativne psihične posledice umetne prekinitve nosečnosti. 8 jih je mnenja, da tudi taka pomoč ne bi bila učinkovita, ko gre za psihične posledice umetne prekinitve nosečnosti. 1 meni, da je to odvisno od posameznice, 1 pa je napisala "ne vem". 7 jih na to vprašanje ni odgovorilo.

Tabela 10.1.28. Mnenje o ustrezni psihosocialni podpori in pomoči



Od 19 žensk, ki so trdile, da lahko ustrezna psihosocialna podpora in pomoč prepreči oz. ublaži negativne psihične posledice, jih je 13 svoj odgovor tudi razložilo. Nekatere so to utemeljevale z negativnimi izkušnjami, kot so prepuščenost sami sebi (1 ženska), negativna izkušnja (1 ženska) in soočanje z negativnimi občutki (2 ženski). Smiselno se jim zdi, da v taki situaciji niso same (1 ženska)

oz. je to lahko učinkovito za ženske brez svoje socialne mreže (1 ženska). Pozitivne lastnosti strokovnjaka s psihosocialnimi znanji in spretnostmi vidijo v podpori (1 ženska), empatiji (1 ženska), poslušanju (1 odgovor), razumevanju (1 ženska), ublažitvi negativnih psihičnih posledic (2 ženski) in pomoči pri soočanju z občutki med UPN (8 žensk).

Tabela 10.1.29. Razlogi, zakaj je psihosocialna podpora in pomoč lahko učinkovita

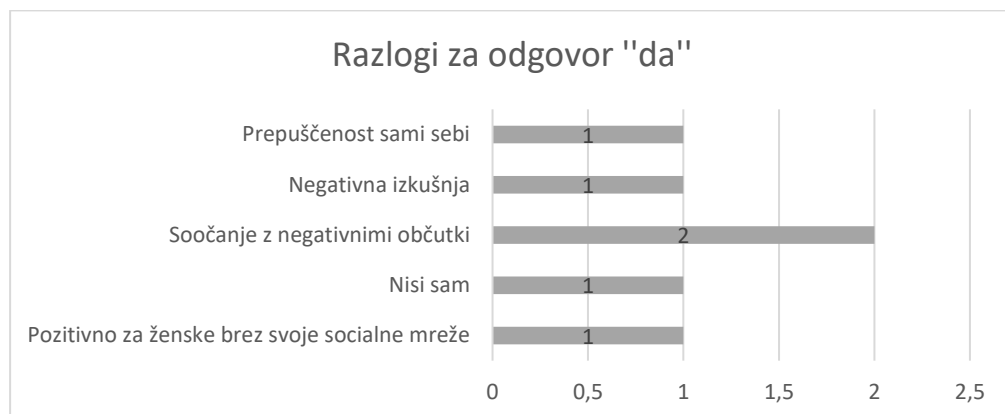


Tabela 10.1.30. Pozitivne lastnosti strokovnjaka s psihosocialnimi znanji in spretnostmi



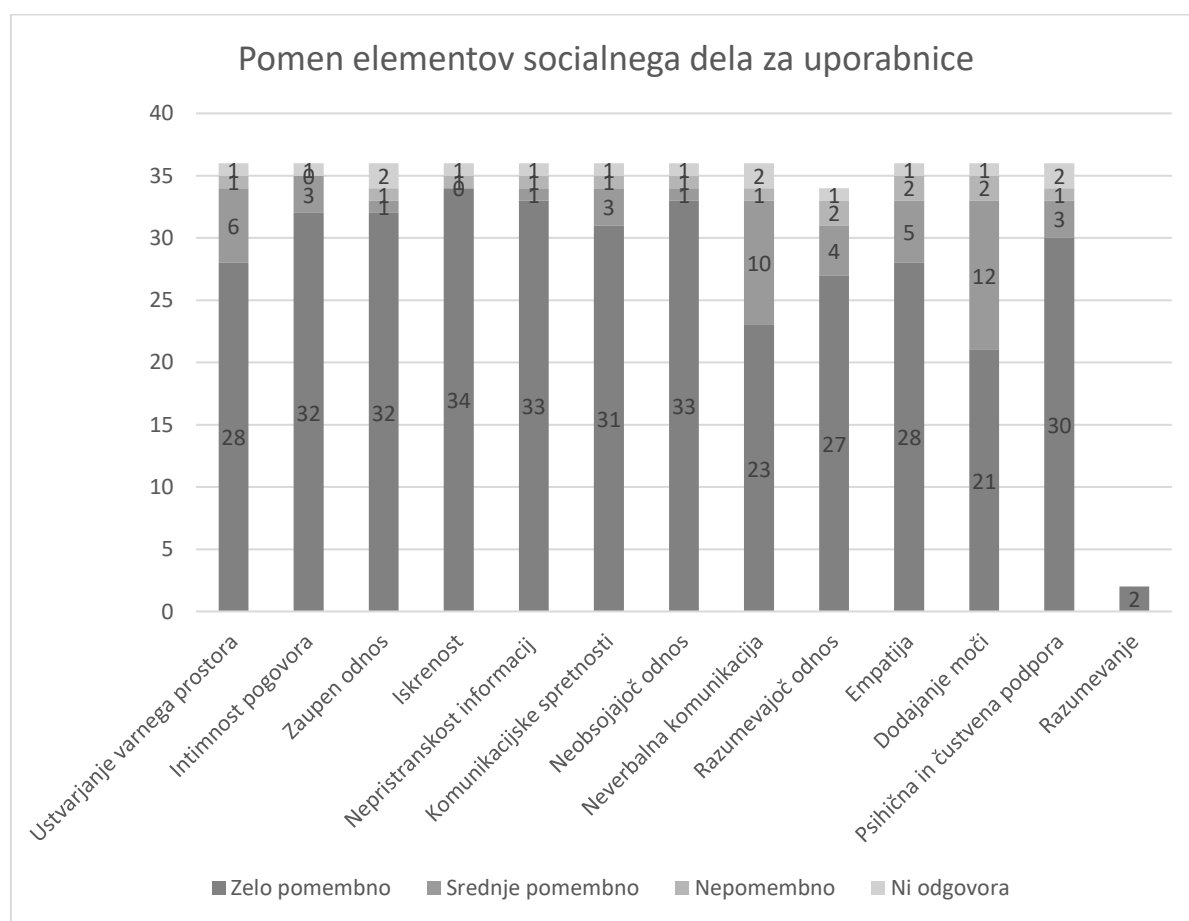
Anketiranka, ki je odgovorila z "Odvisno," meni, da je učinkovitost psihosocialne podpore in pomoči odvisna od karakterja ženske in njenih želja. Štiri izmed tistih, ki so nasprotovale učinkovitosti in koristnosti psihosocialne podpore in pomoči, so pojasnile, da lahko ta le ublaži posledice, preprečiti pa jih ne more.

Ženske torej vidijo pozitivne lastnosti ustrezne psihosocialne podpore in pomoči oz. si jo celo želijo, kar delno že potrди mojo 6. hipotezo.

Ženske sem prosila, da so ocenile pomembnost elementov socialnega dela za pogovore oz. svetovanja pred umetno prekinitvijo nosečnosti. Ustvarjanje varnega prostora je 28 žensk ocenilo

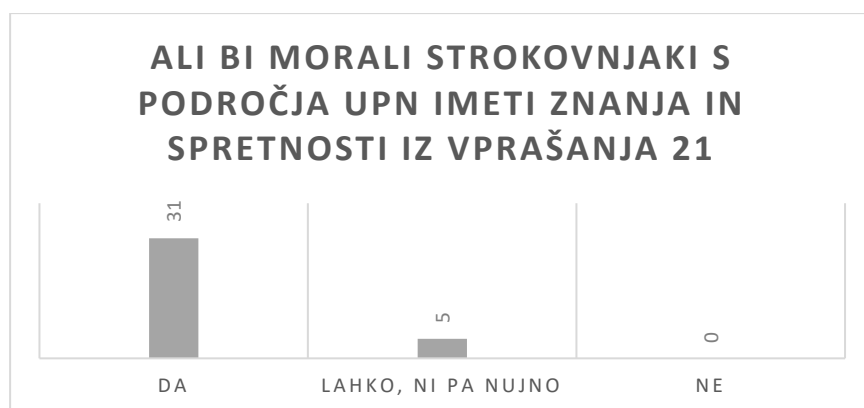
kot zelo pomembno, 6 kot srednje pomembno, 1 kot nepomembno. Intimnost pogovora je 32 žensk ocenilo kot zelo pomembno, 3 kot srednje. Tudi zaupen odnos je 32 žensko ocenilo kot zelo pomembno, 1 kot srednje in 1 kot nepomembno. Iskrenost je največ žensk (34) ocenilo kot zelo pomembno, le 1 pa kot nepomembno. Nepristranskost sogovornika je 33 žensk ocenilo kot zelo pomembno, 1 kot srednje in 1 kot nepomembno. Enako je bil ocenjen tudi neobsojajoč odnos. Komunikacijskim spretnostim je 31 žensk dalo oceno zelo pomembno, 3 srednje in 1 nepomembno. Neverbalna komunikacija je prejela 23 ocen zelo pomembno, 10 srednje in 1 kot nepomembno. Razumevajočemu odnosu je dalo 27 žensk oceno zelo pomembno, 4 srednje pomembno in 2 nepomembno. Empatijo je 28 žensko ocenilo kot zelo pomembno, 5 kot srednje pomembno in 2 kot nepomembno. Dodajanje moči ima najmanj ocen "zelo pomembno", in sicer 21, 12 srednje pomembno in 2 nepomembno. Psihično in čustveno podporo je 30 žensk ocenilo kot zelo pomembno, 3 kot srednje in 1 kot nepomembno. 1 udeleženka na to vprašanje ni odgovorila. Večina žensk daje uporabi elementov socialnega dela pri delu z uporabnicami na področju UPN velik pomen, kar ponovno delno potrди mojo 6. hipotezo o želji po ustrezni psihosocialni podpori in pomoči ženskam v času UPN.

Tabela 10.1.31. Pomen elementov socialnega dela pri delu na področju UPN za ženske



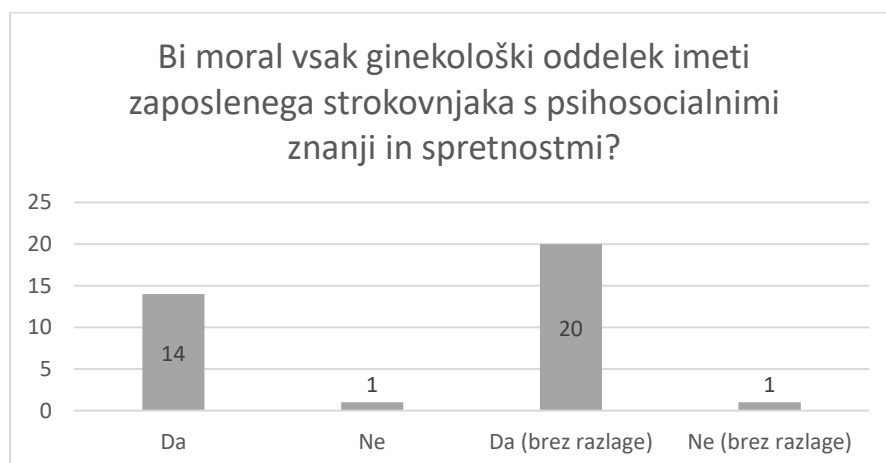
Na vprašanje, ali bi morali strokovnjaki s področja umetne prekinitve nosečnosti imeti znanja in spretnosti iz prejšnjega vprašanja (elementi socialnega dela), je 31 žensko odgovorilo z da. 5 jih meni, da lahko imajo ta znanja in spretnosti, vendar niso nujna. Nobena ni izbrala odgovora, da ta znanja in spretnosti niso potrebna. Ti rezultati ponovno potrdijo mojo šesto hipotezo, saj si ženske želijo, da bi zaposleni na področju UPN imeli psihosocialna znanja in spretnosti.

Tabela 10.1.32. Potreba po psihosocialnih znanjih in spretnostih med zaposlenimi na področju UPN



Na vprašanje, ali bi morale biti na področju umetne prekinitve nosečnosti zaposlene socialne delavke oz. strokovnjaki s psihosocialnimi znanji, jih je 34 odgovorilo z da, 2 pa z ne.

Tabela 10.1.33. Potreba po strokovnjakih s psihosocialnimi znanji in veščinami na področju UPN



Izmed 34 žensk, ki menijo, da je potrebno zaposliti psihosocialne delavce na področju UPN, jih je svoj odgovor razložilo 14. Razloge za to so videle v pomembnosti te odločitve (1 ženska), pogostosti umetnih prekinitev v praksi, teži izkušnje (1 odgovor), možnih dolgotrajnih negativnih posledicah UPN (1 ženska), prav tako pa se jim zdi tak strokovnjak na tem področju potreben (1 odgovor). Ponovno so naštevale prednosti, ki jih nudi podpora strokovnjaka s psihosocialnimi znanji in veščinami, in sicer: empatijo (1 ženska), komunikacijske spretnosti (1 ženska), izkazovanje občutka

varnosti (1 ženska), usposobljenost (1 ženska), pomembnost mnenja strokovnjaka (1 ženska), čas za pogovor, (1 ženska), čas za razmislek (1 ženska), osebni odnos (2 ženski), prilagajanje potrebam posameznice (3 ženske), podpora in pomoč (3 ženske), sodelovanje z njim pa naj bi olajšalo celotno izkušnjo (3 ženske). Izmed 2, ki menita, da taki strokovnjaki niso potrebni, je 1 pojasnila, da po njih ni potreb. Še ena potrjuje moje 6. hipoteze, da si ženske želijo ustrezne psihosocialne podpore in pomoči v času UPN.

Tabela 10.1.34. Razlogi za zaposlitev strokovnjaka s psihosocialnimi znanji in spretnostmi

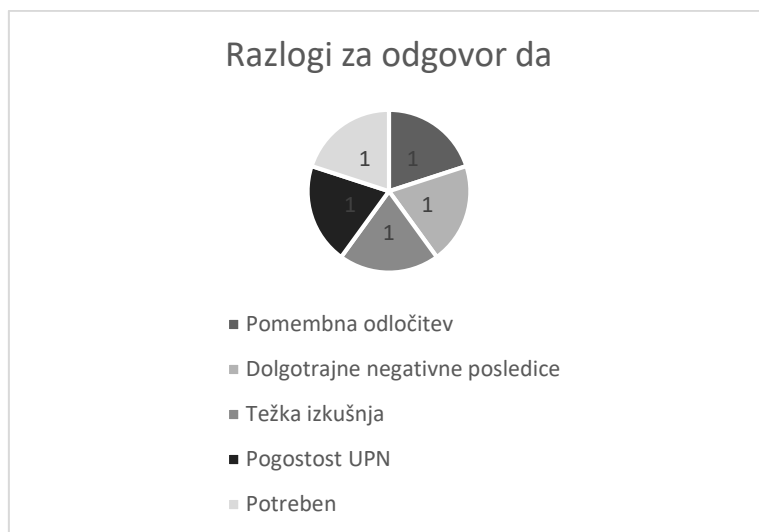
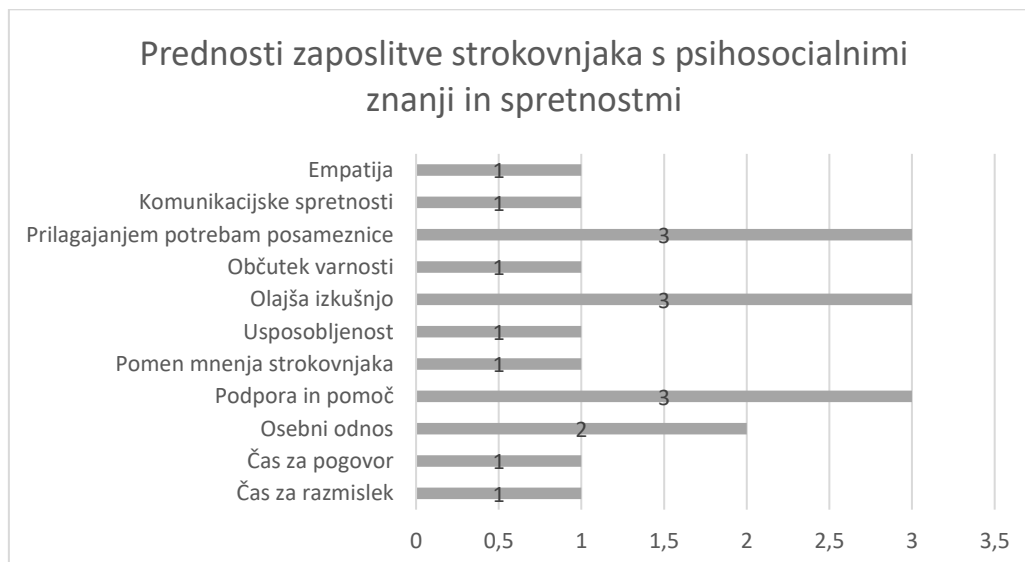


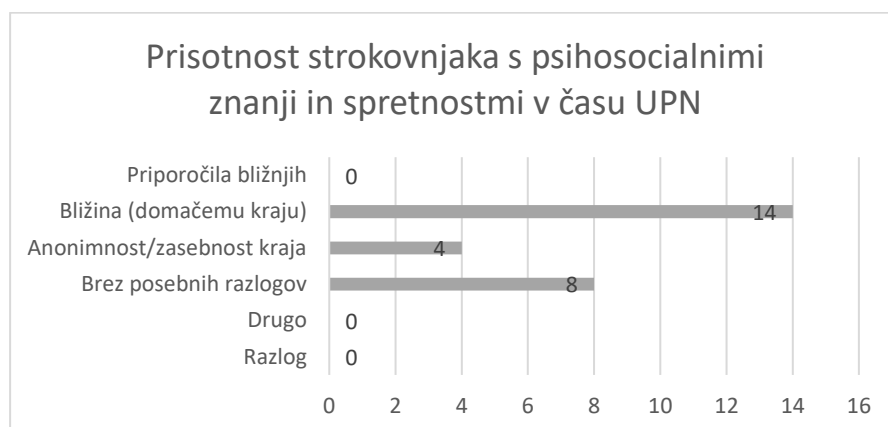
Tabela 10.1.35. Prednosti zaposlitve strokovnjaka s psihosocialnimi znanji in spretnostmi



Na vprašanje, v kolikšni meri bi si želele prisotnost strokovnjaka v času umetne prekinitve nosečnosti (mišljen celoten postopek od prošnje oz. povoda za poseg, čas bivanja v bolnišnici, odpust idr.), je 7 žensk odgovorilo, da bi morala prisotnost biti obvezna ves čas, 17 pa, da naj bi bil

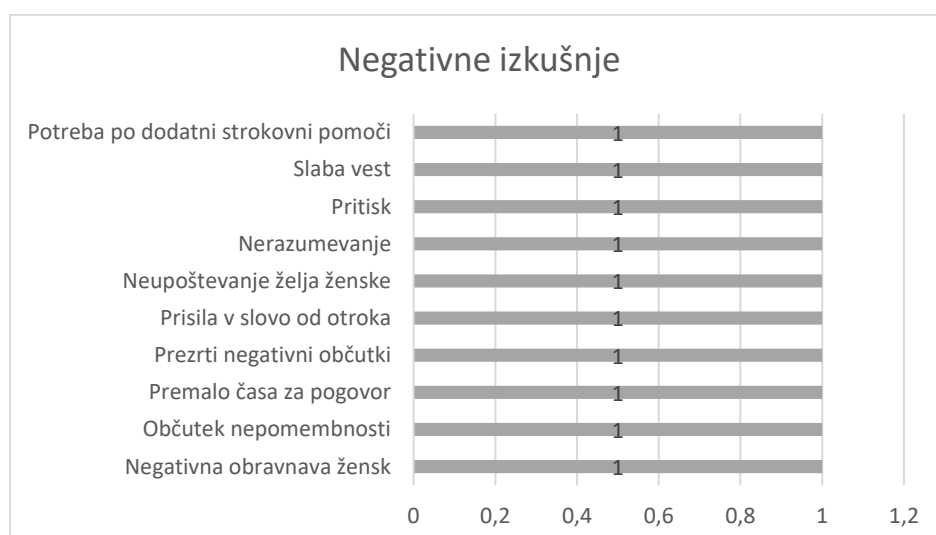
ta prisoten na prvem srečanju in po potrebi še kasneje, ne pa nujno ves čas. 9 jih meni, da je tak strokovnjak lahko prisoten le na željo nosečnice in 1 da naj bo prisoten, če drugi strokovnjaki menijo, da ga nosečnica potrebuje. 1 anketiranka ni odgovorila na vprašanje.

Tabela 10.1.36. Mnenje žensko o prisotnosti psihosocialnega strokovnjaka v času UPN



Na zadnje vprašanje, ki je bilo namenjeno dodatnim komentarjem, pripombam ipd., je odgovorilo 5 anketirank. Nekatere so zapisale svoje negativne izkušnje z umetno prekinitvijo nosečnosti: potrebo po dodatni strokovni pomoči, občutek slabe vesti, pritisk na odločitev s strani drugih, občutek nerazumljenosti, neupoštevanje želja ženske, prisila v slovo od mrtvega otroka, prezrti negativni občutki, premalo časa za pogovor, občutek nepomembnosti in negativna obravnava žensk, ki se odločajo za UPN (vsak odgovor je navedla 1 ženska).

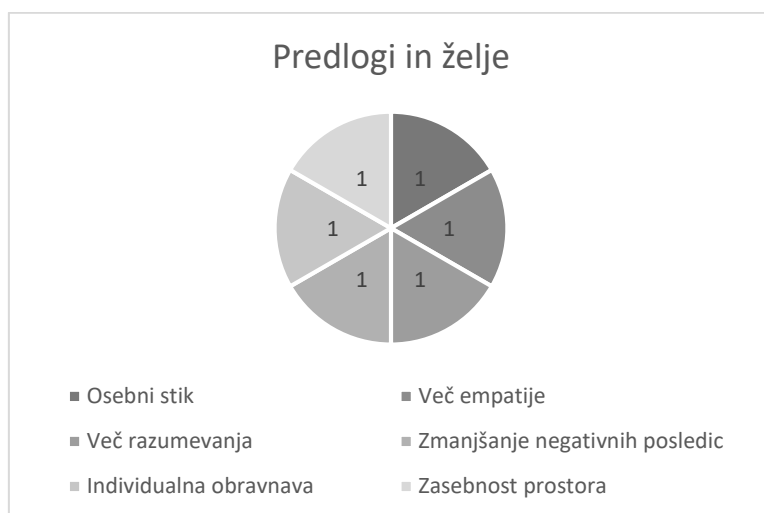
Tabela 10.1.37. Negativne izkušnje žensk z UPN (komentarji)



Nekatere pa so zapisale svoje želje oz. predloge za spremembe, ki bi si jih na tem področju želele oz. bi jih bilo po njihovem potrebno izboljšati: več razumevanja, osebni stik z uporabnicami, individualna obravnava, zmanjšanje negativnih posledic umetnih prekinitev nosečnosti, več

empatije in zasebnost prostora, kjer poteka umetna prekinitev nosečnosti (vsak odgovor je bil naveden 1 x).

Tabela 10.1.38. Predlogi in želje uporabnic med komentarji



10.2. Zaposleni

Od 14 poslanih vprašalnikov, so mi zaposleni na oddelkih za ginekologijo in porodništvo oz. s področja umetne prekinitev nosečnosti poslali samo 5 izpolnjenih vprašalnikov, kar nekoliko več kot tretjina želenega vzorca. Vprašalnik so izpolnili zaposleni oz. zaposlene iz: Bolnišnice za ginekologijo in porodništvo Kranj, Bolnišnice Ptuj, Splošne bolnišnice Celje, Splošne bolnišnice Brežice in Splošne bolnice Jesenice. Vsaka izmed njih je naštel/a število zaposlenih na njihovih oddelkih oz. v bolnišnici nasploh. V Kranju imajo na oddelku 8 doktorjev medicine, specialistov za ginekologijo in porodništvo ter 11 medicinskih sester. Na Ptuj imajo 7 doktorjev medicine, specialistov za ginekologijo in porodništvo, 20 medicinskih sester in 1 zunanjo socialno delavko. V Celju imajo 11 doktorjev medicine, specialistov za ginekologijo in porodništvo, 80 medicinskih sester (glede na zelo visoko število sklepam, da se nanašajo na vse medicinske sestre v bolnišnici, ne samo na oddelku za UPN) in 4 doktorice medicine, specializirane pediatrije. Za socialne delavke so navedli, da jih imajo sicer v bolnici zaposlene in so jim na voljo po potrebi, vendar oddelek nima svojih. Števila zaposlenih socialnih delavk niso navedli. V Brežicah imajo 4 doktorje medicine, specialistov za ginekologijo in porodništvo ter 1 specializanta z istega področja. Imajo 8 diplomiranih babic in 5 diplomiranih medicinskih sester ter 4 medicinske tehnike. Sodelujejo tudi z 1 socialno delavko s pristojnega centra za socialno delo. V Jesenicah imajo 7 doktorjev medicine, specialistov za ginekologijo in porodništvo, 23 medicinskih sester, 1 fizioterapevta in 1 dietetika. V bolnici je zaposlena tudi 1 socialna delavka, ki sodeluje z vsemi oddelki bolnice. Ti rezultati delno potrjujejo moje sedmo

hipotezo, saj večini oddelkov strokovnjaki s socialnega področja niso na voljo. V nekaterih ustanovah so ti strokovnjaki zunanji ali pa so odgovorni za celotno ustanovo in je sodelovanje z njimi zato omejeno.

Tabela 10.2.1. Zaposleni v Bolnišnici za ginekologijo in porodništvo Kranj

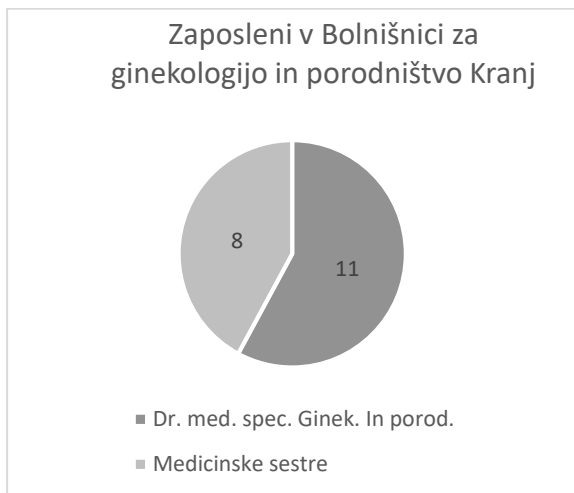


Tabela 10.2.2. Zaposleni v Bolnišnici Ptuj

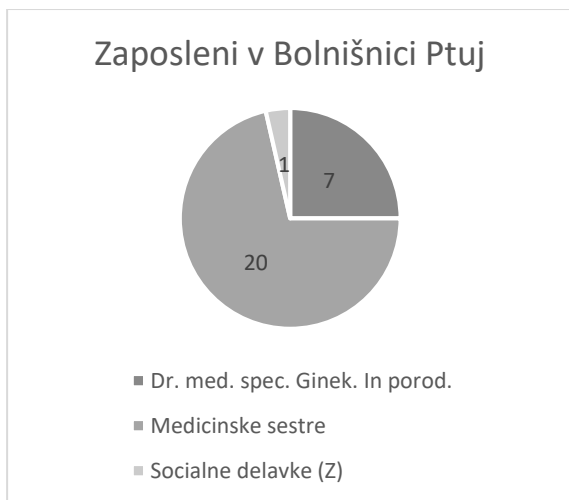
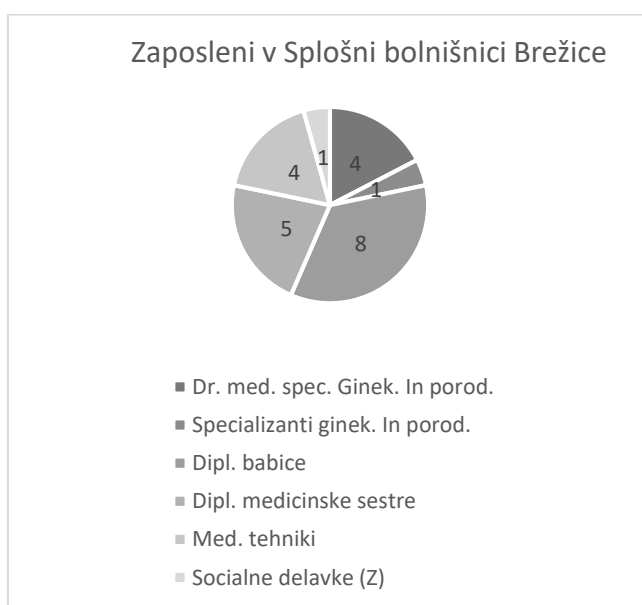


Tabela 10.2.3. Zaposleni v Splošni bolnišnici Celje

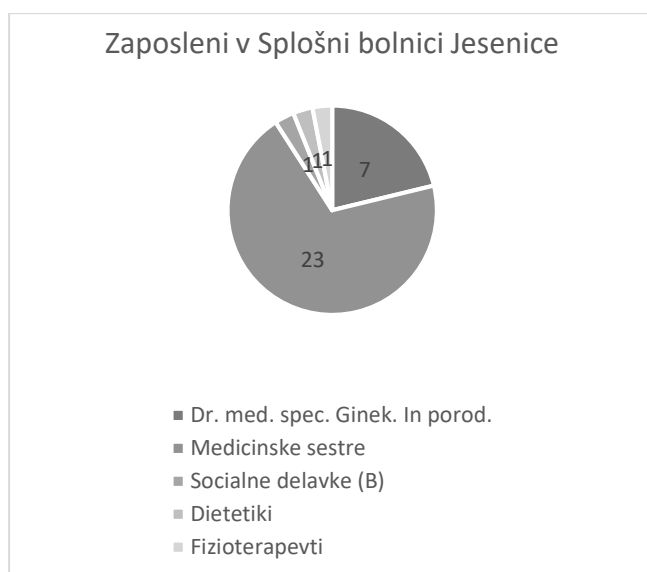


Tabela 10.2.4. Zaposleni v splošni bolnišnici Brežice



*Z= Zunanja socialna delavka

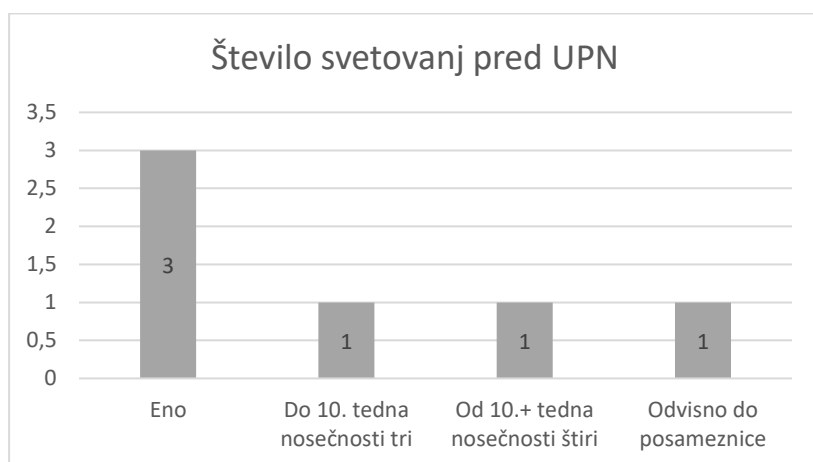
Tabela 10.2.5. Zaposleni v Splošni bolnici Jesenice



*B=Socialne delavke zaposlene v bolnici (ne na oddelku); ni navedeno koliko

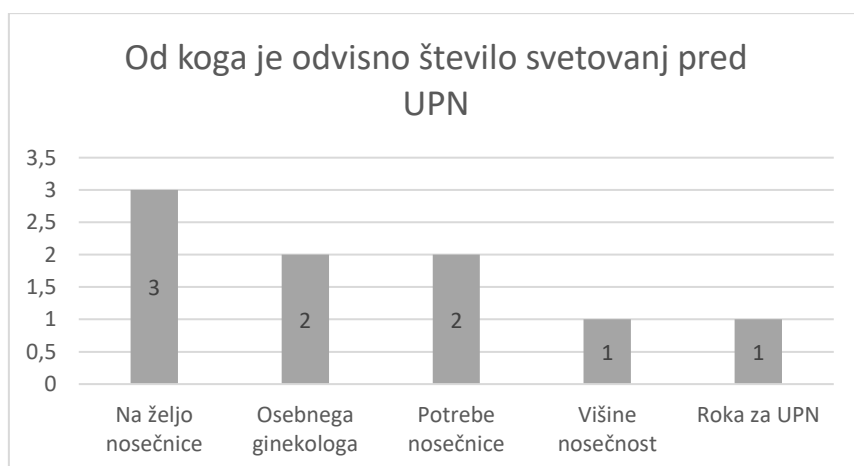
V praksi večinoma izvedejo 1 svetovanje oz. pogovor z nosečnico pred umetno prekinitvijo nosečnosti (3 odgovori). V 1 ustanovi število pogovorov oz. svetovanj pred UPN prilagodijo glede na potrebe in želje nosečnice, medtem ko v 1 ustanovi ženskam do 10. tedna nosečnosti nudijo 3, ženskam nad 10. tedni nosečnosti pa 4 svetovanja oz. pogovore pred UPN.

Tabela 10.2.6. Število svetovanj/pogovorov pred umetno prekinitvijo nosečnosti



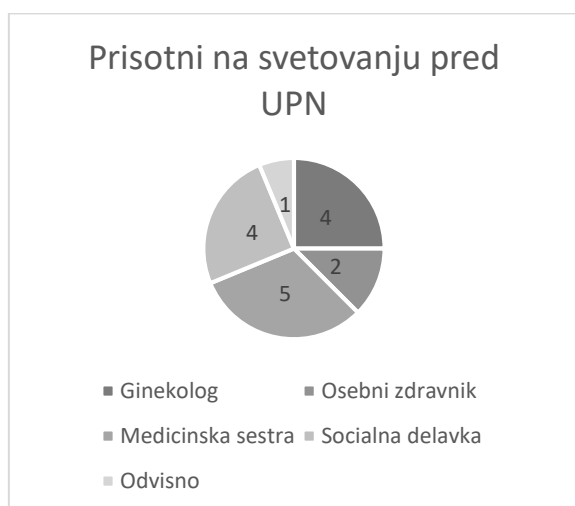
Število svetovanj je odvisno predvsem od želja nosečnice (3 odgovori), mnenja osebnega ginekologa (2 odgovora), potreb nosečnice (2 odgovora), višine nosečnosti in roka za umetno prekinitve nosečnosti (vsaka 1 odgovor).

Tabela 10.2.7. Odvisnost števila svetovanj/pogovorov pred umetno prekinitvijo nosečnosti



Na svetovanju oz. pogovoru je najpogosteje prisotna medicinska sestra (5 odgovorov) ali ginekolog (4 odgovori). Pogosto naj bi bila prisotna tudi socialna delavka (4 odgovori), vendar je v enem vprašalniku izpostavljeno, da le na željo uporabnic. Prisoten je lahko tudi osebni zdravnik (2 odgovora). V enem vprašalniku so navedli, da je to, kdo je prisoten na pogovoru, odvisno od primera (1 odgovor). Tudi te ugotovitve potrjujejo mojo sedmo hipotezo, saj so zdravstveni delavci, še posebej ginekolog in medicinska sestra, prisotni na vseh oz. ginekolog na večini svetovanj pred UPN. Socialne delavke so sicer prisotne prav tako pogosto kot ginekologi, vendar je bilo izpostavljeno, da so v nekaterih ustanovah le na željo uporabnic oz. po potrebi. Prisotnost psihologa ali drugega strokovnjaka s področja sociale sploh ni bila navedena.

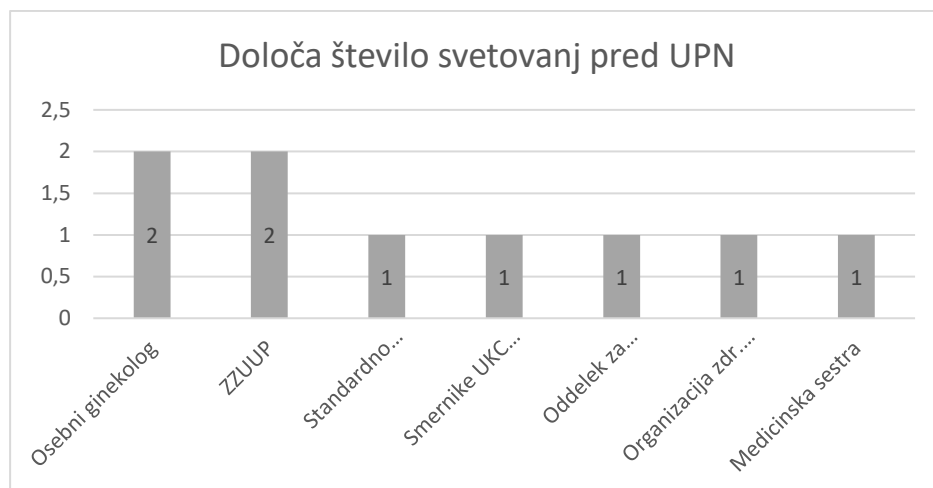
Tabela 10.2.8. Strokovnjaki, prisotni na svetovanju/pogovoru pred UPN



Koliko svetovanj oz. pogovorov pred umetno prekinitvijo nosečnosti bo imela ženska, najpogosteje določi osebni ginekolog (2 odgovora) ali Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok (2 odgovora). Vpliv imajo tudi standardno operativni

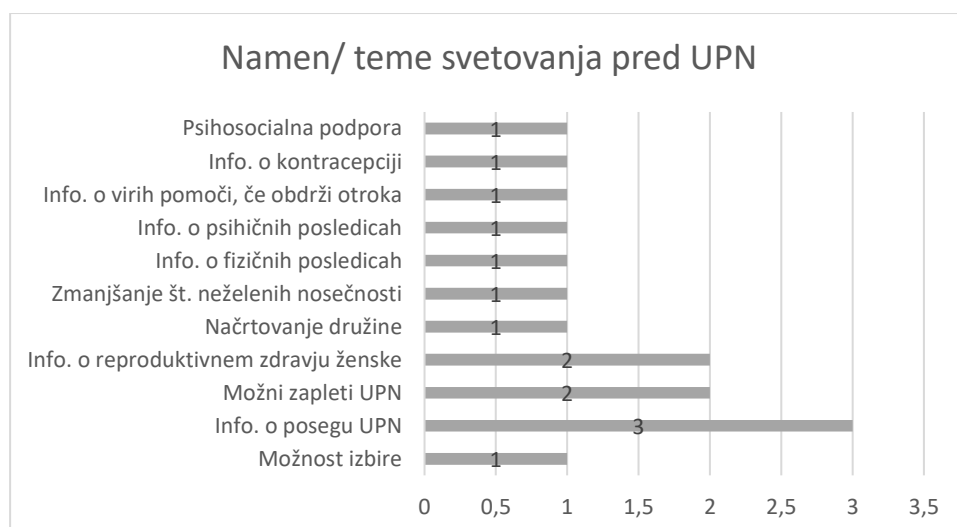
postopki, smernice iz UKC Ljubljana, oddelek za kontracepcijo in načrtovanje družine, Organizacija zdravstvenega varstva in/ali medicinska sestra (vsaka 1 odgovor).

Tabela 10.2.9. Določa število svetovanj pred umetno prekinitvijo nosečnosti



Namen svetovanja vidijo predvsem v informiranju žensk o posegu umetne prekinitve nosečnosti (v 3 primerih), možnih zapletih UPN (2 odgovora) in informiranju o reproduktivnem zdravju ženske (2 odgovora). Prav tako naj bi bil namen svetovanja psihosocialna podpora, informacije o kontracepciji, informacije o virih pomoči, če bi ženska obdržala otroka, informacije o fizičnih posledicah UPN, informacije o psihičnih posledicah, zmanjšanje števila neželjenih nosečnosti, možnosti spremembe odločitve in načrtovanju družine (vsak 1 odgovor).

Tabela 10.2.10. Namen in teme svetovanja/pogovora pred umetno prekinitvijo nosečnosti



O trenutni praksi glede svetovanj oz. pogovorov z nosečnicami pred umetno prekinitvijo nosečnosti zaposleni menijo, da je svetovanje dobro organizirano (1 odgovor), da je premalo osebno (1 odgovor), da je zanj premalo časa (1 odgovor), da ni potrebe po spremembi na tem področju (1

odgovor) in ga opišejo kot pogovor pred UPN (1 odgovor). V sklopu tega 2 predlagata, da bi se bilo potrebno bolj prilagajati željam in potrebam uporabnic, 1 pa meni, da je potrebno uporabnicam zagotoviti možnost psihološke podpore in pomoči. Te ugotovitve delno potrdijo osmo hipotezo, saj 2 zaposlena na trenutne prakse svetovanj pred UPN ne gledata pozitivno oz. menita, da so potrebne spremembe na tem področju. Delno potrdijo tudi deseto hipotezo, saj je izpostavljeno pomanjkanje časa za pogovor z ženskami, med predlogi pa tudi možnost psihosocialne podpore in pomoči, ki delno potrjuje mojo deveto hipotezo.

Tabela 10.2.11. Mnenje o trenutni praksi svetovanj pred umetno prekinitvijo nosečnosti

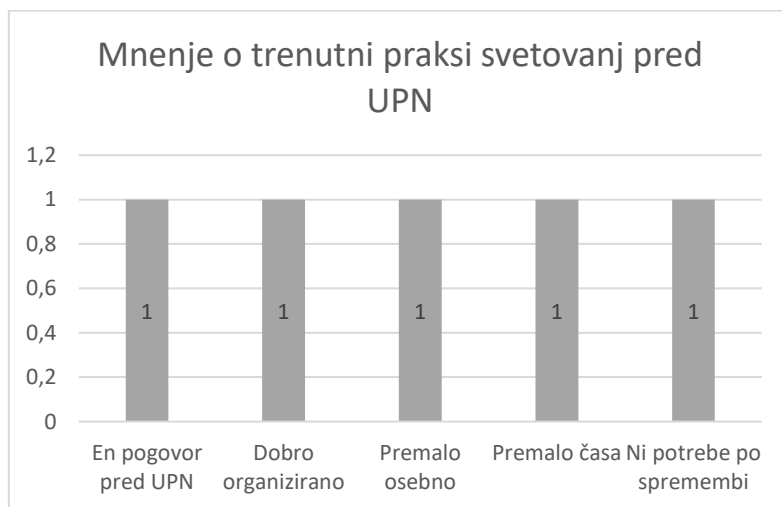
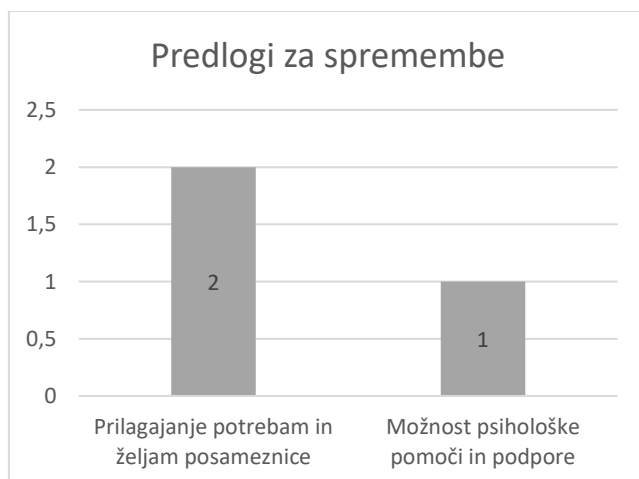


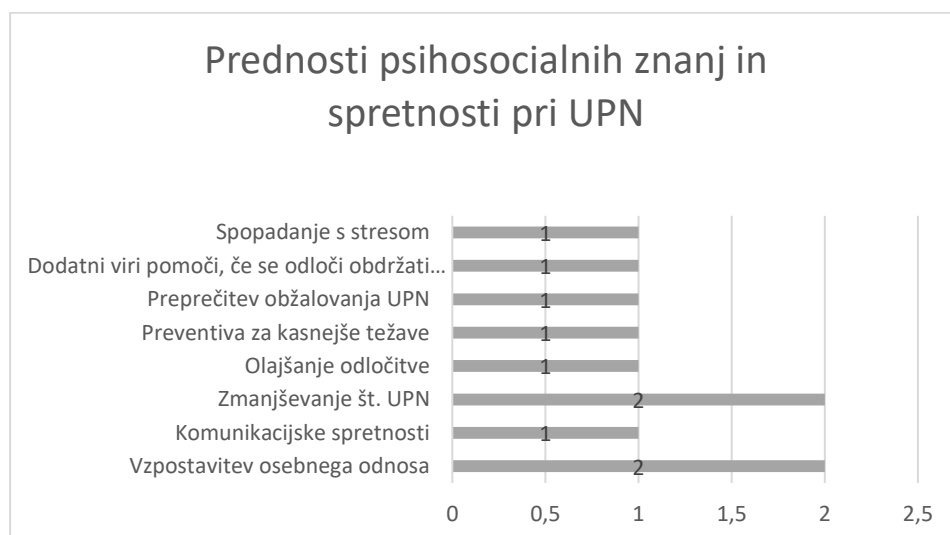
Tabela 10.2.12. Predlagane spremembe za prakso svetovanj pred UPN



Psihosocialnim znanjem in spretnostim na področju umetne prekinitve nosečnosti pripisujejo 3 velik pomen. Prednosti teh znanj in spretnosti vidijo v vzpostavljanju osebnega odnosa (2 odgovora), zmanjševanju števila umetnih prekinitev nosečnosti (2 odgovora), komunikacijskih spretnostih (1 odgovor), olajševanju odločitve (1 odgovor), preprečitvi obžalovanja UPN (1 odgovor), spopadanju s stresom (1 odgovor) in jih vidijo kot preventivo za kasnejše težave (1

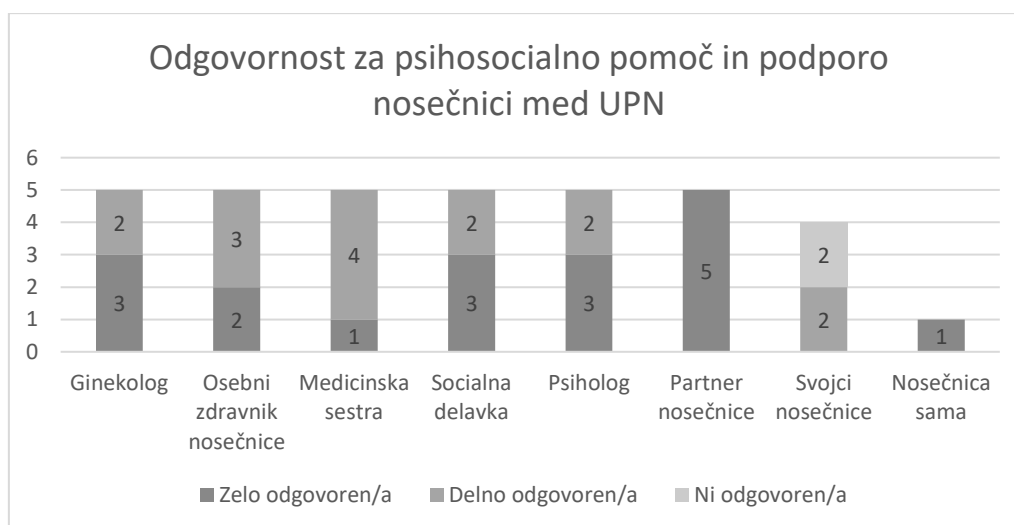
odgovor) ter kot dodaten vir pomoči, če bi se uporabnica odločila obdržati otroka (1 odgovor). To delno potrdi mojo deveto hipotezo, saj več kot polovica zaposlenih daje psihosocialnim znanjem in spretnostim velik pomen.

Tabela 10.2.393. Prednosti psihosocialnih znanj in spretnosti za zaposlene na področju UPN



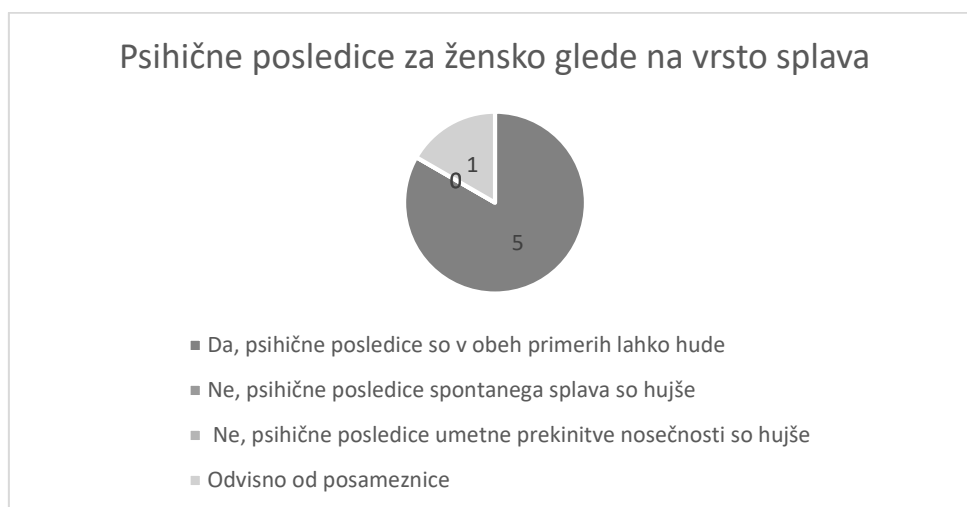
Največ odgovornosti za psihosocialno podporo in pomoč pripisujejo partnerju nosečnice oz. uporabnice (5 odgovorov). Ginekolog, socialna delavka in psiholog imajo po njihovem mnenju velik del odgovornosti (3 odgovori), 2 pa trdita, da je vsak od njih le delno odgovoren za psihosocialno podporo in pomoč nosečnici. Osebni zdravnik je po mnenju 2 zelo odgovoren, po mnenju 3 pa delno odgovoren, medtem ko so svojci nosečnice po mnenju 2 delno odgovorni za psihosocialno podporo in pomoč nosečnici, 2 pa menita, da so neodgovorni (1 odgovor za odgovornost svojcev nosečnice manjka). Medicinska sestra je po mnenju 1 zelo odgovorna, 4 pa trdijo, da je delno odgovorna. 1 izmed strokovnjakov je izpostavil, da je za psihosocialno podporo in pomoč zelo odgovorna tudi nosečnica sama. Čeprav ima po mnenju zaposlenih partner največ odgovornosti za psihosocialno podporo in pomoč nosečnici v času UPN, pa so zelo ali srednje odgovorni tudi vsi zaposleni v ustanovi, kar delno potrdi mojo deveto hipotezo.

Tabela 10.2.14. Odgovornost za psihosocialno podporo in pomoč nosečnici med UPN



Vsi anketiranci menijo, da so psihične posledice za žensko lahko hude tako pri ženskah, ki se same odločajo za umetno prekinitve nosečnosti, kot pri tistih, ki doživijo spontani splav. 1 izmed anketirancev je ob tem izbral tudi odgovor, da so posledice odvisne od posameznice. Nobeden ni izbral odgovorov, ki sta nakazovala hujše posledice pri eni ali drugi skupini žensk.

Tabela 10.2.15. Psihične posledice za ženske, glede na vrsto splava



Glede vpliva višine nosečnosti na psihične posledice nosečnice 2 menita, da ni bistvenih razlik v zvezi z višino nosečnosti. 2 trdita, da so odzivi med posameznicami različni, 3 pa so mnenja, da višja ko je nosečnost, hujše so psihične posledice za žensko. Ob tem navajajo dejavnike, ki imajo na doživljanje ženske in njene psihične posledice po UPN lahko negativen vpliv: predstavljanje življenja z otrokom (2 odgovora), občutenje gibov otroka v sebi (1 odgovor), načrtovanje družine (1 odgovor), občutek krivde (1 odgovor) in ponavljajoči se spontani splavi (1 odgovor). Eden izmed anketirancev je ob tem poudaril, da je to področje socialnih delavk in psihologov (1 odgovor).

Tabela 10.2.16. Psihične posledice za žensko, glede na višino nosečnosti

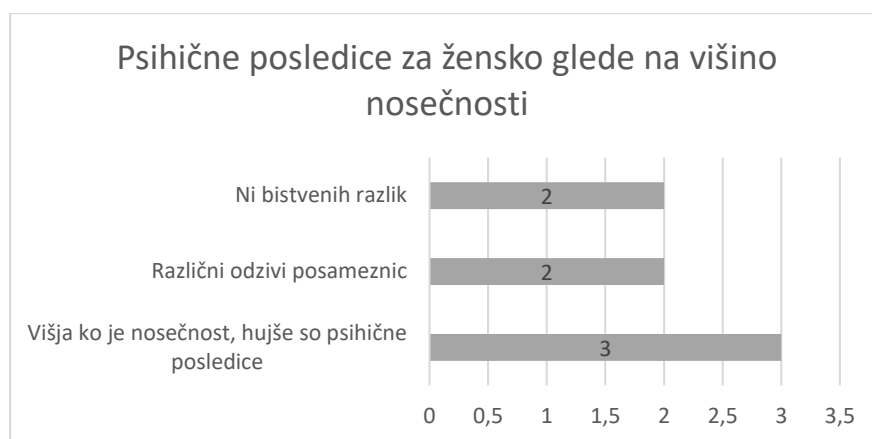
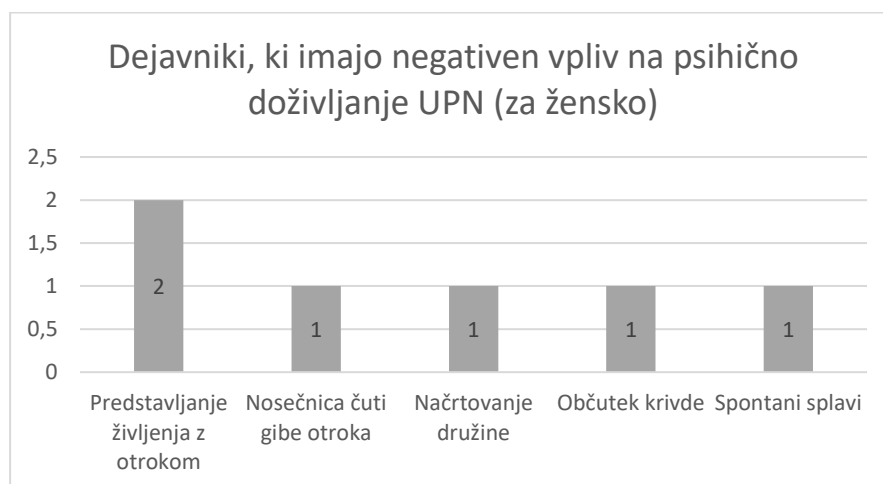
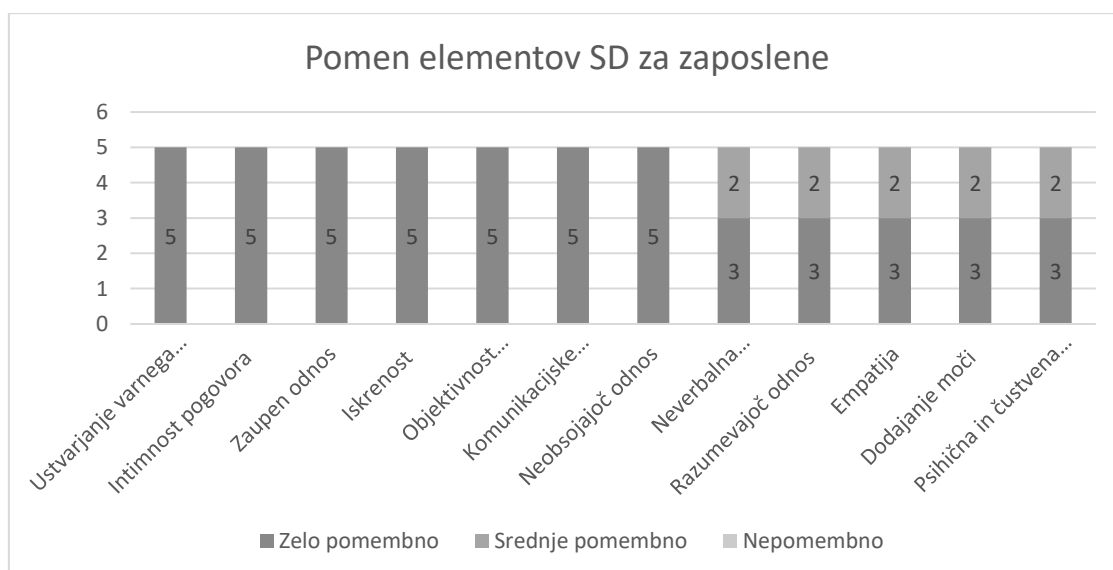


Tabela 10.2.17. Dejavniki z negativnim vplivom na psihično doživljanje ženk med UPN



Izmed elementov socialnega dela so ustvarjanje varnega prostora, intimnost pogovora, zaupen odnos, iskrenost in komunikacijske spretnosti vsi ocenili kot zelo pomembno. Neverbalno komunikacijo, razumevajoč odnos, empatijo, dodajanje moči ter psihično in čustveno podporo so 3 označili kot zelo pomembno, 2 pa kot srednje pomembno. Nobenega izmed elementov socialnega dela niso označili kot nepomembnega.

Tabela 10.2.18. Pomen elementov socialnega dela za zaposlene



Psihosocialna znanja in spretnosti 2 anketiranca ocenjujeta kot zadostna, 2 kot nezadostna, 1 pa meni, da jih imajo nekateri več, drugi manj. Anketiranec, ki je znanja označil za zadostna, to pripisuje dodatnim izobraževanjem na področju psihosocialne podpore in pomoči. Anketiranci, ki ta znanja in spretnosti označujejo kot nezadostna, vidijo razloge za to v pomanjkanju izobraževanj s tega področja (2 odgovora), pomanjkanju strokovnjakov s tega področja (1 odgovor), pomanjkanju znanj s tega področja (1 odgovor) in pomanjkanju časa za pogovor (1 odgovor). O načinu dela z uporabniki je 1 anketiranec povedal, da je le-ta odvisen od interesa posameznika, 1 pa, da delajo na podlagi dosedanjih izkušenj. Ti rezultati dokazujejo, da vsi zaposleni nimajo ustreznih psihosocialnih znanj in spretnosti ter da pri delu z ženskami črpajo iz preteklih izkušenj in lastnih interesov, kar potrjuje mojo osmo hipotezo.

Tabela 10.2.19. Ocena psihosocialnih znanj in spretnosti zaposlenih

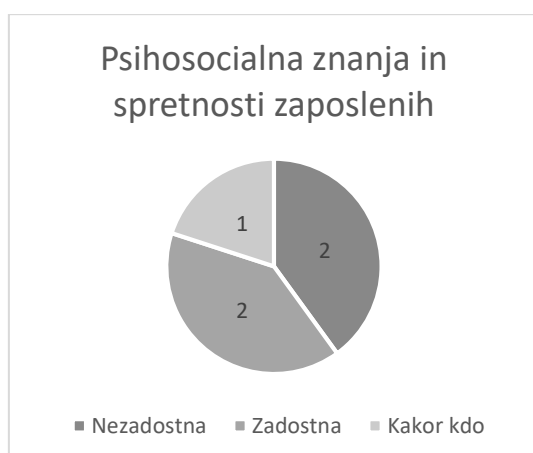
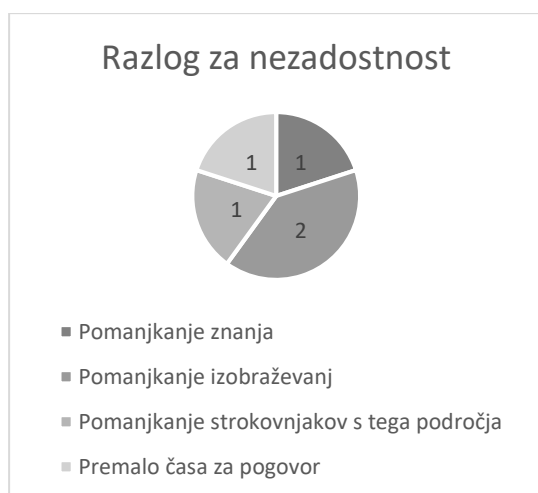
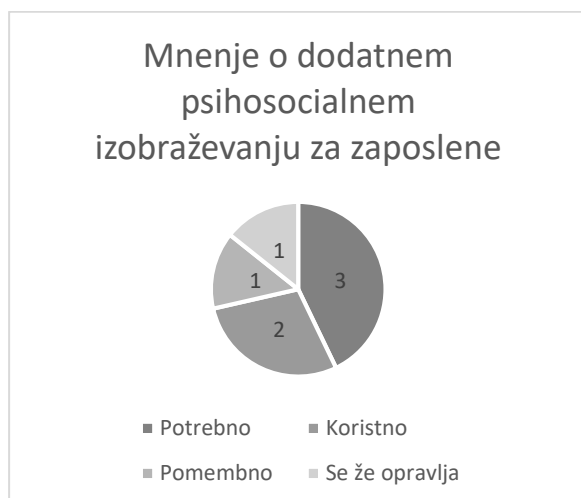


Tabela 10.2.20. Razlogi za nezadostnost psihosocialnih znanj in spretnosti zaposlenih



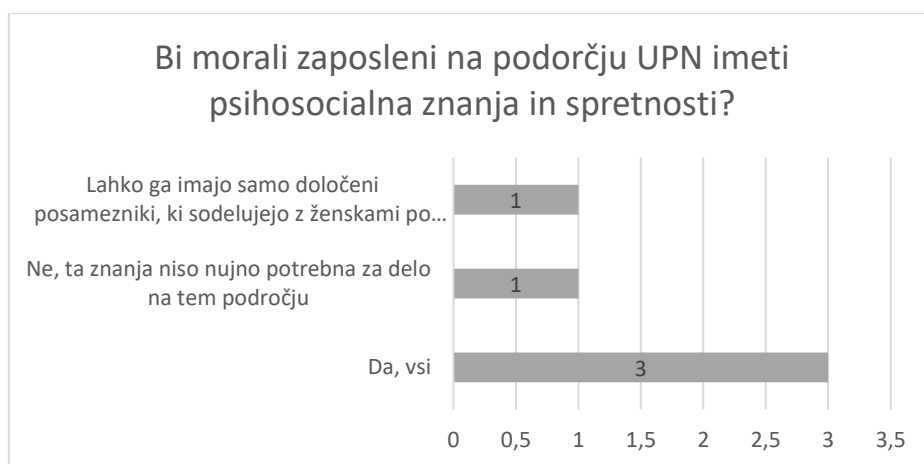
Dodatna izobraževanja o psihosocialnih znanjih in usposabljanju na tem področju se 3 zdijo potrebna, 2 koristna, 1 pa pomembna. 1 izmed anketirancev je zatrdil, da se taka izobraževanja že opravljajo. Ti rezultati potrjujejo mojo osmo hipotezo, saj se jim zdijo dodatna psihosocialna izobraževanja potrebna, koristna in pomembna.

Tabela 10.2.21. Mnenje o dodatnem psihosocialnem izobraževanju za zaposlene



3 menijo, da bi morali vsi zaposleni na področju umetne prekinitve nosečnosti imeti psihosocialna znanja in spretnosti. 1 meni, da jih imajo lahko samo določeni posamezniki, ki sodelujejo z ženskami/nosečnicami po potrebi. 1 trdi, da ta znanja niso nujno potrebna za delo na področju UPN. Rezultati potrjujejo mojo deveto hipotezo, saj 3 zaposleni menijo, da bi morali vsi zaposleni imeti psihosocialna znanja in spretnosti, kar bi ženskam omogočalo možnost psihosocialne podpore in pomoči v času UPN.

Tabela 10.2.22. Potreba po psihosocialnih znanjih in spretnostih na področju UPN

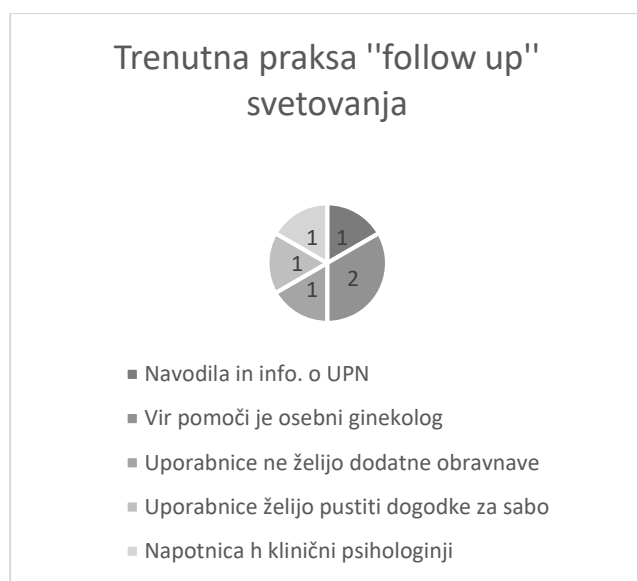


O "follow up" svetovanju po umetni prekinitvi nosečnosti menijo, da so taka svetovanja potrebna (1 odgovor), bi jih bilo smiselno uvesti (1 odgovor) in so lahko preventiva ponovni odločitvi za UPN (1 odgovor). 2 anketiranci taka svetovanja podpirata, 1 pa se zdi ta način dela iluzoren. Trenutno prakso "follow up" svetovanj oz. dela z nosečnico po posegu UPN opisujejo kot dajanje navodil in informacij o UPN (2 odgovora), vir pomoči s strani osebnega ginekologa (1 odgovor) ali napotnico h klinični psihologinji (1 odgovor). 1 meni, da si vsaka uporabnica ne želi dodatne obravnave in da želijo uporabnice dogodke v času UPN pozabiti. 1 anketiranec je izpostavil, da trenutni praksi "follow up" svetovanja primanjkuje informiranje o psihosocialni podpori in pomoči. Rezultati potrjujejo mojo deseto hipotezo, saj se večini zdijo "follow up" svetovanja potrebna, smiselna, jih podpirajo ali vidijo kot preventivo ponovni UPN.

Tabela 10.2.23. Mnenje o "follow up" svetovanju



Tabela 10.2.24. Trenutna praksa "follow up" svetovanj



O strokovnjakih s psihosocialnimi znanji in spretnostmi menijo, da bi morali biti na razpolago v vseh bolnicah (1 odgovor), da so potrebni (1 odgovor), koristni (1 odgovor) in pomembni (1 odgovor). 1 anketiranec meni, da je teh strokovnjakov veliko, vendar so neizkoriščeni, 1 pa trdi, da je sodelovanje s temi strokovnjaki ponekod že v praksi. Prednosti strokovnjaka s psihosocialnimi znanji in spretnostmi vidijo v podpori in pomoči uporabnicam (1 odgovor), razbremenitvi zdravstvenega osebja (1 odgovor), prav tako pa menijo, da bi tak strokovnjak imel več časa za pogovor z uporabniki (1 odgovor). 1 anketiranec na to vprašanje ni odgovoril (1 odgovor). Rezultati potrjujejo mojo deveto hipotezo, da bi bili psihosocialni strokovnjaki za delo z ženskami med UPN potrebni, koristni, pomembni in bi morali biti na razpolago v vseh bolnicah.

Tabela 10.2.25. Mnenje o strokovnjakih s psihosocialnimi znanji in spretnostmi

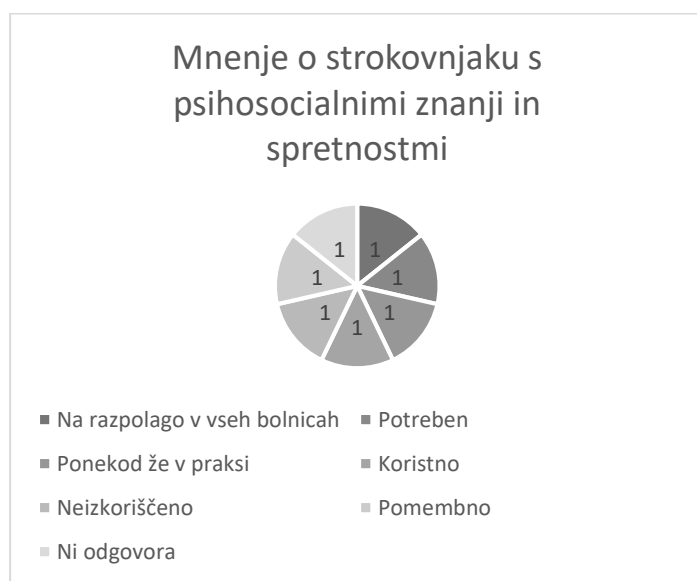
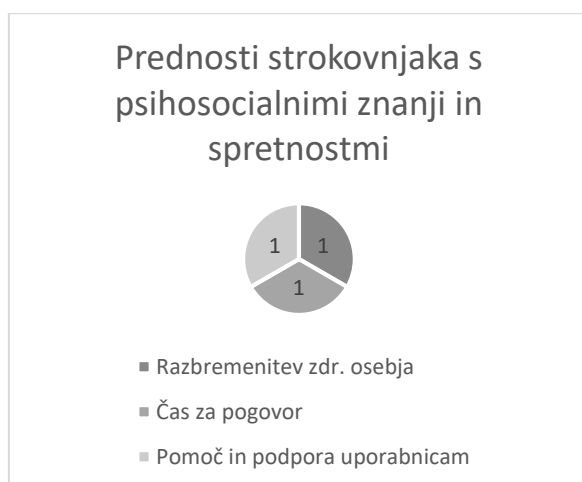


Tabela 10.2.26. Prednosti strokovnjaka s psihosocialnimi znanji in spretnosti



Pri zadnjem vprašanju, ki je bilo namenjeno dodatnim komentarjem, so bile omenjene prednosti slovenske prakse dela z ženskami, ki se odločajo za umetno prekinitev nosečnosti. Ob tem je bila izpostavljena dostopnost do kontracepcije (1 odgovor), nizka stopnja splavnosti (1 odgovor), izboljšanje te prakse v zadnjih 10 letih (1 odgovor) in trud zaposlenih (1 odgovor). 1 anketiranec je izpostavil tudi primere podpore in pomoči paru v času umetne prekinitve nosečnosti: slovo od otroka (možnost odtisa nogic/rokic, mirno slovo, slike ipd.), pomoč pri organiziranju pogreba otroka, pomoč in podporo v obliki literature (Prazna zibka), informiranje o dodatnih virih pomoči (Solzice, med.over.net) in napotnico h klinični psihologinji. 1 anketiranec je izrazil tudi željo oz. upanje, da se stanje ne bo v prihodnosti poslabšalo. Na to vprašanje trije anketiranci niso odgovorili. Tudi dodatni komentarji potrjujejo mojo osmo hipotezo, saj dokazujejo, da se veliko zaposlenih na področju UPN trudi po svojih najboljših močeh, da nudi ženskam med UPN kar se da kakovostno psihosocialno podporo in pomoč, čeprav vsi nimajo (vseh) potrebnih psihosocialnih znanj in spretnosti.

Tabela 10.2.27.. Prednosti slovenske prakse na področju UPN

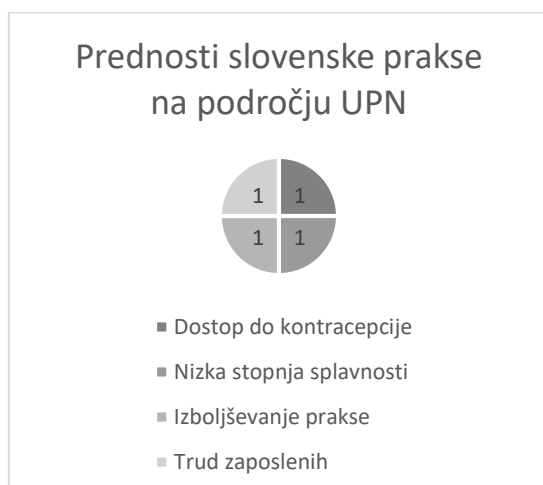
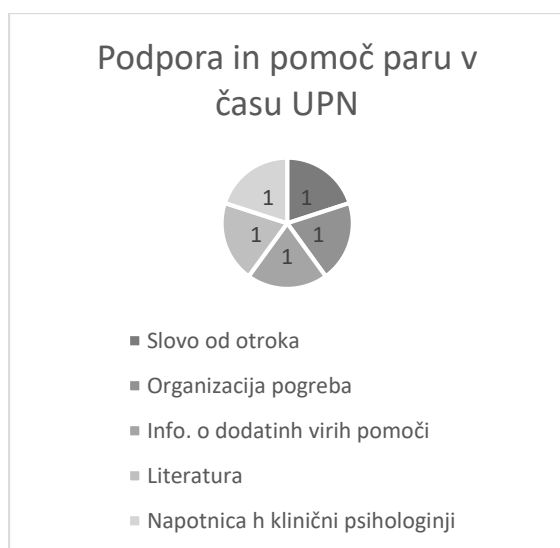


Tabela 10.2.28.. Podpora in pomoč paru v času UPN



11. Razprava

V Sloveniji se **ženske** največkrat odločajo za ustanovo, kjer bodo opravile umetno prekinitev nosečnosti, na podlagi bližine ustanove svojemu domačemu kraju. Praksa pri nas je očitno dovolj dobra, da ne čutijo potrebe po migriranju v druge države, kjer bi jim ta poseg opravili, niti v druge ustanove v Sloveniji, ki niso na seznamu pristojnih zdravstvenih ustanov. Tudi nekateri **zaposleni** so v komentarjih zadnjega vprašanja izpostavili, da je praksa umetnih prekinitev v Sloveniji dobra v primerjavi z drugimi državami (ni pa izpostavljeno katerimi) oz. naj bi po njihovem mnenju zadostovala potrebam žensk.

Najpogostejši razlog za prekinitev nosečnosti je bil tudi v moji raziskavi anomalija oz. nepravilnost ploda, kot to navajajo tudi drugi avtorji (Tul, 2010 in Cerar, 2012). Prav tako sta pogosta razloga tudi nezaželenost otroka in ekonomska stiska, ki ju prav tako navajajo kot pogoste razloge drugi avtorji. (Söderberga, Janzonb, in Sjöberg, 1998)

Ženskam največkrat vir moči predstavlja partner, ki je bil največkrat omenjen pri pomoči za odločanje o umetni prekinitvi nosečnosti, prav tako pa je večina **žensk** svoje misli in negativne občutke ali celo psihične težave zaupala partnerju. Tudi **zaposleni** so pri ocenjevanju odgovornosti za psihosocialno podporo in pomoč ženski v času UPN partnerja ocenili kot popolnoma odgovornega. Težava pa se pojavi pri ženskah, ki nimajo partnerja ali pa jim ta ne more nuditi ustrezne podpore in pomoči. Tako pri odločanju za UPN, kot predelovanju negativnih čustev in psihičnih težav po umetni prekinitvi nosečnosti, je veliko **žensk** odgovorilo, da so se s tem (vsaj na začetku) spopadale same, brez pomoči drugih, nekatere pa so se drugim zaupale šele veliko kasneje. Smiselno bi torej bilo, da prevzame to odgovornost strokovnjak s psihosocialnimi znanji in spretnostmi, ki lahko nudi podporo in pomoč ne samo ženski, ampak tudi partnerju ali svojcem, ki bi morda utegnili biti vpleteni v dogajanje in bi to potrebovali.

Ženske čutijo potrebo in imajo željo, da bi jim bila v času umetne prekinitve nosečnosti nudena ustrezna psihosocialna podpora in pomoč. Čeprav so bili pri nekaterih **ženskah** na pogovorih prisotni tudi psihologi in socialne delavke, niso bile njihove ocene kakovosti obravnave ali zadovoljstva bistveno drugačne od ocen tistih, ki so sodelovale samo s strokovnjaki iz zdravstvene sfere, kar očitno kaže na potrebo po informiranju in usposabljanju zaposlenih o potrebah in željah žensk, ki se odločajo za umetno prekinitev nosečnosti. Čeprav **zaposleni** poudarjajo, da se na tem področju trudijo po najboljših močeh in se jim zdi taka obravnava zadovoljiva in ustrezna, pa veliko **žensk**, ki so se intenzivno soočale z negativnimi občutki, kot so žalost, krivda, jeza, žalovanje,

osamljenost, nerazumljenost ipd., jasno kaže, da temu ni tako. O teh občutkih skoraj nobena ni spregovorila z osebjem, s katerim so sodelovale v času umetne prekinitve nosečnosti. Verjetno k temu prispevajo nizke ocene osebnega odnosa, občutka podpore ter psihosocialne podpore in pomoči, ki so jo ženske prejele v času procesa umetne prekinitve nosečnosti.

Polovica **žensk** je imela po umetni prekinitvi nosečnosti težave s spolnostjo, skoraj polovica pa nasploh v partnerskem odnosu. Približno tretjina jih je imela težave z nočnimi morami, z novim načrtovanjem družine, samomorilnimi mislimi, tesnobo in depresijo. Ni sicer razvidno, koliko žensk je bilo diagnosticiranih s to motnjo, kar pa ne zmanjša dejstva, da so ženske te občutke in težave vseeno izkusile in jih vidijo kot posledice umetne prekinitve nosečnosti. Ti rezultati torej nasprotujejo avtorjem kot so Major idr. (2000) in Söderberga, Janzonb, in Sjöberg (1998), ki trdijo, da so negativni občutki in psihične motnje po umetni prekinitvi redki. Približujejo pa se razlagam Jerička (2015), ki zagovarja obstoj postabortivnega sindroma.

Tako **ženske** z izkušnjo kot **zaposleni** na področju umetne prekinitve nosečnosti vidijo veliko prednosti in pozitivnih lastnosti v strokovnjakih s področja psihosocialne podpore in pomoči s psihosocialnimi znanji in spretnostmi. **Ženskam** to predstavlja dodaten vir moči, podpore, občutek varnosti, osebo, ki se ji lahko zaupajo ipd. Tudi **zaposleni** vidijo vse te lastnosti v takem strokovnjaku, poudarjajo pa tudi razbremenitev preostalega osebja, saj večkrat poudarjajo, da jim za ustrezno in kvalitetno obravnavo oz. sodelovanje z uporabnicami zmanjka časa. Čeprav se nekaterim zdi to neizvedljivo, pa so že malenkosti, kot so pogostejša svetovanja (Doane in Quigley, 1981) ali spremljanje preko SMS sporočil (Constant, de Tolly, Harries in Myer, 2014), lahko očitno dovolj dober vir moči za uporabnice.

Prav tako je pomemben podatek slabo informiranje **žensk** o drugih virih pomoči, ki so jim na voljo izven zdravstvenih ustanov. Zaposleni so sicer večkrat omenili napotnice h klinični psihologinji, ki pa je **ženske** z izkušnjo niso omenjale. Medtem pa ima kar nekaj **žensk** pozitivno izkušnjo s psihosocialno podporo in pomočjo s slovenskim neprofitnim društvom Solzice (Simonič, 2017) in z nekaterimi drugimi slovenskimi strokovnjaki na tem področju (Nzobandora, 2015). Zakaj torej anketiranke o tem in podobnih društvih niso (podrobneje) informirane?

Čeprav vzorca mojih populacij nista velika, sem pri **ženskah** uspela zajeti vse starostne skupine, prav tako pa tudi ženske, ki so nosečnost prekinile v različnih obdobjih in v različnih ustanovah v Sloveniji. Vprašalnik za **ženske** je bil objavljen na spletu in povsem anonimen, zato niti ni možnosti vedeti, kdo ga je zares reševal, čeprav je malo verjetno, da bi se kdo, ki ne spada v mojo populacijo, lotil reševanja ankete o tako zelo specifični in za nekatere občutljivi temi. Vzorec zaposlenih na

področju umetne prekinitve nosečnosti v Sloveniji že tako ni bil velik (14 predvidenih izpolnjenih vprašalnikov), vrnilo pa se jih je le 5, zato nimam podatkov o mnenjih zaposlenih iz vseh slovenskih ustanov, ki opravljajo umetno prekinitev nosečnosti. Posledično tudi ta vzorec ni povsem reprezentativen ter predstavlja le delček mnenj in pogledov zaposlenih na mojo raziskovalno temo. Kljub temu pa moje ugotovitve dovolj jasno kažejo, da je temo potrebno še podrobneje raziskati.

Moj namen raziskave je bil predvsem oceniti, kakšne so dosedanje izkušnje in ali sploh obstajata želja in potreba po psihosocialni podpori in pomoči na tem področju. Gradivo, ki sem ga zbrala pokaže, da želje in potrebe po le-tej obstajajo, torej je bil namen moje raziskave dosežen. Rezultatom, ki sem jih zbrala, pa zagotovo manjka še veliko kvalitativnega gradiva, da bi lahko bolje razumeli, kaj točno so potrebe in želje žensk na tem področju ter kako jih uresničiti.

Najbolj jasno sporočilo, ki ga lahko izpeljem iz odgovorov žensk z izkušnjo UPN kot tudi zaposlenih na tem področju je, da se je potrebno vsaki posameznici posvetiti individualno ter prisluhniti njenim željam in potrebam. Očitno je, da so njihovi pogledi na umetno prekinitev nosečnosti lahko zelo različni, prav tako obravnava v času bivanja v bolnišnici, zato jim je potrebno dati glas, ga slišati in upoštevati.

12. Sklepi

12.1 Ženske

- Ženske, ki se odločajo za umetno prekinitev nosečnosti, so v povprečju stare med 18 in 40 let, z nekaj izjemami nad tema mejama.
- Večina jih nosečnost umetno prekine v prvem trimesečju, ponovno pa se zanjo odločajo le redke.
- Vse so bile sprejete in obravnavane v slovenskih zdravstvenih ustanovah, ki so bile tudi na mojem seznamu bolnišnic.
- Ustanovo izbirajo predvsem na podlagi bližine domačemu kraju, na predlog zdravnika ali brez posebnih razlogov.
- Najpogostejši razlog za umetno prekinitev nosečnosti je anomalija otroka oz. ploda, pogosti pa so tudi nezaželenost nosečnosti, nepripravljenost in ekonomska stiska.
- Najmanj pogosti razlogi so kariera, ogroženost življenja nosečnice ali predlog zdravnika.
- Največ jih je imelo pred posegom en pogovor s strokovnjakom, najmanj pa tri ali več.
- Skoraj tretjina žensk pogovora pred posegom sploh ni imela.
- Na pogovorih je skoraj vedno prisoten ginekolog, včasih tudi medicinska sestra, redko pa psiholog ali socialna delavka.
- Najbolj so zadovoljne z zasebnostjo pogovora in izbiro prostora, v katerem se je odvijal, najmanj pa s psihosocialno podporo in pomočjo, občutkom podpore in informacijami o dodatnih virih pomoči.
- V času umetne prekinitve nosečnosti se intenzivno soočajo predvsem z negativnimi občutki, med katerimi prevladujejo žalost, krivda, žalovanje, osamljenost, izguba in stres.
- Vsak element socialnega dela vsaj polovica anketirank ocenjuje kot zelo pomemben za pogovor oz. svetovanje.
- Menijo, da so znanja in spretnosti socialnega dela oz. psihosocialnega dela potrebna na področju umetne prekinitve nosečnosti.
- Prisotnost strokovnjaka s psihosocialnimi znanji in spretnostmi se jim v večini zdi na prvem srečanju nujna, kasneje pa po potrebi.

12.2. Zaposleni

- Na oddelkih za ginekologijo in porodništvo oz. umetne prekinitve nosečnosti prevladujejo zdravniki (doktorji medicine, specialisti za ginekologijo in porodništvo) in medicinske sestre. Socialne delavke so zaposlene v bolnišnici in sodelujejo z vsemi oddelki ali pa so zunanje.
- Večina žensk ima pred umetno prekinitvijo nosečnosti eno svetovanje oz. en pogovor s strokovnjakom.
- Svetovanje oz. pogovor največkrat opravijo ginekolog, medicinska sestra, po potrebi pa je prisotna tudi socialna delavka.
- Število svetovanj je odvisno predvsem od želja in potreb nosečnice ter mnenja osebnega ginekologa.
- Sodelujoče na pogovoru oz. svetovanju največkrat določi osebni ginekolog in zakonski predpisi.
- Namen svetovanja pred UPN je predvsem informiranje ženske o posegu, možnih zapletih med posegom in o njenem reproduktivnem zdravju.
- Mnenje o praksi svetovanj pred UPN je deljeno; polovica jih je mnenja, da so ustrezna in učinkovita, druga polovica pa trdi, da so premalo osebna in da zanje ni dovolj časa.
- Zaposleni so mnenja, da so lahko psihične posledice enako negativne tako pri ženskah, ki se same odločijo za prekinitev nosečnosti, kot pri tistih, ki splavijo spontano.
- Psihosocialnim znanjem in spretnostim dajejo zaposleni velik pomen in vidijo v njih veliko prednosti.
- Svoja psihosocialna znanja in spretnosti polovica zaposlenih ocenjuje kot nezadostna, oviro pa vidijo v pomanjkanju izobraževanj na tem področju.
- Zaposleni, ki svoja psihosocialna znanja ocenjujejo kot zadostna, razlog za to vidijo v dodatnih izobraževanjih.
- Dodatna psihosocialna izobraževanja se zaposlenim zdijo potrebna, pomembna in koristna.
- Zaposleni podpirajo idejo o "follow-up" svetovanjih oz. pogovorih z ženskami po umetni prekinitvi nosečnosti in v tem vidijo prednosti za žensko.
- Večina zaposlenih je mnenja, da bi morali vsi zaposleni na področju umetne prekinitve nosečnosti imeti psihosocialna znanja in spretnosti.
- Zaposleni prepoznavajo veliko prednosti slovenske prakse na področju umetne prekinitve nosečnosti, vendar vidijo tudi prostor za napredek in izboljšanje.

Odgovori žensk z izkušnjo umetne prekinitve nosečnosti in zaposlenih na področju umetne prekinitve nosečnosti se razlikujejo predvsem v oceni ustreznosti trenutne psihosocialne podpore in pomoči. Večina žensk meni, da le-ta ni ustrezna oz. ni zadovoljila njihovih potreb. Zaposleni so glede tega razdvojeni; nekaterim se zdi, da njihova znanja in spretnosti zadoščajo potrebam uporabnic, medtem ko drugi opažajo, da za kakovostnejšo psihosocialno pomoč in podporo niso (dovolj) usposobljeni.

Tako ženske kot zaposleni se strinjajo, da bi bila dodatna izobraževanja o psihosocialnih znanjih ter zaposlitev strokovnjakov s tega področja v bolnišnicah koristna. Prednosti vidijo v boljši skrbi in podpori za ženske, zaposleni pa tudi v razbremenitvi ostalega zdravstvenega osebja.

Ženske potrjujejo, da kljub lastni odločitvi za umetno prekinitev nosečnosti, vseeno med in po posegu doživljajo negativne občutke in se v nekaterih primerih soočajo s psihičnimi posledicami. Tudi vsi zaposleni menijo, da so negativne posledice možne pri vsaki posameznici, ne glede na to, ali splavi umetno ali spontano.

Oboji v večini menijo, da je pri psihosocialni podpori in pomoči pomembno, da se strokovnjaki posvetijo vsaki uporabnici individualno. Strinjajo se, da vsaka posameznica psihosocialnih svetovanj ne potrebuje oz. si ne želi in opozarjajo, da morajo strokovnjaki pri tem upoštevati želje uporabnic.

13. Predlogi

Moj temeljni predlog je, da je potrebno področje umetne prekinitve nosečnosti podrobneje raziskati, še posebej kvalitativno in se posvetiti predvsem željam uporabnic., Večina si jih želi imeti vsaj možnost psihosocialne podpore in pomoči skozi proces UPN, ene pa jo celo vidijo kot nekaj obveznega med postopkom.

Naslednji predlog bi bil, da se za delavce, ki so zaposleni na področju umetne prekinitve nosečnosti in imajo kakršenkoli stik z ženskami, ki se za ta poseg odločajo, organizirajo okrogle mize ali celo izobraževanja, na katerih bi se seznanili z osnovami psihosocialnega svetovanja in bi tako bili bolje opremljeni za pogovore in delo s svojimi uporabnicami. Dokaz za to so že zaposleni, ki svoje psihosocialno znanje in spretnosti ocenjujejo kot zadostne, razlog za to pa vidijo v dodatnih izobraževanjih na tem področju. Prav tako bi bilo potrebno bolje zastaviti, katere informacije je potrebno pred umetno prekinitvijo nosečnosti posredovati nosečnici, da bi le-ta kar najbolje razumela svojo situacijo ter možne posledice in se na podlagi tega lažje odločila, kaj storiti. Pomembno se mi zdi, da če že ni zaposlenih, ki bi lahko ženskam pomagali pri doživljanju negativnih občutkov ali celo pri soočanju z negativnimi psihičnimi posledicami, da se jih pred posegom vsaj informira o ustreznih virih pomoči, ki so jim pri tem lahko v podporo in pomoč.

Kot idealno rešitev za ta problem vidim zaposlovanje socialni delavk ali psihologov v zdravstvenih ustanovah, ki bi bili ženskam na voljo v času umetne prekinitve nosečnosti, vendar njihova prisotnost ne bi bila obvezna, kot so to tudi izrazile nekatere anketiranke. Prepričana sem, da bi od tega imeli korist tudi uporabniki na drugih oddelkih v zdravstvenih ustanovah.

Predlagam, da se svetovanje pred umetno prekinitvijo nosečnosti uvede kot obvezno za vse ženske, ne glede na razlog umetne prekinitve, njeno starost ipd. Idealno bi bilo, da bi bilo teh svetovanj več in bi imele med njimi čas za razmislek, vendar se mi zdi že obveznost vsaj enega svetovanja dovolj velik korak, ki bi zagotovo bil v pomoč številnim v teh situacijah.

Zelo učinkovito bi bilo, če bi se na to problematiko opozarjalo tudi na fakultetah za medicino in zdravstvo, za socialno delo, psihologijo in drugih smereh, ki so povezane s področjem umetne prekinitve nosečnosti. S tem bi se zagotovilo, da se strokovni delavci zavedajo možnih ovir pri delu z ženskami, ki se odločajo za umetno prekinitve nosečnosti in se jim v sklopu tega zagotovi čim bolj kakovostna oskrba.

14. Uporabljena literatura

1. Arving, C., Sjöden, P.O., Bergh, J., Lindström, A.T., Wasteson, E., Glimelius, B. & Brandberg, Y. (2006). Satisfaction, utilisation and perceived benefit of individual psychosocial support for breast cancer patients--a randomised study of nurse versus psychologist interventions. *Patient Educ Couns*, 62(2), 235-243. Pridobljeno 17.6.2018 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16500071>
2. Bahovec, E. D. (ur.) (1991). *Abortus - pravica do izbire?! : pravni, medicinski, sociološki, moralni in politični vidiki: zbornik*. Ljubljana: Skupina "Ženske za politiko".
3. Bayles, M. (1990). Feminism and abortion. *Atlantic Monthly*, 265(4), 84-88. Pridobljeno 15.3.2018 s <https://www.theatlantic.com/past/docs/politics/abortion/bayl.htm>
4. Berer, M. (2017). Abortion Law and Policy Around the World. *Health Hum Rights*, 19(1), 13-27. Pridobljeno 19.3.2018 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5473035/>
5. Calderone, M.S. (1960) Illegal Abortion as a Public Health Problem. *Am J Public Health Nations Health*, 50(7), 948-954. Pridobljeno 11.3.2018 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1373382/>
6. Cerar, V.M. (2010). Proces odločanja za prekinitev nosečnosti. V Tul, N. (ur.), *Prekinitev nosečnosti z zdravili v 1. in 2. trimesečju nosečnosti: zbornik prispevkov*. (str. 19-20) Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino.
7. Constant, D., de Tolly, K., Harries, J. & Myer, L. (2014). Mobile phone messages to provide support to women during the home phase of medical abortion in South Africa: a randomised controlled trial. *Contraception*, 90(3), 226-233. Pridobljeno 6.3.2018 s https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/46337707/Mobile_phone_messages_to_provide_support20160608-18062-184ce67.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3_A&Expires=1522855356&Signature=%2BSersoxncRb%2FomLuU0qow5oHKJI%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DMobile_phone_messages_to_provide_support.pdf
8. Čačinovič Vogrinčič, G. Kobal, L., Mešl, N., Možina, M. (2011). *Vzpostavljanje delovnega odnosa in osebnega stika*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo Univerze v Ljubljana.
9. Dhillon, B.S., Chandhiok, N., Kambo, I. & Saxena, N.C. (2004). Induced abortion and concurrent adoption of contraception in the rural areas of India (an ICMR task force study). *Indian J Med Sci*, 58(11), 478-484. Pridobljeno 11.3.2018 s https://www.researchgate.net/publication/8159407_Induced_abortion_and_concurrent_adoption_of_contraception_in_the_rural_areas_of_India_An_ICMR_task_force_study
10. Doane, B.K. & Quigley, B.G. (1981). Psychiatric aspects of therapeutic abortion. *Can Med Assoc Journal*, 125(5), 427-432. Pridobljeno 7.3.2018 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1862469/>
11. Filipič, I. (1997). *Pravica zarodka do življenja in pravica ženske do umetne prekinitve nosečnosti*. Obzornik zdravstvene nege, 31(5/6), 213-215. Pridobljeno 28.3.2018 s <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:doc-CTGLAS0M>
12. Globevnik Velikonja, V. (2010) Psihološka podpora nosečnicam in medicinskemu teamu ob prekinitvi nosečnosti zaradi razvojnih nepravilnosti ploda. V Tul, N. (ur.), *Prekinitev nosečnosti z zdravili v 1. in 2. trimesečju nosečnosti: zbornik prispevkov*. (str. 32-40) Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino.
13. Globevnik Velikonja, V. (2012). Psihološki vidiki umetne prekinitve nosečnosti. V Tul, N., & Štolfa-Gruntar, A. (ur.), *Prekinitev nosečnosti z zdravili: zbornik*. (str. 19-27) Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino

14. Jeriček, J. (2015). Skrita rana. V Nzobandora, K. (ur.), *Novo upanje po splavu : mnenja strokovnjakov in osebne zgodbe staršev po umetni prekinitvi nosečnosti*. (str. 15-28) Ljubljana: Družina.
15. Kirton, I. M. (1998). *Spirit child : healing the wound of abortion*. Findhorn: Findhorn Press.
16. Kumar, A., Hessini, L., & Mitchell, E. M. H. (2009). Conceptualising abortion stigma. *Culture, health & sexuality*, 11(6), 625–639. Pridobljeno 7.3.2018 s <https://www.semanticscholar.org/paper/Conceptualising-abortion-stigma.-Kumar-Hessini/2950b5753c22fd16575ce6ab99e72b1845123fa7>
17. Major, B., Cozzarelli, C., Cooper, M. L., Zubek, J., Richards, C., Wilhite, M. & Gramzow, R.H. (2000). Psychological Responses of Women After First-Trimester Abortion. *Arch Gen Psychiatry*, 57(8), 777-784. Pridobljeno 5.3.2018 s <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/481643>
18. Mesec, B. (1997a). *Metodologija raziskovanja v socialnem delu II : študijsko gradivo*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
19. Mesec, B. (1997b). *Metodologija raziskovanja v socialnem delu I : študijsko gradivo za interno uporabo*. Ljubljana : Visoka šola za socialno delo.
20. Novak, A. (2017). *Pravna ureditev umetne prekinitve nosečnosti* (Magistrsko delo). Pridobljeno 28.2.2018 s <https://repozitorij.uni-lj.si/IzpisGradiva.php?id=92564>
21. Nzobandora, K. (ur.). (2015). *Novo upanje po splavu : mnenja strokovnjakov in osebne zgodbe staršev po umetni prekinitvi nosečnosti*. Ljubljana: Družina.
22. Pinter, B. (2012). Epidemologija in socialni vidik umetne prekinitve nosečnosti. V Tul, N., & Štolfa-Gruntar, A. (ur.), *Prekinitve nosečnosti z zdravili: zbornik*. (str. 8-17) Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino.
23. Pisnik, S. (2012). *Pravna ureditev umetne prekinitve nosečnosti v Republiki Sloveniji* (Magistrsko delo). Pridobljeno 28.2.2018 s <https://dk.um.si/IzpisGradiva.php?id=22297>
24. Podgornik Pulec, N. (2015). Uvod v psihosocialno pomoč. *Raziskave in razprave* 8(2), 90-110.
25. Romih, J. & Žmitek, A. (ur.) (2000). *Na stičiščih psihiatrije in ginekologije : zbornik*. Begunje, 22. in 23. oktober 1999. Begunje: Psihiatrična bolnišnica.
26. Sedgh, G., Singh, S., Shah, I.H., Åhman, E., Henshaw, S. K. & Bankole, A. (2012). Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet*, 379(9816), 625–632. Pridobljeno 5.3.2018 s <https://gwhforum.com/wp/wp-content/uploads/2017/07/laube-lit-sedgh-lancet-2012.pdf>
27. Simonič, S. (2017). *Rodila sem angela*. Maribor: Zavod 13.
28. Smith, A. (2005). Beyond Pro-Choice Versus Pro-Life: Women of Color and Reproductive Justice. *NWSA Journal* 17(1), 119-140. Pridobljeno 16.3.2018 s <https://pdfs.semanticscholar.org/c01f/65f99ae88881d127eb8cd1ed9a465b1ea89b.pdf>
29. Smyth, L. (2002). Feminism and abortion politics: choice, rights, and reproductive freedom. *Women's Studies International Forum*, 25(3), 335 – 345. Pridobljeno 15.3.2018 s https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/34935062/WSIF_Smyth.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1521636563&Signature=b4%2BZO0gYyfzLCaHIQI%2FJENcQfE4%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DFeminism_and_Abortion_Politics_Choice_Ri.pdf
30. Söderberga, H., Janzon, L. & Sjöberg, N.O. (1998). Emotional distress following induced abortion. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 79(2), 173-178. Pridobljeno 6.3.2018 s <https://pdfs.semanticscholar.org/edcd/3a025ff9e7aa7ede336489011eddedd8f5ac.pdf>
31. Škufca Smrdel, A. C. (2007). Psihosocialne razsežnosti rakave bolezni ter kakovost življenja pri bolnikih z rakom. *Zdravniški vestnik*, 76(12), 827-831. Pridobljeno 17.6.2018 s <https://www.>

[dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-LKNQWCZE/?euapi=1&query=%27keywords%3dpsihosocialna%27&page Size=25](http://dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-LKNQWCZE/?euapi=1&query=%27keywords%3dpsihosocialna%27&page%20Size=25)

32. Tul, N. (ur.). (2010). *Prekinitev nosečnosti z zdravili v 1. in 2. trimesečju nosečnosti: zbornik prispevkov*. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino.
33. Tul, N., & Štolfa-Gruntar, A. (ur.). (2012). *Prekinitev nosečnosti z zdravili: zbornik*. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino.
34. Vrabl, A. (2013). *Sociološki vidiki umetno prekinjene nosečnosti*. (Diplomsko delo). Pridobljeno 28.2.2018 s <https://dk.um.si/IzpisGradiva.php?id=39688>
35. Vrankar, J. (2017). *Doživljanje žensk pri neželjeni prekinitvi nosečnosti z zdravili v prvem trimesečju: pregled literature* (Diplomsko delo). Pridobljeno 28.2.2018 s <https://repozitorij.uni-lj.si/IzpisGradiva.php?id=92325>
36. de Vries, S. & Bouwkamp, R. (2002). *Psihosocialna družinska terapija*. Logatec: Firis.
37. Vugrinec, I. (2014). *Čustveno doživljanje žensk ob umetni prekinitvi nosečnosti* (Magistrsko delo). Ljubljana: Teološka fakulteta.
38. Wood, M.A., & Durham Jr., W. C. (1978). Counseling, Consulting, and Consent: Abortion and the Doctor-Patient Relationship. *BYU Law Review*, 783. Pridobljeno 7.3.2018 s <https://digitalcommons.law.byu.edu/lawreview/vol1978/iss4/4>

14.1 Pravni viri

1. Pravno-informacijski sistem. (b.d.). *Kazenski zakonik*. Pridobljeno 28.3.2018 s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO5050>
2. Pravno-informacijski sistem. (b.d.). *Ustava Republike Slovenije*. Pridobljeno 28.3.2017 s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=USTA1>
3. Pravno-informacijski sistem. (b.d.). *Zakon o duševnem zdravju*. Pridobljeno 28.3.2018 s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO2157>
4. Pravno-informacijski sistem. (b.d.). *Zakon o pacientovih pravicah*. Pridobljeno 28.3.2018 s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO4281>
5. Pravno-informacijski sistem. (b.d.). *Zakon o starševskem varstvu in družinskih prejemkih*. Pridobljeno 28.3.2018 s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO6688>
6. Pravno-informacijski sistem. (b.d.). *Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju*. Pridobljeno 28.3.2018 s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO213>
7. Pravno-informacijski sistem. (b.d.). *Zakon o zdravstveni dejavnosti*. Pridobljeno 28.3.2018 s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO214>
8. Pravno-informacijski sistem. (b.d.). *Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok*. Pridobljeno 25.2.2017 s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO408#>
9. Varuh človekovih pravic. (b.d.). *Evropska konvencija o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin*. Pridobljeno 24.3.2018 s <http://www.varuh-rs.si/pravni-okvir-in-pristojnosti/mednarodni-pravni-akti-s-podrocja-clovekovih-pravic/svet-evrope/evropska-konvencija-o-varstvu-clovekovih-pravic-in-temeljnih-svoboscin/>
10. Varuh človekovih pravic. (b.d.). *Konvencija o otrokovih pravicah*. Pridobljeno 24.3.2018 s <http://www.varuh-rs.si/pravni-okvir-in-pristojnosti/mednarodni-pravni-akti-s-podrocja-clovekovih-pravic/svet-evrope/evropska-konvencija-o-varstvu-clovekovih-pravic-in-temeljnih-svoboscin/>

[človekovih-pravic/svet-evrope/evropska-konvencija-o-varstvu-človekovih-pravic-in-temeljnih-svoboscin/](#)

11. Varuh človekovih pravic. (b.d.). *Splošna deklaracija človekovih pravic*. Pridobljeno 24.3.2018 s <http://www.varuh-rs.si/pravni-okvir-in-pristojnosti/mednarodni-pravni-akti-s-podrocja-človekovih-pravic/organizacija-zdruzenih-narodov/splosna-deklaracija-človekovih-pravic/>

14.2 Spletni viri

1. 24ur. (2018). *Irska zgodovinska odločitev: 66,4 odstotka volivcev podprlo pravico do splava*. Pridobljeno 28.5.2018 s <https://www.24ur.com/novice/svet/irci-na-zgodovinskem-referendu-izglasovali-za-pravico-do-splava.html>
2. A historical background of abortion. (b.d.). Pridobljeno 19.3.2018 s http://shodhganga.inflibnet.ac.in/bitstream/10603/172165/6/06_chapter%201.pdf
3. Abort73. (2009). *Ancient abortion history*. Pridobljeno 19.3.2017 s <http://abort73.com/abortion-facts/ancient-abortion-history/>
4. Ancient Egyptians Facts. (b.d.). *Ancient Egypt Abortion Methods and Herbs*. Pridobljeno 20.3.2018 s <http://www.ancientegyptianfacts.com/ancient-egypt-abortion.html>
5. Antenatal Results and Choices. (b.d.). Pridobljeno 6.4.2018 s <http://www.arc-uk.org/for-parents/publications-2>
6. BBC. (2007). *Europe's abortion rules*. Pridobljeno 25.3.2018 s <http://news.bbc.co.uk/2/hi/europe/6235557.stm>
7. Društvo Novus. (b.d.). *Seznam bolnišnic v Sloveniji*. Pridobljeno 28.3.2018 s <http://www.drustvo-novus.com/galerije/lotus---priloge/seznam-bolnisnic-v-sloveniji.pdf>
8. Head, T. (2018). Pro-Choice vs. Pro-Life: What does each side believe? Pridobljeno 21.3.2018 s <https://www.thoughtco.com/pro-life-vs-pro-choice-721108>
9. RationalWiki. (2018). *History of abortion*. Pridobljeno 19.3.2018 s https://rationalwiki.org/wiki/History_of_abortion
10. Reproductive rights. (b.d.). *The Family Planning, Human Embryo Protection and Conditions of Permissibility of Abortion Act of 7 January 1993*. Pridobljeno 24.3.2018 s <https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/Polish%20abortion%20act--English%20translation.pdf>
11. Solzice. (b.d.). *O društvu*. Pridobljeno 28.3.2018 s <http://www.solzice.si/odrustvu.php>
12. Strah. (b.d.). *Ginekološki pregledi v nosečnosti*. Pridobljeno 24.3.2018 s <http://www.strah.si/si/vsebinska/189/ginekoloski-pregledi-v-nosecnosti/>
13. Todman, D. (2009). *A history of abortion*, 14(2). Pridobljeno 19.3.2018 s [http://www.cmdfa.org.au/lukesjournal-archives/Lukes%20Vol%2014/2011-14\(3\)45_A_History_of_Abortion.pdf](http://www.cmdfa.org.au/lukesjournal-archives/Lukes%20Vol%2014/2011-14(3)45_A_History_of_Abortion.pdf)
14. Wikipedia. (2018a). *Abortion in the United Kingdom*. Pridobljeno 25.3.2018 s https://en.wikipedia.org/wiki/Abortion_in_the_United_Kingdom#England_and_Wales
15. Wikipedia. (2018b). *Anti-abortion feminism*. Pridobljeno 21.3.2018 s https://en.wikipedia.org/wiki/Anti-abortion_feminism
16. Wikipedia. (2018c). *Madame Restell*. Pridobljeno 21.3.2018 s https://en.wikipedia.org/wiki/Madame_Restell
17. Wikipedia. (2018d). *Protection of Life During Pregnancy Act 2013*. Pridobljeno 25.3.2018 s https://en.wikipedia.org/wiki/Protection_of_Life_During_Pregnancy_Act_2013

18. Wikipedia. (2018e). *Susan B. Anthony*. Pridobljeno 21.3.2018 s https://en.wikipedia.org/wiki/Susan_B._Anthony
19. Wikipedia. (2017a). *Quickening*. Pridobljeno 21.3.2018 s <https://en.wikipedia.org/wiki/Quickening>
20. Wikipedia. (2017b). *Vincent Rue*. Pridobljeno 24.3.2018 s https://en.wikipedia.org/wiki/Vincent_Rue
21. Wikipedija. (2017). *Papirus Ebers*. Pridobljeno 20.3.2017 s https://sl.wikipedia.org/wiki/Papirus_Ebers
22. Wikipedija. (2018a). *Hipokratova prisega*. Pridobljeno 19.3.2018 s https://sl.wikipedia.org/wiki/Hipokratova_prisega
23. Wikipedija. (2018b). *Splošna deklaracija človekovih pravic*. Pridobljeno 24.3.2018 s https://sl.wikipedia.org/wiki/Splo%C5%A1na_deklaracija_%C4%8Dlovekovih_pravic
24. Women on web. (b.d.). *Abortion Laws Worldwide*. Pridobljeno 21.3.2018 s <https://www.womenonweb.org/en/page/619/abortion-laws-worldwide>
25. World abortion laws. (b.d.). *Map*. Pridobljeno 19.3.2018 s <http://worldabortionlaws.com/map/>

15. Priloge

15.1. Današnja zakonska ureditev umetne prekinitve nosečnosti v Evropi

Tabela 15.1. Pravni razlogi za umetno prekinitve nosečnosti v evropskih državah (Pisnik, 2012) (World abortion laws, b.d.)

Država	Življenje ženske	Fizično zdravje	Psihično zdravje	Posilstvo ali incest	Nepravilnosti zarodka	Ekonomski/socialni	Na zahtevo
Albanija** - DS	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Avstrija*	✓	✓	✓		✓	✓	✓
Belgija**	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Bolgarija**	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
BIH** - DS	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ciper	✓	✓	✓	✓	✓		
Češka** -DS	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Danska** - DS	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Estonija**	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Finska	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Francija**	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Grčija** - DS	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Hrvaška*** - DS	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Irska**	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Islandija	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Italija** - DS	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

Latvija**	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Liechtenstein	✓	✓	✓				
Litva**	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Luksemburg	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Madžarska**	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Makedonija** -DS	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Malta							
Moldavija**	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Nemčija**	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Nizozemska #	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Norveška** - DS	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Poljska	✓	✓		✓	✓		
Portugalska*** -DS	✓	✓	✓	✓	✓		
Romunija*	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Rusija**	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Slovaška** -DS	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Slovenija***	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Španija	✓	✓	✓	✓	✓		
Švedska*	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Švica	✓						

Ukrajina**	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Velika Britanija	✓	✓	✓		✓	✓	

Legenda:

*= Gestacijska meja 3 meseci oz. 1 trimesečje

#= Gestacijska meja 13 tednov

**= Gestacijska meja 12 tednov

DS= Dovoljenje staršev

***=Gestacijska meja 10 tednov

15.2. Vprašalnik za ženske

Pozdravljeni. Sem študentka socialnega dela in pišem diplomsko nalogo z naslovom Psihosocialna podpora in pomoč ženskam ob umetni prekinitvi nosečnosti v Sloveniji. V sklopu diplomske naloge bi rada raziskala, kakšne so izkušnje žensk ob umetni prekinitvi nosečnosti (v nadaljevanju tudi UPN) ter ali obstaja potreba po psihosocialni podpori in pomoči na tem področju. Anketa je povsem anonimna, zanima pa me predvsem doživljajska plat izkušnje. Vsebuje 24 vprašanj odprtega in zaprtega tipa. Vsem, ki se boste odločile za izpolnjevanje vprašalnika, se že vnaprej lepo zahvaljujem.

- Koliko ste bili stari, ko ste se prvič odločili za umetno prekinitvev nosečnosti?
 - mladoletna (do 18 let)
 - 18 – 25
 - 26 – 30
 - 31 – 35
 - 36 – 40
 - 41+
- V katerem trimesečju ste prekinili nosečnost?
 - v prvem
 - v drugem
 - v tretjem
- Ste se v času od prve umetne prekinitvev nosečnosti za postopek odločili ponovno?
 - Da
 - Ne
- Kje je bil opravljen postopek umetne prekinitvev nosečnosti? Možnih je več odgovorov.
 - Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj
 - Bolnišnica Ptuj
 - Bolnišnica Postojna
 - Klinični center Ljubljana
 - Splošna bolnica Jesenice
 - Splošna bolnišnica Brežice
 - Splošna bolnišnica Celje

- Splošna bolnišnica Dr. Franca Derganca
 - Splošna bolnišnica Izola
 - Splošna bolnišnica Maribor
 - Splošna bolnišnica Murska Sobota
 - Splošna bolnišnica Novo mesto
 - Splošna bolnišnica Slovenj Gradec
 - Splošna bolnišnica Trbovlje P.O.
 - drugje v Sloveniji
 - v tujini
5. Na podlagi česa ste izbrali ustanovo, kjer so izvedli postopek umetne prekinitve nosečnosti?
- Predlog osebnega zdravnika/ginekologa
 - Sloves institucije
 - Priporočila bližnjih
 - Bližina (domačemu kraju)
 - Anonimnost/zasebnost kraja
 - Brez posebnih razlogov
 - Drugo: _____
6. Kaj je bil razlog/so bili razlogi za umetno prekinitve nosečnosti? (možnih več odgovorov)
- Ekonomska stiska
 - Prostorska stiska
 - Nepripravljenost
 - Še trajajoče izobraževanje
 - Kariera
 - Nezaželenost nosečnosti
 - Težave v partnerskem odnosu
 - Zadovoljstvo s trenutnim številom otrok
 - Anomalija (nepravilnost) ploda
 - Nosečnost je predstavljala grožnjo za življenje nosečnice
 - Menila sem, da sem za (še enega) otroka že prestara
 - Strah me je bilo, da bi lahko bilo z otrokom kaj narobe (anomalija, dedne bolezni, idr.)
 - Pritisk drugih (partnerja, staršev, delodajalec idr.)
 - Predlog ginekologa
 - Drugo: _____
7. Kdo vam je pomagal pri odločitvi za umetno prekinitve nosečnosti?
- Odločitev sem sprejela sama
 - Partner
 - Bližnji (starši, sorodniki, prijatelji,...)
 - Ginekolog
 - Drugo: _____
8. Koliko pogovorov/posvetov s strokovnjaki v bolnišnici ste imeli pred postopkom prekinitve nosečnosti?
- Nobenega
 - Enega
 - Dva

- Tri ali več

9. Kateri strokovnjaki so bili prisotni pri pogovoru/posvetu? Možnih je več odgovorov.

- Ginekolog
- Medicinska sestra
- Socialna delavka
- Psiholog
- Drugo: _____

10. Kako bi ocenili kakovost svetovalnega pogovora, kjer 1 pomeni zelo nezadovoljna, 5 pa pomeni zelo zadovoljna, glede na naslednje elemente:

	1	2	3	4	5
Informacije o postopku in metodah UPN					
Zasebnost pogovora					
Vzpostavljen osebni odnos med strokovnimi delavci in vami					
Psihosocialna podpora in pomoč (so se posvetili tudi vašim čustvenim, psihičnim potrebam)					
Občutek podpore in razumevanja glede vaše odločitve za UPN					
Navodila za pisanje prošnje za UPN					
Primernost prostora, v katerem se je pogovor odvijal (je bil dovolj intimen, miren idr.)					
Informacije o dodatnih virih pomoči, podpore ali informacij (kontakti drugih strokovnjakov, letaki, spletni forumi idr.)					
Načrtovanje postopka UPN (sprejem, postopek idr.)					
Upoštevanje vaših želja (glede metode UPN, prisotnosti bližnjih idr.)					

11. V nekaterih državah sta obvezni vsaj 2 svetovanji pred umetno prekinitvijo nosečnosti. Vmes ima ženska čas, da na podlagi novih informacij, ki jih dobi na svetovanju, o odločitvi še enkrat mirno razmisli. Kaj menite o večkratnem svetovanju?

12. Se vam zdi, da vam je bila skozi celoten nadaljnji proces umetne prekinitve nosečnosti nudena ustrezna psihosocialna podpora in pomoč s strani strokovnjakov? Razložite svoj odgovor (prednosti, slabosti, dileme).

13. Je bila v času umetne prekinitve nosečnosti v prostoru z vami medicinska sestra ali drug strokovnjak?

- Da, ves čas
- Da, približno polovico časa
- Nekajkrat je prišla preverit, kako sem, vendar večino časa ni bila prisotna
- Sploh ni bila prisotna

14. Menite, da je koristno, če je v času umetne prekinitve nosečnosti v prostoru medicinska sestra ali drug strokovnjak, predvsem z namenom psihične in čustvene podpore? Razložite svoj odgovor.

- Obvezno, ves čas, pri vsaki ženski
- Dovolj je, če pride vsake toliko preveriti stanje
- Ni potrebe po prisotnosti drugih
- Se prilagodi; v dogovoru z vsako posameznico

15. Razložite svoj odgovor na vprašanje 14.

16. Ste v času procesa umetne prekinitve nosečnosti ali neposredno po njem izkusili katero izmed naslednjih občutij? Možnih je več odgovorov.

	Da, zelo intenzivno	Da, vendar ne zelo intenzivno	Nisem izkusila tega občutja
Dvom			
Žalost			
Krivda			
Jeza			
Sram			
Olajšanje			
Žalovanje			
Veselje			
Obžalovanje			
Osamljenost			
Izguba			
Stres			
Tesnoba			
Nemir			
Drugo:			
Drugo:			

17. Ste se v primeru, da ste občutili katerega izmed naštetih občutkov, o tem s kom pogovorili?

- S partnerjem
- Z medicinsko sestro
- Z ginekologom
- S socialno delavko
- S psihologom

- Ne, občutke sem zadržala zase
- Nisem izkusila nobenega izmed naštetih občutkov
- Drugo: _____

18. Ali ste po umetni prekinitvi nosečnosti izkusili katero izmed dolgotrajnejših psihičnih posledic? Možnih je več odgovorov.

	Sem izkusila	Nisem izkusila
Depresija		
Anksioznost oz. občutki tesnobe		
Samomorilne misli		
Težave v partnerskem odnosu		
Težave s spolnostjo		
Težave pri ponovnem načrtovanju družine /odločanju za novega otroka?		
Težave s spanjem/ nočne more		

19. Če ste pri prejšnjem vprašanju označili, da ste izkusili katero izmed naštetih psihičnih posledic, kako ste se spopadli s temi ovirami?

- Sama sem predelala te občutke
- Zaupala sem se partnerju
- Zaupala sem se bližnjim (staršem, sorodnikom, prijateljem, idr.)
- Poiskala sem strokovno pomoč
- Drugo: _____

20. Menite, da lahko ustrezna psihosocialna podpora in pomoč skozi ves proces umetne prekinitve nosečnosti ublaži ali prepreči te psihične posledice? Razložite svoj odgovor.

21. Kateri elementi/spretnosti se vam zdijo bistvenega pomena pri nujenju psihične podpore in pomoči? Za vsakega označite, ali se vam zdi zelo ali srednje pomemben oz. nepomemben.

	Zelo pomembno	Srednje pomembno	Nepomembno
Ustvarjanje varnega prostora za pogovor (sproščeno ozračje, sogovorniku/ci lahko zaupate svoje misli idr.)			
Intimnost pogovora (pogovor je posvečen izključno nosečnici, ni nepotrebnih prekinjaj ali motenj drugih idr.)			
Zaupen odnos (sogovorniku/-ci se lahko zaupate, da vam vedeti, da			

povedano ne bo zapustilo tega prostora idr.)			
Iskrenost (sogovornik/-ca vam situacijo predstavi iskreno, realno, brez olepševanja ali zavajanja idr.)			
Nepristranskost informacij (sogovornik ne poskuša vplivati na vašo odločitev, ampak vam predstavi samo zdravstvena dejstva o vas in zarodku)			
Komunikacijske spretnosti (sogovornik/ca posluša, uporablja spoštljive besede, govori razumljivo idr.)			
Neobsojajoč odnos (sogovornik/-ca ne očita ali kakorkoli nakaže, da obsoja ali se ne strinja z vašo odločitvijo)			
Neverbalna komunikacija (sogovornik/-ca ni niti preveč niti premalo oddaljena od vas, govori v mirnem, sproščenem tonu, v pravem trenutku se vas dotakne, vas objame ipd.)			
Razumevajoč odnos (sogovornik/-ca se trudi razumeti vašo zgodbo in odločitev, da vam čas, da razmislite, jočete, kričite idr.)			
Empatija (sogovornik/-ca prepozna vašo čustva, jih zna nagovoriti in se z vami poistovetiti, se vživeti v vaše počutje ipd.)			
Dodajanje moči (sogovornik/-ca vas podpira, daje pohvale, vliva/ išče vire moči, verjame v vaše sposobnosti, pomaga pri urejanju zadev ipd.)			
Psihična in čustvena podpora (posvetili ste se vašim občutkom, jih predelali idr.)			
Drugo *			

* V primeru, da menite, da je pomembna še katera druga sestavina/spretnost, jo, prosim, dodajte.

22. Ali menite, da bi morali biti vsi strokovnjaki, ki delajo na področju umetne prekinitve nosečnosti (oz. nasploh na ginekologiji in porodništvu), strokovno usposobljeni v spretnostih iz prejšnjega vprašanja?

- Da, obvezno
- Lahko, ni pa nujno
- Ni potrebe

23. Menite, da bi moral vsak ginekološki in porodniški oddelek imeti zaposlenega vsaj enega strokovnjaka s spretnostmi, ki so naštet v vprašanju št. 16? Razložite svoj odgovor.

- Da
- Ne

24. Razložite svoj odgovor na vprašanje 23.

25. Menite, da bi moral biti strokovnjak s spretnostmi in z znanji, naštetimi v vprašanju št. 16, na voljo nosečnicam v času svetovanja pred postopkom umetne prekinitve nosečnosti in med njim?

- Obvezno bi moral biti prisoten ves čas obravnave nosečnice
- Prisoten bi lahko bil na prvem srečanju in po potrebi kasneje, ni pa nujno ves čas
- Prisoten bi bil samo na željo nosečnice
- Prisoten bi bil samo v primeru, če drugi strokovnjaki smatrajo, da ga nosečnica potrebuje
- Ni potrebe po prisotnosti strokovnjaka s temi znanji in spretnostmi

26. Bi dodali še kaj (izkušnjo, temo, komentar, kritiko ipd.), za kar menite, da je pomembno pri tej temi?

15.2 Vprašalnik za zaposlene

Pozdravljeni. Sem študentka socialnega dela in pišem diplomsko nalogo z naslovom Psihosocialna podpora in pomoč ženskam ob umetni prekinitvi nosečnosti v Sloveniji. V sklopu diplomske naloge bi rada raziskala, kakšne so izkušnje strokovnjakov pri delu z ženskami, ki se odločajo za umetno prekinitev nosečnosti (v nadaljevanju tudi UPN) in ali obstaja potreba po psihosocialni podpori in pomoči na tem področju. Za svojo raziskovalno nalogo bi potrebovala eno izpolnjeno anketo iz vsake ustanove, kjer je v Sloveniji možno opraviti umetno prekinitev nosečnosti. Anketa vsebuje 19 vprašanj odprtega in zaprtega tipa. Vaše sodelovanje v raziskavi bi mi bilo v veliko pomoč pri diplomski nalogi, zato upam, da si lahko vzamete čas in odgovorite na moja vprašanja.

1. Naziv ustanove

2. Koliko zaposlenih ima oddelek?

- Zdravniki (specializacija)

- Medicinske sestre ____

- Socialne delavke ____

- Psihologi ____

- Drugo _____

3. Približno koliko svetovanj s strokovnjaki ima ženska pred umetno prekinitvijo nosečnosti? (*Kot svetovanje štejem en pogovor z vsaj enim izmed zaposlenih strokovnjakov na oddelku ginekologije, na katerem se obravnava umetna prekinitev nosečnosti.)

4. Od česa je odvisno število svetovanj?

5. Kateri strokovnjaki sodelujejo pri svetovanju ženski pred UPN (možnih več odgovorov)?

- Ginekolog

- Osebni zdravnik nosečnice

- Medicinska sestra

- Socialna delavka

- Psiholog

- Drugo _____

6. Kdo določa, kateri strokovnjaki bodo sodelovali pri svetovanju nosečnici?

7. Kaj je po vašem mnenju namen strokovnega svetovanja nosečnici pred umetno prekinitvijo nosečnosti?

8. Kaj menite o vsebini in številu svetovanj, ki jih imajo ženske pred umetno prekinitvijo nosečnosti? Bi kaj spremenili? Če da, zakaj?

9. Kakšen pomen imajo po vašem mnenju psihosocialna znanja in spretnosti pri obravnavi nosečnice, ki razmišlja o umetni prekinitvi nosečnosti? Razložite svoj odgovor.

10. Kdo je po vašem mnenju odgovoren za psihosocialno podporo in pomoč nosečnicam, ki se odločajo za umetno prekinitev nosečnosti?

	Zelo odgovoren/a	Delno odgovoren/a	Ni odgovoren/a
Ginekolog			
Osebni zdravnik nosečnice			
Medicinska sestra			
Socialna delavka			
Psiholog			
Partner nosečnice			
Svojci nosečnice			
Drugo (dodajte sami)			

11. Menite, da so ženske, ki se odločijo za umetno prekinitev nosečnosti, izpostavljene enakim negativnim psihičnim posledicam kot ženske, ki izkusijo spontani splav?

- Da, psihične posledice so v obeh primerih lahko hude
- Ne, psihične posledice spontanega splava so hujše
- Ne, psihične posledice umetne prekinitve nosečnosti so hujše
- Odvisno od posameznice
- Drugo _____

12. Ali menite, da obstajajo bistvene razlike v doživljanju žensk in možnimi psihičnimi posledicami, glede na trimesečje, v katerem se opravi umetna prekinitev nosečnosti? Obrazložite svoj odgovor.

13. Kakšen pomen dajete znanju in spretnostim s področja psihosocialnih ved pri obravnavi žensk, ki se odločajo za umetno prekinitev nosečnosti? Označite.

	Zelo pomembno	Srednje pomembno	Nepomembno
Ustvarjanje varnega prostora za pogovor (sproščenost, varnost idr.)			
Intimnost pogovora (posvečanje nosečnici, nemotenost idr.)			
Zaupen odnos (zaupanje, povedano ostane v prostoru)			
Iskrenost (dejstev ne olepšujete, ne zavajate ...)			
Objektivnost strokovnjaka (ne vplivate na odločitev nosečnice, posredujete le zdravniška dejstva)			
Komunikacijske spretnosti (razumljiv, spoštuječ jezik, poslušanje idr.)			
Neobsojajoč odnos			
Neverbalna komunikacija (bližina, dotiki, glasnost in ton glasu idr.)			
Razumevajoč odnos (trudite se razumeti situacijo nosečnice, date ji čas za razmislek, pustite ji čas in prostor za izražanje čustev – jok, jeza idr.)			
Empatija			
Dodajanje moči (podpora odločitev, pohvale, iskanje virov moči, pomoč pri urejanju zadev idr.)			
Psihična in čustvena podpora (posvetite se občutkom nosečnice, jih predelate, stojite ob strani ipd.)			
Drugo (dodajte sami)			

14. Imajo zaposleni na vašem oddelku vsa potrebna znanja in spretnosti, opisane v vprašanju št. 13, da lahko ženskam nudijo kakovostno psihosocialno pomoč in podporo?

15. Kaj menite o dodatnem izobraževanju na tem področju v povezavi z vašim delom?

16. Menite, da bi morali vsi strokovnjaki na področju ginekologije in porodništva imeti psihosocialna znanja in spretnosti, opisane v vprašanju št. 13?

- Da, vsi
- Ne, ta znanja niso nujno potrebna za delo na tem področju
- Lahko ga imajo samo določeni posamezniki, ki sodelujejo z ženskami po potrebi
- Drugo: _____

17. Kaj menite o spremljanju ženske in njenih psihosocialnih potreb po umetni prekinitvi nosečnosti ("follow up")?

18. Kaj menite o strokovnjaku z znanji in s spretnostmi iz vprašanja št. 13, ki bi bil na voljo ženskam v času pred in med umetno prekinitvijo nosečnosti in neposredno po njej? Razložite.

19. Bi dodali še kaj (izkušnjo, temo, komentar, kritiko ipd.) za kar menite, da je pomembno pri tej temi?

15.5. Kodiranje – ženske

11. V nekaterih državah sta obvezni vsaj 2 svetovanji pred umetno prekinitvijo nosečnosti. Vmes ima ženska čas, da na podlagi novih informacij, ki jih dobi nasvetovanju, o odločitvi še enkrat mirno razmisli. Kaj menite o večkratnem svetovanju?

A11: Strinjam se. (A11a) Jaz se počutim, da sem bila postavljena pred dejstvo. (A11b)

B11: Vsaj kar se mene tiče, nisem čutila nobene potrebe po svetovanju, (B11a) ker je situacija bila kristalno jasna. (B11b)

C11: Povsem sem zaupala svoji ginekologinji, (C11a) nisem potrebovala še enega mnenja. (C11b) Ostali strokovnjaki so bili neosebni, brez časa za premislek.

Č11: Nič. (Č11a)

D11: O odločitvi se ne bi smelo debatirati. (D11a)

E11: /

F11: Zaželeno. (F11a)

G11: Ni potrebno. (G11a)

H11: Super. (H11a)

I11: Super. (I11a)

J11: Podpiram. (J11a)

K11: Bilo bi zelo smiselno. (K11a)

L11: Če se tako odloči. (L11a) Ne pomaga noben pogovor. (L11b)

M11: Se strinjam. (M11a)

N11: Odlično. (N11a)

O11: Odvisno od razloga za upn. (O11a)

P11: Vsekakor. (P11a)

R11: Zelo dobrodošlo. (R11a)

S11: Podpiram. (S11a)

Š11: /

T11: V taki situaciji je super če dobiš podporo od strokovnjakov (T11a) tudi večkrat. (T11b) Načeloma so si podobni.

U11: Dobra ideja. (U11a)

V11: Pravilno. (V11a)

Z11: Odlično. (Z11a)

Ž11: Ok. (Ž11a)

Á11: Obvezno (Á11a)....ker sedaj nosim duševne posledice(Á11b)....ob 2posvetih danes ne bi bilo tako. (Á11c)

É11: Da. (É11a)

Đ11: Priporočljivo, (Đ11a) vendar ne sme biti obvezno. (Đ11b)

Í11: Tako bi moglo bit. (Í11a)

Ó11: Podpiram! (Ó11a)

Ö11: Priporočljivo. (Ö11a)

Ő11: Pravilno in potrebno. (Ő11a)

Ú11: /

Û11: Ja zelo bi si želela takrat (Ü11a) mogoče bi si premislila, kljub temu da naj bi bilo nekaj hudo z otrokom, in do poroda mogoče ne bi preživel. (Ü11b)

Ű11: /

X11: Ni potrebe. (X11a)

ŠT. IZJAVE	IZJAVA	POJEM	KATEGORIJA	NADKATEGORIJA	TEMA
A11a	Strinjam se.	Podpira	Mnenje o večkratnem svetovanju pred UPN	Mnenje	Strinjanje z večkratnim svetovanjem
A11b	Jaz se počutim, da sem bila postavljena pred dejstvo	Brez možnosti izbire	Osebna izkušnja UPN	Razlogi	Občutek nemoči
B11a	Vsaj kar se mene tiče, nisem čutila nobene potrebe po svetovanju,	Ni potrebe	Mnenje o večkratnem svetovanju	Mnenje	Potrebe po svetovanju med UPN ni bilo

B11b	ker je situacija bila kristalno jasna.	Jasnost situacije	Osebna izkušnja UPN	Razlogi	Potrebe po svetovanju med UPN ni bilo
C11a	Povsem sem zaupala svoji ginekologinji,	Vzpostavitev osebnega odnosa s strokovnjakom	Osebna izkušnja UPN	Razlogi	Zaupen odnos z ginekologom/-injo
C11b	nisem potrebovala še enega mnenja	Ni potrebe	Mnenje o večkratnem svetovanju pred UPN	Mnenje	Potrebe po svetovanju med UPN ni bilo
Č11d	Nič.	Ni mnenja.	Mnenje o večkratnem svetovanju pred UPN	Mnenje	Brez mnenja
D11a	O odločitvi se ne bi smelo debatirati.	Ni potrebe	Mnenje o večkratnem svetovanju pred UPN	Mnenje	Proti prepričevanju ženske v drugo odločitev
F11a	Zaželeno.	Podpira	Mnenje o večkratnem svetovanju pred UPN	Mnenje	Strinjanje z večkratnim svetovanjem
G11a	Ni potrebno.	Ni potrebe	Mnenje o večkratnem svetovanju pred UPN	Mnenje	Ni potrebno
H11a	Super.	Podpira	Mnenje o večkratnem svetovanju pred UPN	Mnenje	Strinjanje z večkratnim svetovanjem
I11a	Super.	Podpira	Mnenje o večkratnem svetovanju pred UPN	Mnenje	Strinjanje z večkratnim svetovanjem
J11a	Podpiram.	Podpira	Mnenje o večkratnem svetovanju pred UPN	Mnenje	Strinjanje z večkratnim svetovanjem

K11a	Bilo bi zelo smiselno.	Podpira ----- Smiselnost	Mnenje o večkratnem svetovanju pred UPN	Mnenje ----- Razlogi	Strinjanje z večkratnim svetovanjem
L11a	Če se tako odloči.	Po potrebi	Mnenje o večkratnem svetovanju pred UPN	Mnenje	Upoštevanje želja vsake posameznice
M11a	Se strinjam.	Podpira	Mnenje o večkratnem svetovanju pred UPN	Mnenje	Strinjanje z večkratnim svetovanjem
N11a	Odlično.	Podpira	Mnenje o večkratnem svetovanju pred UPN	Mnenje	Strinjanje z večkratnim svetovanjem
O11a	Odvisno od razloga za upn.	Po potrebi	Mnenje o večkratnem svetovanju pred UPN	Mnenje	Prilagajanje glede na razlog UPN
P11a	Vsekakor.	Podpira	Mnenje o večkratnem svetovanju pred UPN	Mnenje	Strinjanje z večkratnim svetovanjem
R11a	Zelo dobrodošlo.	Podpira	Mnenje o večkratnem svetovanju pred UPN	Mnenje	Strinjanje z večkratnim svetovanjem
S11a	Podpiram.	Podpira	Mnenje o večkratnem svetovanju pred UPN	Mnenje	Strinjanje z večkratnim svetovanjem
T11a	V taki situaciji je super če dobiš podporo od strokovnjakov	Podpira	Mnenje o večkratnem svetovanju pred UPN	Mnenje	Strinjanje z večkratnim svetovanjem
T11b	tudi večkrat.	Stalna podpora	Prisotnost podpore skozi UPN	Mnenje	Pozitivni učinki podpore

U11a	Dobra ideja.	Podpira	Mnenje o večkratnem svetovanju pred UPN	Mnenje	Strinjanje z večkratnim svetovanjem
V11a	Pravilno.	Podpira	Mnenje o večkratnem svetovanju pred UPN	Razlogi	Strinjanje z večkratnim svetovanjem
Z11a	Odlično.	Podpira	Mnenje o večkratnem svetovanju pred UPN	Mnenje	Strinjanje z večkratnim svetovanjem
Ž11a	Ok.	Podpira	Mnenje o večkratnem svetovanju pred UPN	Mnenje	Strinjanje z večkratnim svetovanjem
Á11a	Obvezno	Podpira	Mnenje o večkratnem svetovanju pred UPN	Mnenje	Strinjanje z večkratnim svetovanjem
Á11b	ker sedaj nosim duševne posledice	Možne negativne psihične posledice	Osebna izkušnja UPN	Mnenje	Izkušnja negativnih psihičnih posledic UPN
Á11c	...ob 2 posvetih danes ne bi bilo tako.	Manjše tveganje za negativne psihične posledice	Osebna izkušnja UPN	Mnenje	Pozitivni vidiki večkratnih svetovanj
É11a	Da.	Podpira	Mnenje o večkratnem svetovanju pred UPN	Razlogi	Strinjanje z večkratnim svetovanjem
Đ11a	Priporočljivo,	Po potrebi	Mnenje o večkratnem svetovanju pred UPN	Mnenje	Strinjanje z večkratnim svetovanjem
Đ11b	vendar ne sme biti obvezno.	Neobvezno	Način svetovanja	Mnenje	Upoštevanje želja vsake posameznice

Í11a	Tako bi moglo bit.	Podpira	Mnenje o večkratnem svetovanju pred UPN	Mnenje	Strinjanje z večkratnim svetovanjem
Ó11a	Podpiram!	Podpira	Mnenje o večkratnem svetovanju pred UPN	Razlogi	Strinjanje z večkratnim svetovanjem
Ö11a	Priporočljivo	Podpira	Mnenje o večkratnem svetovanju pred UPN	Mnenje	Strinjanje z večkratnim svetovanjem
Ő11a	Pravilno in potrebno.	Podpira	Mnenje o večkratnem svetovanju pred UPN	Mnenje	Strinjanje z večkratnim svetovanjem
Ü11a	Ja zelo bi si želela takrat	Podpira	Mnenje o večkratnem svetovanju pred UPN	Mnenje	Strinjanje z večkratnim svetovanjem
Ü11b	<u>mogoče bi si premislila</u> , kljub temu da naj bi bilo nekaj hudo z otrokom, in do poroda mogoče ne bi preživel.	Čas za razmislek	Osebna izkušnja UPN	Mnenje	Dvom v odločitev
X11a	Ni potrebe.	Ni potrebe	Mnenje o večkratnem svetovanju pred UPN	Mnenje	Ni potrebno

12. Se vam zdi, da vam je bila skozi celoten nadaljnji proces umetne prekinitve nosečnosti nudena ustrezna psihosocialna podpora in pomoč s strani strokovnjakov? Razložite svoj odgovor (prednosti, slabosti, dileme).

A12: Ne. (A12a) Pri pregledu je ginekolog ugotovil, da je zarodek manjši od pričakovanega. Razglasil, da gre za neuspešno nosečnost, takoj sem dobila tableto za prekinitev nosečnosti. (A12b) V roku 72 ur do spontanega splava ni prišlo.

B12: Nisem potrebovala psihosocialne pomoči. (B12a)

C12: Ne, (C12a) vendar sem imela moža ob sebi in je bilo dovolj. (C12b)

Č12: Ne. (Č12a)

D12: Bila sem odločena, (D12a) tako da nisem potrebovala nobenega strokovnjaka za te zadeve. (D12b)

E12: /

F12: Nikakor, (F12a) počutila sem se kot številka. (F12b) Nihče mi ni razložil nič o Downovemu sindromu, o tveganjih itd. (F12c) Vse sva s partnerjem izbrskala sama po knjigah, spletu.

G12: Ne. (G12a)

H12: Na žalost nisem dobila nobene strokovne podpore, (H12a) bi si jo pa želela. (H12b) Za prekinitev sem se odločila s težkim srcem (H12c) in ves čas samo jokala. (H12d) Bilo me je sram (H12e) in občutek sem imela, da me obsojajo. (H12f) Morda ravno zaradi tega ker se nihče ni pogovoril z mano. (H12g)

I12: Ne. (I12a)

J12: Ni bila ponujena nobena podpora. (J12a)

K12: /

L12: Ne. (L12a)

M12: Ne. (M12a)

N12: Ne, (N12a) če bi se kdo ukvarjal malo z mano (N12b) in me zbudil, da se odločam sama in ne pod pritiskom partnerja, (N12c) splava ne bi naredila. (N12č)

O12: Ni bilo podpore, (O12a) zelo hladni odnosi, (O12b) ginekolog je izdal napotnico, v bolnici me je ginekologinja ki je opravljala postopek nadrla ko sem potožila nad bolečino, (O12c) češ kaj pa jamram saj sem se sama odločila za poseg. (O12č) Nisem se odločila, odločili so drugi, ker je bil zarodek mrtev. To je bil edini način. (O12d) Zelo brezosebno, (O12e) veliko ponižanja, (O12f) občutka odvečnosti, (O12g) krivde. (O12h)

P12: Ni bilo prisotnih psiho/soc strokovnjakov. (P12a)

R12: Ne. (R12a)

S12: Ne. (S12a) Že sama obravnava je potekala grozno. Takrat se mi je Kranjska porodnišnica zagnusila do konca in nikdar ne bom pozabila obnašanja sprejemnega ginekologa- nesramen do konca! (S12b)

Š12: Ne, (Š12a) smatrali so me kot da sem sama rada prekinila, (Š12b) vendar naj plod nebi več rasel. (Š12c) Aroganten odnos nekaterih... (Š12č)

T12: /

U12: Da. (U12a)

V12: /

Z12: Dovolj. (Z12a)

Ž12: Ne. (Ž12a)

Á12: Morda se šele sedaj zavedam, da takrat sploh nisem razmišljala o ničemer drugem, samo o tem da naj bo vsega hitro konec. (Á12a)

É12: Ne. (É12a)

Ð12: Potrebovala bi obisk po splavu k specialistu (Ð12a)....ker si po tem v hudi duševni stiski ki si je pred tem ne moreš predstavljati. (Ð12b)

Í12: Ne. (Í12a) Nisem dobila nobene podpore, (Í12b) informacij (še to, kakšno injekcijo sem dobila na koncu, sem morala vprašati sama). (Í12c) Vem, da smo ženske, ki opravimo UPN nezaželene/nerazumljene (Í12č) (sama si skoraj 10 let nisem odpustila, (Í12d) in krivila da sta bili naslednji dve zaželeni nosečnosti nesrečni - prvi SS v 7T, drugi v 15T). (Í12e)

Ó12: Ponudili so psihološko podporo v obliki brošure, kjer so navedene institucije, forumi, kamor se lahko obrnemo po pomoč. (Ó12a)

Ö12: Ne. (Ö12a) Nobenih prednosti, (Ö12b) nobene empatije (Ö12c) samo da se te čimprej rešijo. (Ö12č)

Ő12: Ne. Nobene pomoči, kar vidim kot slabost, (Ő12a) predvsem ko je oseba, ki opravi UPN v dilemi že pred posegom. (Ő12b)

Ú12: Zame je bila, (Ú12a) saj sem res premislila o zadevi. (Ú12b)

Û12: Je skoraj ni bilo. (Û12a) Sam razlaga kaj pomeni umetna prekinitev (Û12b) in vprašanje ali sem prepričana v to, da nisem prisiljena. (Û12c)

Ű12: Ne. (Ű12a) Bila sem sama, osamljena, (Ű12b) čustveno zelo prizadeta. (Ű12c)

X12: /

ŠT. IZJAVE	IZJAVA	POJEM	KATEGORIJA	NADKATEGORIJA	TEMA
A12a	Ne.	Nezadovoljna	Ustreznost	Psihosocialna podpora in pomoč med UPN	Neustrezna podpora in pomoč
A12b	Pri pregledu je ginekolog ugotovil, da je zarodek manjši od pričakovanega. <u>Razglasil, da gre za neuspešno nosečnost,</u> <u>takoj sem dobila tableto za prekinitev nosečnosti.</u>	Pomanjkanje pogovora	Negativna izkušnja	Razlogi	Prenaglo dogajanje
B12a	Nisem potrebovala psihosocialne pomoči	Ni bilo potrebe	Ustreznost	Psihosocialna podpora in pomoč med UPN	Zadovoljstvo z nudeno pomočjo

C12a	Ne,	Nezadovoljna	Ustreznost	Psihosocialna podpora in pomoč med UPN	Neustrezna podpora in pomoč
C12b	vendar sem imela moža ob sebi in je bilo dovolj.	Prisotnost partnerja	Pomoč in podporo prejela drugje	Razlogi	Pozitivna podpora in pomoč s strani moža
Č12a	Ne.	Nezadovoljna	Ustreznost	Psihosocialna podpora in pomoč med UPN	Neustrezna podpora in pomoč
D12a	Bila sem odločena,	Odločenost	Pozitivna izkušnja	Razlogi	Odločenost
D12b	tako da nisem potrebovala nobenega strokovnjaka za te zadeve.	Ni bilo potrebe	Ustreznost	Psihosocialna podpora in pomoč med UPN	Ustrezna podpora in pomoč
F12a	Nikakor,	Nezadovoljna	Ustreznost	Psihosocialna podpora in pomoč med UPN	Neustrezna podpora in pomoč
F12b	počutila sem se kot številka.	Nepomembnost	Negativni občutki med UPN	Razlogi	Odsotnost osebnega odnosa
F12c	Nihče mi ni razložil nič o Downovemu sindromu, o tveganjih itd.	Nezadostne informacije	Negativna izkušnja	Razlogi	Odsotnost informacij o anomaliji otroka
G12a	Ne.	Nezadovoljna	Ustreznost	Psihosocialna podpora in pomoč med UPN	Neustrezna podpora in pomoč
H12a	Na žalost nisem dobila nobene strokovne podpore,	Nezadovoljna	Ustreznost	Psihosocialna podpora in pomoč med UPN	Neustrezna podpora in pomoč
H12b	bi si jo pa želela.	Želja po psihosocialni podpori in pomoči med UPN	Želje/ potrebe	Psihosocialna podpora in pomoč med UPN	Želja po strokovni podpori, ki je ni prejela

H12c	Za prekinitev sem se odločila s težkim srcem in ves čas samo jokala.	Žalost	Negativni občutki med UPN	Razlogi	Težko sprejeta odločitev ----- Občutek žalosti
H12č	Bilo me je sram,	Sram	Negativni občutki med UPN	Razlogi	Občutek sramu
H12d	in občutek sem imela, da me obsojajo.	Obsojanje	Negativni občutki med UPN	Razlogi	Občutek obsojanja s strani strokovnjakov
H12e	Morda ravno zaradi tega ker se nihče ni pogovoril z mano.	Pomanjkanje pogovora	Negativna izkušnja	Razlogi	Pomanjkanje pogovora in osebnega odnosa
I12a	Ne.	Nezadovoljna	Ustreznost	Psihosocialna podpora in pomoč med UPN	Neustrezna podpora in pomoč
J12a	Ni bila ponujena nobena podpora.	Ni bila na voljo	Ustreznost	Psihosocialna podpora in pomoč med UPN	Podpora in pomoč nista bili ponujeni
L12a	Ne.	Nezadovoljna	Ustreznost	Psihosocialna podpora in pomoč med UPN	Neustrezna podpora in pomoč
M12a	Ne.	Nezadovoljna	Ustreznost	Psihosocialna podpora in pomoč med UPN	Neustrezna podpora in pomoč
N12a	Ne,	Nezadovoljna	Ustreznost	Psihosocialna podpora in pomoč med UPN	Neustrezna podpora in pomoč
N12b	če bi se kdo ukvarjal malo z mano	Premalo posvečene pozornosti	Negativna izkušnja	Razlogi	Spregledana s strani strokovnjakov
N12c	in me zbudil, da se odločam sama in ne pod pritiskom partnerja,	Spregledane želje nosečnice	Negativna izkušnja	Razlogi	Spregledanje njenih občutkov in

					besede pri odločitvi
N12č	splava ne bi naredila.	Dvom	Negativni občutki med UPN	Razlogi	Spregledanje občutkov nosečnice
O12a	Ni bilo podpore,	Nezadovoljna	Ustreznost	Psihosocialna podpora in pomoč med UPN	Neustrezna podpora in pomoč
O12b	zelo hladni odnosi,	Negativen odnos osebja	Negativna izkušnja	Razlogi	Ni bil vzpostavljen osebni odnos
O12c	v bolnici me je ginekologinja ki je opravljala postopek nadrla ko sem potožila nad bolečino,	Negativen odnos osebja	Negativna izkušnja	Razlogi	Nesramna reakcija zdravnice na bolečine
O12č	češ kaj pa jamram saj sem se sama določila za poseg.	Obsojanje	Negativni občutki med UPN	Razlogi	Negativna reakcija na pritožbe nosečnice z obsojanjem
O12d	Nisem se odločila, odločili so drugi, ker je bil zarodek mrtev. To je bil edini način.	Spregledane želje nosečnice	Negativna izkušnja	Razlogi	Premalo časa za razmislek; vsiljena odločitev
O12e	Zelo brezosebno,	Negativen odnos osebja	Negativna izkušnja	Razlogi	Ni bil vzpostavljen osebni odnos
O12f	veliko ponižanja	Ponižanje	Negativni občutki med UPN	Razlogi	Občutek poniževanja
O12g	občutka odvečnosti,	Odvečnost	Negativni občutki med UPN	Razlogi	Občutek odvečnosti
O12h	krivde.	Krivda	Negativni občutki med UPN	Razlogi	Občutek krivde

P12a	Ni bilo prisotnih psiho/soc strokovnjakov.	Ni bila na voljo	Ustreznost	Psihosocialna podpora in pomoč med UPN	Odsotnost strokovnjakov s psihosocialnimi znanji in spretnostmi
R12a	Ne.	Nezadovoljna	Ustreznost	Psihosocialna podpora in pomoč med UPN	Neustrezna podpora in pomoč
S12a	Ne.	Nezadovoljna	Ustreznost	Psihosocialna podpora in pomoč med UPN	Neustrezna podpora in pomoč
S12b	<u>Že sama obravnava je potekala grozno.</u> Takrat se mi je Kranjska porodnišnica zagnusila do konca in nikdar <u>ne bom pozabila obnašanja sprejemnega ginekologa-nesramen do konca!</u>	Negativen odnos osebja	Negativna izkušnja	Razlogi	Negativna obravnava v času UPN
Š12a	Ne,	Nezadovoljna	Ustreznost	Psihosocialna podpora in pomoč med UPN	Neustrezna podpora in pomoč
Š12b	smatrali so me kot da sem sama rada prekinila, vendar naj plod nebi več rasel.	Obsojanje	Negativni občutki med UPN	Razlogi	Občutek obsojanja
Š12d	Aroganten odnos nekaterih...	Negativen odnos osebja	Negativna izkušnja	Razlogi	Aroganten odnos strokovnjakov
U12a	Da.	Zadovoljna	Ustreznost	Psihosocialna podpora in pomoč med UPN	Ustrezna podpora in pomoč
Z12a	Dovolj.	Zadovoljna	Ustreznost	Psihosocialna podpora in pomoč med UPN	Zadostna podpora in pomoč
Ž12a	Ne.	Nezadovoljna	Ustreznost	Psihosocialna podpora in pomoč med UPN	Neustrezna podpora in pomoč

Á12a	Morda se šele sedaj zavedam, da takrat sploh nisem razmišljala o ničemer drugem, samo o tem da naj bo vsega hitro konec.	Premalo časa za razmislek in reflektiranje čustev	Ustreznost	Psihosocialna podpora in pomoč	Fokusiranje na konec
É12a	Ne.	Nezadovoljna	Ustreznost	Psihosocialna podpora in pomoč med UPN	Neustrezna podpora in pomoč
Ð12a	Potrebovala bi obisk po splavu k specialistu	Potreba po pogovoru po posegu	Želje/ potrebe	Psihosocialna podpora in pomoč med UPN	Potrebovala bi pogovor s specialistom
Ð12b	...ker si po tem v hudi duševni stiski ki si je pred tem ne moreš predstavljati	Duševna stiska	Negativne posledice UPN	Razlogi	Negativne psihične posledice po posegu
Í12a	Ne. Nisem dobila nobene podpore,	Nezadovoljna	Ustreznost	Psihosocialna podpora in pomoč med UPN	Neustrezna podpora in pomoč
Í12b	informacij (še to, kakšno injekcijo sem dobila na koncu, sem morala vprašati sama).	Nezadostne informacije	Negativna izkušnja	Razlogi	Samostojno ji niso dali dovolj informacij o UPN
Í12c	Vem, da smo ženske, ki opravimo UPN nezaželeno/nerazumljene	Nezaželenost ----- Nerazumljenost	Negativni občutki med UPN	Razlogi	Negativna prestava o ženskah, ki se odločajo za UPN
Í12č	(sama si skoraj 10 let nisem odpustila,	Krivda	Negativne posledice UPN	Razlogi	Še 10 let ni predelala občutkov
Í12d	in krivila da sta bili naslednji dve zaželeni nosečnosti nesrečni - prvi SS v 7T, drugi v 15T).	Težave pri ponovnem načrtovanju družine	Negativne posledice UPN	Razlogi	Težave pri drugih nosečnostih
Ó12a	Ponudili so psihološko podporo v obliki brošure, kjer so navedene institucije, forumi, kamor	Brošura z informacijami o drugih virih moči	Oblika	Psihosocialna podpora in pomoč med UPN	Informacije v obliki brošure

	se lahko obrnemo po pomoč.				
Ö12a	Ne.	Nezadovoljna	Ustreznost	Psihosocialna podpora in pomoč med UPN	Neustrezna podpora in pomoč
Ö12b	Nobenih prednosti, nobene empatije, samo da se te čimprej rešijo.	Negativen odnos osebja	Negativna izkušnja	Razlogi	Ni vzpostavljen osebni odnos
Ö12a	Ne. Nobene pomoči, kar vidim kot slabost,	Nezadovoljna	Ustreznost	Psihosocialna podpora in pomoč med UPN	Pomoč ni bila ponujena
Ö12b	predvsem ko je oseba, ki opravi UPN v dilemi že pred posegom.	Potreba po pogovoru	Želje/ potrebe	Razlogi	Želja po možnosti pomoči
Ü12a	Zame je bila,	Zadovoljna	Ustreznost	Psihosocialna podpora in pomoč med UPN	Pozitivna izkušnja
Ü12b	saj sem res premislila o zadevi.	Sama dobro premislila	Pozitivna izkušnja	Razlogi	Nosečnica sama dobro premislila o odločitvi
Ü12a	Je skoraj ni bilo,	Nezadovoljna	Ustreznost	Psihosocialna podpora in pomoč med UPN	Neustrezna podpora in pomoč
Ü12b	Sam razlaga kaj pomeni umetna prekinitev	Razlaga UPN	Oblika	Psihosocialna podpora in pomoč med UPN	Razlaga posega UPN
Ü12c	in vprašanje ali sem prepričana v to, da nisem prisiljena.	Preverjanje ali je v odločitev prepričana	Oblika	Psihosocialna podpora in pomoč med UPN	Preverili, če je v UPN prisiljena
X12a	Ne.	Nezadovoljna	Ustreznost	Psihosocialna podpora in pomoč med UPN	Neustrezna podpora in pomoč

X12b	Bila sem sama, osamljena,	Osamljenost	Negativni občutki med UPN	Razlogi	Občutek osamljenosti in samote
X12c	čustveno zelo prizadeta.	Čustvena prizadetost	Negativni občutki med UPN	Razlogi	Občutek čustvene prizadetosti

15. Kaj menite o prisotnosti medicinske sestre ali drugega strokovnjaka v prostoru v času umetne prekinitve nosečnosti, predvsem z namenom psihične in čustvene podpore? Razlaga

A15: Počutila sem se osamljeno, (A15a) v sobi je bila se starejša gospa, ki je imela obiske medtem, ko sem splavljala. (A15b) Travmatična izkušnja. (A15c)

B15: V svojem primeru res nisem potrebovala nikogar. (B15a)

C15: Vsaka ima drugačno potrebo po intimi, pogovoru, druženju, spodbudi. (C15a) Zame je bil to čas s samo seboj in bitjem. (C15b)

Č15: /

D15: Ženska vseeno potrebuje nekoga, da ima vsaj občutek, da ni sama. (D15a)

E15: /

F15: /

G15: Med. sestra naj bi nudila psihično in čustveno podporo. (G15a)

H15: /

I15: /

J15: /

K15: /

L15: Meni bi pomagal pogovor z ms. (L15a)

M12: Potrebuješ mir. (M15a)

N15: Za tako odločitev rabiš pogum, velikokrat pa je za to odločitev odgovoren strah. (N15a) Če bi se imeli s kom pogovoriti, bi se mogoče odvijalo drugače. (N15b)

O15: Ženska ob takem dogodku potrebuje tudi trenutek miru, da je lahko sama s sabo. (O15a) Nismo pa si vsi enaki zato menim da je individualni pristop nujen. (O15b)

P15: Vse je odvisno od posameznice za upn in razloga. (P15a)

R15: Prisotnost partnerja. (R15a)

S15: /

Š15: /

T15: /

U15: /

V15: Ni potrebe, da je nekdo prisoten ves čas. (V15a)

Z15: Ok. (Z15a)

Ž15: : Mislim da bi bilo potrebno upoštevati želje posameznice. Ženske smo si med seboj različne in tudi vsaka si želi drugačno pomoč. (Ž15a) Nekatera ne želi nikogar ob sebi nekatera nujno potrebuje še koga. (Ž15b)

Á15: /

É15: Strt si.

Ð15: Mene je bilo sram, da opravljam splav, (Ð15a) vendar takrat nisem videla drugega izhoda, nikomur nisem mogla zaupati razlogov. (Ð15b) Želela bi si, da bi se takrat nekdo usposobljen (psiholog, psihoterapevt?) o tem pogovoril z menoj. Ne bi mogla pa tega pogovora opraviti npr. z medicinsko sestro, (Ð15c) še posebej ne takrat (2002), ko sem imela na splošno zelo slabo izkušnjo z osebjem v tej bolnici. (Ð15č)

Í15: /

Ó15: Medicinsko sestro se rabi v primeru težav, krvavitve, slabega počutja, (Ó15a) ne rabi zraven stati skozi celoten postopek. (Ó15b)

Ö15: Morebitna vprašanja tekom postopka, (Ö15a) ali morebitni zapleti in težave... (Ö15b)

Ő15: Mene bi motilo, če bi bila ves čas v sobi. (Ő15a)

Ú15: Potrebno je poslušati in se prilagoditi, saj smo si različni. Nekdo želi biti sam, kdo pa rabi nekoga ob sebi. (Ú15a)

Ü15: /

Ű15:/

X15:/

ŠT. IZJAVE	IZJAVA	POJEM	KATEGORIJA	NADKATEGORIJA	TEMA
A15a	Počutila sem se osamljeno,	Osamljenost	Osebna izkušnja	Se prilagodi, v dogovoru z vsako posameznico	Občutek osamljenosti

A15b	v sobi je bila se starejša gospa, ki je imela obiske medtem, ko sem splavljala.	Pomanjkanje zasebnosti	Osebna izkušnja	Se prilagodi, v dogovoru z vsako posameznico	Prisotnost drugih v času UPN
A15c	Travmatična izkušnja.	Travmatična izkušnja	Osebna izkušnja	Se prilagodi, v dogovoru z vsako posameznico	Travma
B15a	V svojem primeru res nisem potrebovala nikogar	Ni bilo potrebe	Osebna izkušnja	Ni potrebe po prisotnosti drugih	Osebna izkušnja brez potrebe po pomoči in podpori
C15a	Vsaka ima drugačno potrebo po intimi, pogovoru, druženju, spodbudi.	Individualna obravnava	Želje/ potrebe uporabnic	Se prilagodi; v dogovoru z vsako posameznico	Prilagajanje posameznicam
C15b	Zame je bil to čas s samo seboj in bitjem.	Intimen dogodek	Osebna izkušnja	Se prilagodi; v dogovoru z vsako posameznico	Zaseben dogodek
D15a	Ženska vseeno potrebuje nekoga, da ima vsaj občutek, da ni sama.	Podpora in pomoč	Želje/ potrebe uporabnic	Obvezno, ves čas, pri vsaki ženski	Podpora in pomoč druge osebe
G15a	Med. sestra naj bi nudila psihično in čustveno podporo.	Podpora in pomoč medicinske sestre	Želje/ potrebe uporabnic	Dovolj je, če pride vsake toliko preveriti stanje	Psihosocialna podpora in pomoč medicinske sestre
L15a	Meni bi pomagal pogovor z ms.	Pogovor z medicinsko sestro	Želje/ potrebe uporabnic	Se prilagodi; v dogovoru z vsako posameznico	Psihosocialna podpora in pomoč medicinske sestre
M15a	Potrebuješ mir.	Mir	Želje/ potrebe uporabnic	Dovolj je, če pride vsake toliko preveriti stanje	Zaseben dogodek
N15a	Za tako odločitev rabiš pogum, velikokrat pa je za to	Prisotnost močnih občutkov	Osebna izkušnja	Obvezno, ves čas, pri vsaki ženski	Soočanje z različnimi močnimi čustvi in občutki

	odločitev odgovoren strah.				
N15b	Če bi se imeli s kom pogovoriti, bi se mogoče odvijalo drugače.	Čas za razmislek	Želje/ potrebe uporabnic	Obvezno, ves čas, pri vsaki ženski	Reflektiranje, razmislek
O15a	Ženska ob takem dogodku potrebuje tudi trenutek miru, da je lahko sama s sabo.	Intimen dogodek	Osebna izkušnja	Se prilagodi; v dogovoru z vsako posameznico	Zaseben dogodek
O15b	Nismo pa si vsi enaki zato menim da je individualni pristop nujen.	Individualna obravnava	Želje/ potrebe uporabnic	Se prilagodi; v dogovoru z vsako posameznico	Prilagajanje posameznicam
P15a	Vse je odvisno od posameznice za upn in razloga.	Individualna obravnava	Želje/ potrebe uporabnic	Se prilagodi; v dogovoru z vsako posameznico	Prilagajanje posameznicam
R15a	Prisotnost partnerja.	Možnost prisotnosti bližnjih	Želje/ potrebe uporabnic	Se prilagodi; v dogovoru z vsako posameznico	Možnost prisotnosti partnerja
V15a	Ni potrebe, da je nekdo prisoten ves čas.	Mir	Želje/ potrebe uporabnic	Dovolj je, če pride vsake toliko preveriti stanje	Ni potrebe po stalni prisotnosti druge osebe
Z15a	Ok.	Individualna obravnava	Želje/ potrebe uporabnic	Se prilagodi; v dogovoru z vsako posameznico	Podpora dogovarjanja z uporabnicami
Ž15a	Mislím da bi bilo potrebno upoštevati želje posameznice. Ženske smo si med seboj različne in tudi vsaka si želi drugačno pomoč.	Individualna obravnava	Želje/ potrebe uporabnic	Se prilagodi; v dogovoru z vsako posameznico	Prilagajanje posameznicam
Ž15b	Nekatera ne želi nikogar ob sebi	Možnost prisotnosti bližnjih	Želje/ potrebe uporabnic	Se prilagodi; v dogovoru z	Možnost prisotnosti bližnjega

	nekatera nujno potrebuje še koga.			vsako posameznico	
É15a	Strt si.	Žalost	Osebna izkušnja	Dovolj je, če pride vsake toliko preveriti stanje	Občutek žalosti in strlosti
Đ15a	Mene je bilo sram, da opravljam splav,	Sram	Osebna izkušnja	Se prilagodi; v dogovoru z vsako posameznico	Občutki sramu
Đ15b	vendar takrat nisem videla drugega izhoda, nikomur nisem mogla zaupati razlogov.	Ni bilo nikogar, ki bi se mu zaupala	Osebna izkušnja	Se prilagodi; v dogovoru z vsako posameznico	Občutki brezizhodnosti in brez možnosti zaupanja nekemu
Đ15c	Želela bi si, da bi se takrat nekdo usposobljen (psiholog, psihoterapevt?) o tem pogovoril z menoj. Ne bi mogla pa tega pogovora opraviti npr. z medicinsko sestro,	Usposobljen sogovornik	Želje/ potrebe uporabnic	Se prilagodi; v dogovoru z vsako posameznico	Pogovor s strokovnjakom iz področja psihologije ali sociale
Đ15č	še posebej ne takrat (2002), ko sem imela na splošno zelo slabo izkušnjo z osebjem v tej bolnici.	Predhodne negativne izkušnje	Osebna izkušnja	Se prilagodi; v dogovoru z vsako posameznico	Predhodne negativne izkušnje na tem področju
Ó15a	Medicinsko sestro se rabi v primeru težav, krvavitve, slabega počutja,	Prisotnost oseba v primeru fizičnih težav	Želje/ potrebe uporabnic	Dovolj je, če pride vsake toliko preveriti stanje	Potreba po prisotnosti medicinske sestre pri fizičnih zapletih
Ó15b	ne rabi zraven stati skozi celoten postopek.	Mir	Želje/ potrebe uporabnic	Dovolj je, če pride vsake toliko preveriti stanje	Želja po miru
Ö15a	Morebitna vprašanja tekom postopka,	Podpora in pomoč	Želje/ potrebe uporabnic	Obvezno, ves čas, pri vsaki ženski	Možnost pomoči v primeru dodatnih vprašanj

Ö15b	ali morebitni zapleti in težave...	Preventiva v primeru zapletov	Želje/ potrebe uporabnic	Obvezno, ves čas, pri vsaki ženski	Takojšnja pomoč v primeru zapletov
Ö15a	Mene bi motilo, če bi bila ves čas v sobi.	Mir	Želje/ potrebe uporabnic	Se prilagodi; v dogovoru z vsako posameznico	Želja po miru
Ú15a	Potrebno je poslušati in se prilagoditi, saj smo si različni. Nekdo želi biti sam, kdo pa rabi nekoga ob sebi.	Individualna obravnava	Želje/ potrebe uporabnic	Se prilagodi; v dogovoru z vsako posameznico	Prilagajanje posameznicam

20. Menite, da lahko ustrezna psihosocialna podpora in pomoč skozi ves proces umetne prekinitve nosečnosti ublaži ali prepreči te psihične posledice? Razložite svoj odgovor

A20: Da. (A20a)

B20: Ne vem. (B20a)

C20: Da, (C20a) predvsem pri ženskah ki nimajo kroga ljudi kjer bi lahko govorile o tem. (C20b)

Č20: Ne. (Č20a)

D20: Odvisno je, kako močan karakter (D20a) in željo ima ženska. (D20b)

E20: /

F20: Prepreči ne, sigurno pa ublaži.

G20: Menim, da bi strokovni delavci ali med. sestre lahko nudile psihosocialno pomoč in podporo, (G20a)kar bi vsekakor ublažilo psihične posledice. (G20b)

H20: /

I20: Da. (I20a)

J20: Verjetno. (J20a) Nekdo tretji ti lahko pomaga predelati občutke. (J20b)

K20: /

L20: Da, (L20a) pogovor pomaga, (L20b) razumevanje pomaga. (L20c)

M20: Da. (M20a)

N20: Da. (N20a)

O20: Absolutno. (O20a) Predelovanje čustev in občutij bi bilo sprotno. (O20b)

P20: Pomoč potrebna. (P20a)

R20: Seveda. (R20a)

S20: /

Š20: Lažje je, če se komu zaupaš.

T20: /

U20: Prepreči ne. (U20a) Lahko pa ublaži. (U20b) Oziroma se je lažje pogovarjati z strokovnjakom, ki točno ve kaj te mora vprašati da se odpreš in poveš. (U20c) In potem je tudi žalovanje lažje. (U20č)

V20: Da. (V20a). Nisi sam. (V20b)

Z20: Ne. (Z20a)

Ž20: Misli da lahko le pomaga. (Ž20a) Včasih je dovolj da te nekdo le posluša. (Ž20b)

Á20: Ja. (Á20a)

É20: Da. (É20a)

Ð20: Da! (Ð20a) Ob UPN predvidevam da večina žensk doživlja celo paleto negativnih čustev, uničujočih, (Ð20b) ki jih običajno ne more ženska sama predelati. (Ð20c)

Í20: Zdaj obžalujem, da svojih težav nisem še komu zaupala, ker sem zaradi tega zelo dolgo trpela. (Í20a) Prepričana sem, da bi mi bilo lažje, če bi se obrnila na ustrezno pomoč. (Í20b)

Ó20: Da, (Ó20a) vsaj malo empatije medicinskih sester nebi škodila! (Ó20b) katere jaz nisem izkusila. (Ó20c)

Ö20: Da. (Ö20a) Predvsem zaradi strokovne podpore, (Ö20b) saj je večina oseb tovrstno izkušnjo prepuščena sama sebi, oziroma mogoče še partnerju. (Ö20c)

Ő20: Ublaži, po moje, (Ő20a) čeprav sama nimam teh izkušenj. (Ő20b)

Ú20: Seveda, (Ú20a) pogovor v popolni anonimnosti vsaj na začetku, saj ni lahko nekomu drugemu govoriti o tem. (Ú20b)

Ü20: /

Ű20: Da (Ű20a) mogoče bi bilo lažje. (Ű20b)

X20: /

ŠT. IZJAVE	IZJAVA	POJEM	KATEGORIJA	NADKATEGORIJA	TEMA
A20a	Da.	Da	Pozitivni učinki	Psihosocialna podpora in	Strinjanje

				pomoč skozi ves proces UPN	
B20a	Ne vem.	Ne vem.	Pozitivni učinki	Psihosocialna podpora in pomoč skozi ves proces UPN	Neodločenost
C20a	Da,	Da	Pozitivni učinki	Psihosocialna podpora in pomoč skozi ves proces UPN	Strinjanje
C20b	predvsem pri ženskah ki nimajo kroga ljudi kjer bi lahko govorile o tem	Pozitivno za ženske brez svoje socialne mreže	Razlogi	Psihosocialna podpora in pomoč skozi ves proces UPN	Posebna pozornost določenim posameznicam
Č20a	Ne.	Ne	Pozitivni učinki	Psihosocialna podpora in pomoč skozi ves proces UPN	Nestrinjanje
F20a	Odvisno je, kako močen karakter	Odvisno ----- Karakterja ženske	Pozitivni učinki ----- Razlogi	Psihosocialna podpora in pomoč skozi ves proces UPN	Odvisno
F20b	in željo ima ženska.	Odvisno ----- Želja ženske	Pozitivni učinki ----- Razlogi	Psihosocialna podpora in pomoč skozi ves proces UPN	Odvisno
G20a	Menim, da bi strokovni delavci ali med. sestre lahko nudile psihosocialno pomoč in podporo,	Da	Pozitivni učinki	Psihosocialna podpora in pomoč skozi ves proces UPN	Strinjanje
G20b	kar bi vsekakor ublažilo psihične posledice.	Ublažitev negativnih psihičnih posledic	Pozitivne lastnosti strokovnjaka	Psihosocialna podpora in pomoč skozi ves proces UPN	Preventiva
I20	Da.	Da	Pozitivni učinki	Psihosocialna podpora in	Strinjanje

				pomoč skozi ves proces UPN	
J20a	Verjetno.	Da	Pozitivni učinki	Psihosocialna podpora in pomoč skozi ves proces UPN	Strinjanje
J20b	Nekdo tretji ti lahko pomaga predelati občutke	Pomoč pri soočanju z občutki	Pozitivne lastnosti strokovnjaka	Psihosocialna podpora in pomoč skozi ves proces UPN	Predelava občutkov s pomočjo drugega
L20a	Da,	Da	Pozitivni učinki	Psihosocialna podpora in pomoč skozi ves proces UPN	Strinjanje
L20b	pogovor pomaga	Pomoč pri soočanju z občutki	Pozitivne lastnosti strokovnjaka	Psihosocialna podpora in pomoč skozi ves proces UPN	Predelava občutkov s pomočjo drugega
L20c	razumevanje pomaga.	Razumevanje	Pozitivne lastnosti strokovnjaka	Psihosocialna podpora in pomoč skozi ves proces UPN	Razumevanje
M20a	Da.	Da	Pozitivni učinki	Psihosocialna podpora in pomoč skozi ves proces UPN	Strinjanje
N20a	Da.	Da	Pozitivni učinki	Psihosocialna podpora in pomoč skozi ves proces UPN	Strinjanje
O20a	Absolutno.	Da	Pozitivni učinki	Psihosocialna podpora in pomoč skozi ves proces UPN	Strinjanje
O20b	Predelovanje čustev in občutij bi bilo sproti.	Pomoč pri soočanju z občutki	Pozitivne lastnosti strokovnjaka	Psihosocialna podpora in pomoč skozi ves proces UPN	Predelava občutkov s pomočjo drugega
P20a	Pomoč potrebna.	Da	Pozitivni učinki	Psihosocialna podpora in	Strinjanje

				pomoč skozi ves proces UPN	
R20a	Seveda.	Da	Pozitivni učinki	Psihosocialna podpora in pomoč skozi ves proces UPN	Strinjanje
Š20a	Lažje je, če se komu zaupaš.	Da ----- Pomoč pri soočanju z občutki	Pozitivni učinki ----- Pozitivne lastnosti strokovnjaka	Psihosocialna podpora in pomoč skozi ves proces UPN	Strinjanje
U20a	Prepreči ne.	Ne	Pozitivni učinki	Psihosocialna podpora in pomoč skozi ves proces UPN	Nestrinjanje
U20b	Lahko pa ublaži.	Lahko le ublaži	Razlogi	Psihosocialna podpora in pomoč skozi ves proces UPN	Pomoč pri soočanju in predelavi občutkov
U20c	Oziroma se je lažje pogovarjati z strokovnjakom, ki točno ve kaj te mora vprašati da se odpreš in poveš.	Pomoč pri soočanju z občutki	Pozitivne lastnosti strokovnjaka	Psihosocialna podpora in pomoč skozi ves proces UPN	Pogovor s strokovnjakom
U20č	In potem je tudi žalovanje lažje.				
V20a	Da.	Da	Pozitivni učinki	Psihosocialna podpora in pomoč skozi ves proces UPN	Strinjanje
V20b	Nisi sam.	Nisi sam	Razlogi	Psihosocialna podpora in pomoč skozi ves proces UPN	Nisi sam
Z20a	Ne.	Ne	Pozitivni učinki	Psihosocialna podpora in	Nestrinjanje

				pomoč skozi ves proces UPN	
Ž20a	Misli da lahko le pomaga.	Ne ----- Lahko le ublaži	Pozitivni učinki ----- Razlogi	Psihosocialna podpora in pomoč skozi ves proces UPN	Nestrinjanje ----- Ublažitev
Ž20b	Včasih je dovolj da te nekdo le posluša.	Poslušanje	Pozitivne lastnosti strokovnjaka	Psihosocialna podpora in pomoč skozi ves proces UPN	Zadostnost poslušanja
Á20a	Da.	Da	Pozitivni učinki	Psihosocialna podpora in pomoč skozi ves proces UPN	Strinjanje
É20a	Da.	Da	Pozitivni učinki	Psihosocialna podpora in pomoč skozi ves proces UPN	Strinjanje
Đ20a	Da!	Da	Pozitivni učinki	Psihosocialna podpora in pomoč skozi ves proces UPN	Strinjanje
Đ20b	Ob UPN predvidevam da večina žensk doživlja celo paleto negativnih čustev, uničujočih,	Soočanje z negativnimi občutki	Razlogi	Psihosocialna podpora in pomoč skozi ves proces UPN	Negativna čustva in občutki
Đ20c	ki jih običajno ne more ženska sama predelati.	Pomoč pri soočanju z občutki	Pozitivne lastnosti strokovnjaka	Psihosocialna podpora in pomoč skozi ves proces UPN	Pogovor s strokovnjakom
Í20a	Zdaj obžalujem, da svojih težav nisem še komu zaupala, ker sem zaradi tega zelo dolgo trpela.	Pozitivne lastnosti strokovnjaka	Pozitivne lastnosti strokovnjaka	Psihosocialna podpora in pomoč skozi ves proces UPN	Negativni občutki
Í20b	Prepričana sem, da bi mi bilo lažje, če bi se	Da -----	Pozitivni učinki -----	Psihosocialna podpora in	Strinjanje -----

	obrnila na ustrezno pomoč.	Pomoč pri soočanju z občutki	Pozitivne lastnosti strokovnjaka	pomoč skozi ves proces UPN	Pogovor s strokovnjakom
Ó20a	Da,	Da	Pozitivni učinki	Psihosocialna podpora in pomoč skozi ves proces UPN	Strinjanje
Ó20b	vsaj malo empatije medicinskih sester nebi škodila!	Empatija	Pozitivne lastnosti strokovnjaka	Psihosocialna podpora in pomoč skozi ves proces UPN	Empatija
Ó20c	katere jaz nisem izkusila.	Negativna izkušnja	Razlogi	Psihosocialna podpora in pomoč skozi ves proces UPN	Negativne izkušnje
Ö20a	Da,	Da	Pozitivni učinki	Psihosocialna podpora in pomoč skozi ves proces UPN	Strinjanje
Ö20b	Predvsem zaradi strokovne podpore	Podpora	Pozitivne lastnosti strokovnjaka	Psihosocialna podpora in pomoč skozi ves proces UPN	Podpora in pomoč
Ö20c	saj je večina oseb s tovrstno izkušnjo prepuščena sama sebi, oziroma mogoče še partnerju.	Prepuščenost sami sebi	Razlogi	Psihosocialna podpora in pomoč skozi ves proces UPN	Prepuščene same sebi; brez podpore in pomoči
Ő20a	Ublaži, po moje,	Ne ----- Lahko le ublaži	Pozitivni učinki ----- Razlogi	Psihosocialna podpora in pomoč skozi ves proces UPN	Nestrinjanje
Ú20a	Seveda,	Da	Pozitivni učinki	Psihosocialna podpora in pomoč skozi ves proces UPN	Strinjanje
Ú20	pogovor v popolni anonimnosti vsaj na začetku, saj ni lahko	Pomoč pri soočanju z občutki	Pozitivne lastnosti strokovnjaka	Psihosocialna podpora in	Pogovor s strokovnjakom

	nekomu drugemu govoriti o tem.			pomoč skozi ves proces UPN	
Ú20	Da,	Da	Pozitivni učinki	Psihosocialna podpora in pomoč skozi ves proces UPN	Strinjanje
Ú20b	mogoče bi bilo lažje.	Pomoč pri soočanju z občutki	Pozitivne lastnosti strokovnjaka	Psihosocialna podpora in pomoč skozi ves proces UPN	Pogovor s strokovnjakom

24. Menite, da bi moral vsak ginekološki in porodniški oddelek imeti zaposlenega vsaj enega strokovnjaka s spretnostmi, ki so naštetje v vprašanju 21? Razlaga

A24: Zelo pomembna odločitev. (A24a) Ne da se je sprejeti v nekaj minutah, (A24b) pušča dolgotrajne posledice, (A24c) morda še bolj, če je bil otrok načrtovan in zaželen. (A24č)

B24: /

C24: Ker ginekologi nimajo nujno dovolj časa za pogovor. (C24a)

Č24: Ni potrebe. (Č24a)

D24: Probajte pa boste videli kako težko je to, (D24a) sploh pa, če si slab karakter. (D24b)

E24: /

F24: /

G24: Strokovnjak bi moral biti zaposlen zato, da ima čustven pristop do ženske (G24a) in ji je v oporo. (G24b)

H24: /

I24: /

J24: Mnenje strokovnjaka je vedno pomembno.

K24: /

L24: /

M24: /

N24: Premalo je človeški odnosov, ljudje smo samo še številke. (N24a)

O24: Vse pogostejši postopki. (O24a) nujno zagotoviti kompetenten kader. (O24b)

P24: /

R24: /

S24: /

Š24: /

T24: /

U24: /

V24: Je potreben. (V24a)

Z24: Bi bilo lažje. (Z24a)

Ž24: Mislim da bi ženskam predstavljali taki strokovnjaki neko varnost, (Ž24a) saj bi se lahko če bi seveda to pomoč rabile brez slabe vesti nanj obrnile. (Ž24b)

Á24: /

É24: /

Đ24: /

Í24: Glede na to, da gre za zelo življenjsko občutljivo temo - nosečnosti in otrocih – (Í24a) se mi zdi pomembno, da zaposlene odlikujejo navedene spretnosti. (Í24b)

Ó24: Vsem bi bilo lažje. (Ó24a)

Ö24: Da bi lahko nudil pomoč kot oseba, ki je za to usposobljena in strokovna, (Ö24a) predvsem v primeru, ko je takšen pristop nujno potreben (Ö24b) ali zaželen s strani prizadete osebe. (Ö24c)

Ő24: Strokovnjak s pravilno izbiro besed (Ő24a) in empatijo je v teh trenutkih zelo zaželen. (Ő24b)

Ú24: /

Ü24: /

Ű24: /

X24: /

ŠT. IZJAVE	IZJAVA	POJEM	KATEGORIJA	NADKATEGORIJA	TEMA
A24a	Zelo pomembna odločitev.	Pomembna odločitev	Razlogi	Da	Odločitev za UPN pomembna
A24b	Ne da se je sprejeti v nekaj minutah,	Čas za razmislek	Prednosti strokovnjaka	Da	Potreben čas za razmislek

A24c	pušča dolgotrajne posledice,	Dolgotrajne negativne posledice	Razlogi	Da	Možne dolgotrajne posledice
A24č	morda še bolj, če je bil otrok načrtovan in zaželen.	Prilagajanje potrebam posameznice	Prednosti strokovnjaka	Da	Dodatna pomoč tistim, ki jo rabijo
C24a	Ker ginekologi nimajo nujno dovolj časa za pogovor.	Čas za pogovor	Prednosti strokovnjaka	Da	Ginekolog nima časa za pogovor
Č24a	Ni potrebe.	Ni potrebe	Razlogi	Ne	Ni potrebe po teh strokovnjakih
D24a	Probajte pa boste videli kako težko je to,	Težka izkušnja	Razlogi	Da	Težka izkušnja
D24b	sploh pa, če si slab karakter.	Prilagajanje potrebam posameznice	Prednosti strokovnjaka	Da	Dodatna pomoč tistim, ki jo rabijo
G24a	Strokovnjak bi moral biti zaposlen zato, da ima čustven pristop do ženske	Osební odnos	Prednosti strokovnjaka	Da	Čustven oz. osebni odnos
G24b	in ji je v oporo.	Podpora in pomoč	Prednosti strokovnjaka	Da	Opora
J24a	Mnenje strokovnjaka je vedno pomembno.	Pomen mnenja strokovnjaka	Prednosti strokovnjaka	Da	Pomen mnenja strokovnjaka
N24a	Premalo je človeški odnosov, ljudje smo samo še številke.	Osební odnos	Prednosti strokovnjaka	Da	Bolj človeški donosi
O24a	Vse pogostejši postopki.	Pogostost UPN	Razlogi	Da	Pogost poseg UPN
O24b	nujno zagotoviti kompetenten kader.	Usposobljenost	Prednosti strokovnjaka	Da	Kompetence in spretnosti strokovnjaka

V24a	Je potreben.	Potreben	Razlogi	Da	Potreba po teh strokovnjakih
Z24a	Bi bilo lažje	Olajša izkušnjo	Prednosti strokovnjaka	Da	Lažje za nosečnice
Ž24a	Mislim da bi ženskam predstavljali taki strokovnjaki neko varnost,	Občutek varnosti	Prednosti strokovnjaka	Da	Občutek varnosti za ženske
Ž24a	saj bi se lahko če bi seveda to pomoč rabile brez slabe vesti nanj obrnile.	Podpora in pomoč	Prednosti strokovnjaka	Da	Podpora in pomoč na voljo
Í24a	Glede na to, da gre za zelo življenjsko občutljivo temo - nosečnosti in otrocih –	Težka izkušnja	Razlogi	Da	Občutljiva tema
Í24b	se mi zdi pomembno, da zaposlene odlikujejo navedene spretnosti.	Olajša izkušnjo	Prednosti strokovnjaka	Da	Olajša izkušnjo
Ó24a	Vsem bi bilo lažje.	Olajša izkušnjo	Prednosti strokovnjaka	Da	Olajša izkušnjo
Ö24a	Da bi lahko nudil pomoč kot oseba, ki je za to usposobljena in strokovna	Podpora in pomoč	Prednosti strokovnjaka	Da	Usposobljen za pomoč ženskam
Ö24b	predvsem v primeru, ko je takšen pristop nujno potreben ali zaželeno s strani prizadete osebe.	Prilagajanje potrebam posameznice	Prednosti strokovnjaka	Da	Prilagajanje potrebam posameznic
Ő24a	Strokovnjak s pravilno izbiro besed	Komunikacijske spretnosti	Prednosti strokovnjaka	Da	Izbira pravih besed
Ő24b	In empatijo je v teh trenutkih zelo zaželen.	Empatija	Prednosti strokovnjaka	Da	Empatija

26. Bi dodali še kaj (izkušnjo, temo, komentar, kritiko ipd.) za kar menite, da je pomembno pri tej temi?

A26: /

B26: /

C26: /

Č26: Ne.

D26: /

E26: /

F26: Sama sem poiskala pomoč, brez psihologinje bi mi težko uspelo. (F26a) Obravnava nosečnic ki se morajo odločiti za UPN zaradi anomalij je porazna, (F26b) na tem področju je potrebnega veliko dela. (F26c)

G26: /

H26: Menim da je premalo empatije (H26a) in razumevanja. (H26b) Za zdravnike si zgolj številka... (H26c) sama sem hrepenela po pogovoru z osebo, ki ni tako čustveno vpletena a vseeno empatična. (H26č) Jokala sem ves čas, po počutju pa me ni cisto nihče nič vprašal. (H26d) Še sedaj mi tečejo solze...

I26: /

J26: /

K26: /

L26: /

M26: /

N26: /

O26: Preprečiti da se pacientki povzroči še dodatna "škoda" (O26a) in zagotoviti kakovostno individualno obravnavo. (O26b)

P26: /

R26: /

S26: /

Š26: /

T26: /

U26: /

V26: /

Z26: /

Ž26: Jaz bi si želela le to da bi bile take ženske ločene od ostalih. (Ž26a) da bi ležale v posebni sobi in ne v sobi z mamicami ki so čez rok. (Ž26b)

Á26: /

É26: /

Đ26: /

Í26: Imela sem slabo izkušnjo, ker me je med. sestra na vsak način hotela prepričati, da naj svojega preminulega splavljenega otročka pogledam in se od njega poslovim, (Í26a) čeprav sem ji že pred tem povedala, da tega ne nameravam storiti (ker se od njega nisem nameravala posloviti fizično). (Í26b) Tega nikakor ni mogla razumeti (Í26c) in mi je rekla, da bom lahko to obžalovala. (Í26č) Že tako sem imela slabo vest, potem pa še z njihove strani dodatni pritisk. (Í26d)

Ó26: /

Ö26: /

Ő26: /

Ú26: /

Ü26: /

Ű26: /

X26: /

ŠT. IZJAVE	IZJAVA	POJEM	KATEGORIJA	NADKATEGORIJA	TEMA
F26a	Sama sem poiskala pomoč, brez psihologinje bi mi težko uspelo.	Potreba po dodatni strokovni pomoči	Negativne izkušnje	Osebna izkušnja	Dodatna strokovna pomoč
F26b	Obravnava nosečnic ki se morajo odločiti za UPN zaradi anomalij je porazna,	Negativna obravnava žensk, ki se odločajo za UPN	Negativne izkušnje	Osebna izkušnja	Negativne izkušnje z obravnavo v času UPN
F26c	na tem področju je potrebnega veliko dela.	Osebni stik	Predlogi	Komentar	Potreba po izboljšanju
H26a	Menim da je premalo empatije	Več empatije	Predlogi	Komentar	Pomanjkanje empatije

H26b	In razumevanja.	Več razumevanja	Predlogi	Komentar	Pomanjkanje razumevanja
H26c	Za zdravnike si zgolj številka...	Občutek nepomembnosti	Negativne izkušnje	Osebna izkušnja	Nepomembnost
H26č	sama sem hrepenela po pogovoru z osebo, ki ni tako čustveno vpletena a vseeno empatična.	Premalo časa za pogovor	Negativne izkušnje	Osebna izkušnja	Želja po pogovoru
H26d	Jokala sem ves čas, po počutju pa me ni cisto nihče nič vprašal.	Prezrti negativni občutki/čustva	Negativne izkušnje	Osebna izkušnja	Žalost
O26a	Preprečiti da se pacientki povzroči še dodatna "škoda"	Preprečevanje negativnih posledic	Predlogi	Komentar	Preprečevanje škode
O26b	in zagotoviti kakovostno individualno obravnavo.	Individualna obravnava	Predlogi	Komentar	Zagotovitev individualne obravnave
Ž26a	Jaz bi si želela le to da bi bile take ženske ločene od ostalih.	Zasebnost prostora	Predlogi	Komentar	Ločenost od drugih
Í26a	Imela sem slabo izkušnjo, ker me je med. sestra na vsak način hotela prepričati, da naj svojega preminulega splavljenega otročka pogledam in se od njega poslovim,	Prisilno slovo od otroka	Negativne izkušnje	Osebna izkušnja	Prisilno poslavljanje in gledanje otroka
Í26b	čeprav sem ji že pred tem povedala, da tega ne nameravam storiti (ker se od njega nisem nameravala posloviti fizično).	Neupoštevanje želja ženske	Negativne izkušnje	Osebna izkušnja	Ignoriranje želj ženske

Í26c	Tega nikakor ni mogla razumeti	Nerazumevanje	Negativne izkušnje	Osebna izkušnja	Nerazumevanje
Í26č	in mi je rekla, da bom lahko to obžalovala.	Pritisk	Negativne izkušnje	Osebna izkušnja	Pritiskanje medicinske sestre
Í26d	Že tako sem imela slabo vest, potem pa še z njihove strani dodatni pritisk.	Slaba vest	Negativne izkušnje	Osebna izkušnja	Občutek slabe vesti

15.6. Kodiranje – zaposleni

3. Približno koliko svetovanj s strokovnjaki ima ženska pred umetno prekinitvijo nosečnosti? (*Kot svetovanje štejem en pogovor z vsaj enim izmed zaposlenih strokovnjakov na oddelku ginekologije, na katerem se obravnava umetna prekinitve nosečnosti.)

A3: Ob sprejemu ima pogovor(A3a) z zdravnikom, ki poseg opravi.

B3: Svetovanja se opravijo pri osebem ginekologu, ki jo napoti na UPN. Število je odvisno od nosečnice. (B3a)

C3: 3 do 10 tednov nosečnosti, (C3a) 4 ali več nad 10 tednov. (C3b)

Č3: Na isti dan opravi pogovor z ginekologom, (Č3a) in če želi tudi s socialno delavko.

D3: 1. (D3a)

ŠT. IZJAVE	IZJAVA	POJEM	KATEGORIJA	NADKATEGORIJA	TEMA
A3a	Ob sprejemu ima pogovor	1	Število pogovorov pred UPN	Svetovanja pred UPN	Eno svetovanje
B3a	Število je odvisno od nosečnice.	Odvisno od posameznice	Število pogovorov pred UPN	Svetovanje pred UPN	Prilagajanje posameznicam
C3a	3 do 10 tednov nosečnosti,	Trije pogovori (do 10. tedna nosečnosti)	Število pogovorov pred UPN	Svetovanje pred UPN	Trije za prvo trimesečje
C3b	4 ali več nad 10 tednov.	4+ (nad 10. tednov nosečnosti)	Število pogovorov pred UPN	Svetovanje pred UPN	Štiri ali več pozneje
Č3a	Na isti dan opravi pogovor,	1	Število pogovorov pred UPN	Svetovanja pred UPN	En pogovor
D3a	1.	1	Število pogovorov pred UPN	Svetovanje pred UPN	

4. Od česa je odvisno število svetovanj?

A4: Od želja pacientk. (A4a)

B4: Od osebnega ginekologa (B4a) in od pacientke same. (B4b)

C4: Predvsem od želja (C4a) ali zahtev pacientke, (C4b) vse nosečnosti nad 10 tednov obravnava komisija I. stopnje, (C4c) po potrebi tudi republiška komisija. (C4č)

Č4: Vedno le eno. (Č4a) Večinoma na željo več, (Č4b) jaz se pred tem že posvetujem tudi z izbranim ginekologom na primarni ravni. (Č4c)

D4: Od višine nosečnosti (D4a) in roka za prekinitev. (D4b)

ŠT. IZJAVE	IZJAVA	POJEM	KATEGORIJA	NADKATEGORIJA	TEMA
A4a	Od želja pacientk.	Želja nosečnice	Odvisnost števila svetovanj	Svetovanje pred UPN	Odvisnost števila svetovanj
B4a	Od osebnega ginekologa	Osebnega ginekologa	Odvisnost števila svetovanj	Svetovanje pred UPN	Odvisnost števila svetovanj
B4b	in od pacientke same.	Potreb nosečnice	Odvisnost števila svetovanj	Svetovanje pred UPN	Odvisnost števila svetovanj
C4a	Predvsem od želja	Želja nosečnice	Odvisnost števila svetovanj	Svetovanje pred UPN	Odvisnost števila svetovanj
C4b	ali zahtev pacientke,	Potreb nosečnice	Odvisnost števila svetovanj	Svetovanje pred UPN	Odvisnost števila svetovanj
C4c	vse nosečnosti nad 10 tednov obravnava komisija I. stopnje,	Komisija 1. stopnje za nosečnice nad 10. tednov	Kdo opravi pogovor	Svetovanje pred UPN	Pogovor s komisijo 1. stopnje pri 10+ tednih nosečnosti
C4č	po potrebi tudi republiška komisija.	Republiška komisija (po potrebi)	Kdo opravi pogovor	Svetovanje pred UPN	Pogovor z republiško komisijo po potrebi

Č4a	Vedno le eno.	Eno	Število pogovorov pred UPN	Svetovanje pred UPN	En pogovor
Č4b	Večinoma na željo več,	Želja nosečnice	Odvisnost števila svetovanj	Svetovanje pred UPN	Odvisnost števila svetovanj
Č4c	jaz se pred tem že posvetujem tudi z izbranim ginekologom na primarni ravni.	Osebnega ginekologa	Odvisnost števila svetovanj	Svetovanje pred UPN	Odvisnost števila svetovanj
D4a	Od višine nosečnosti	Višine nosečnosti	Odvisnost števila svetovanj	Svetovanje pred UPN	Odvisnost števila svetovanj
D4b	in roka za prekinitve.	Roka za UPN	Odvisnost števila svetovanj	Svetovanje pred UPN	Odvisnost števila svetovanj

6. Kdo določa, kateri strokovnjaki bodo sodelovali pri svetovanju nosečnici?

A6: Osebni ginekolog, (A6a) standardno operativni postopki v ustanovi. (A6b)

B6: Smernice iz UKC Ljubljane, (B6a) Oddelek za kontracepcijo in načrtovanje družine. (B6b)

C6: Zakonodaja (C6a) in organizacija zdravstvenega varstva v RS. (C6b)

Č6: Ginekolog. (Č6a) Skoraj vedno le ta dva; ter medicinska sestra v ambulantni (Č6b) (pred pregledom pri zdravniku).

D6: Zakon o svobodnem odločanju o rojstvu otrok. (D6a)

ŠT. IZJAVE	IZJAVA	POJEM	KATEGORIJA	NADKATEGORIJA	TEMA
A6a	Osebni ginekolog,	Osebni ginekolog	Določitev sodelujočih	Svetovanje pred UPN	Določitev sodelujočih v pogovoru pred UPN
A6b	standardno operativni postopki v ustanovi.	Standardno operativni postopki	Določitev sodelujočih	Svetovanje pred UPN	Določitev sodelujočih v pogovoru pred UPN

B6a	Smernice iz UKC Ljubljane,	Smernice iz UKC LJ	Določitev sodelujočih	Svetovanje pred UPN	Določitev sodelujočih v pogovoru pred UPN
B6b	Oddelek za kontracepcijo in načrtovanje družine.	Oddelek za kontracepcijo in načrtovanje družine.	Določitev sodelujočih	Svetovanje pred UPN	Določitev sodelujočih v pogovoru pred UPN
C6a	Zakonodaja	ZZUUP	Določitev sodelujočih	Svetovanje pred UPN	Določitev sodelujočih v pogovoru pred UPN
C6b	in organizacija zdravstvenega varstva v RS.	Organizacija zdravstvenega varstva	Določitev sodelujočih	Svetovanje pred UPN	Določitev sodelujočih v pogovoru pred UPN
Č6a	Ginekolog.	Osebni ginekolog	Določitev sodelujočih	Svetovanje pred UPN	Določitev sodelujočih v pogovoru pred UPN
Č6b	Skoraj vedno le ta dva; ter <u>medicinska sestra</u> v ambulantni	Medicinska sestra	Določitev sodelujočih	Svetovanje pred UPN	Določitev sodelujočih v pogovoru pred UPN
D6a	Zakon o svobodnem odločanju o rojstvu otrok.	ZZUUP	Določitev sodelujočih	Svetovanje pred UPN	Določitev sodelujočih v pogovoru pred UPN

* ZZUUP= Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok

7. Kaj je po vašem mnenju namen strokovnega svetovanja nosečnici pred umetno prekinitvijo nosečnosti?

A7: Predstaviti možnosti izbire. (A7a) Obrazložiti postopek. (A7b) Seznaniti pacientke z možnimi zapleti. (A7c)

B7: Da se jo seznani z vsemi informacijami v zvezi njenega reproduktivnega zdravja, (B7a) načrtovanja družine (B7b) in UPN. (B7c)

C7: Pojasnitev postopkov (C7a) in svetovanje z namenom zmanjšanja števila neželenih nosečnosti in s tem UPN. (C7b)

Č7: Posledice na telesno zdravje (Č7a) in psihološki vidik, s katerim bo živela naprej. (Č7b) Pojasniti možnosti pomoči v RS (finančne, pravne), da bi morda vseeno obdržala nosečnost. (Č7c)

D7: Pojasniti možne zaplete pri postopku. (D7a) Posvet o kontracepciji. (D7b) Vpliv postopka na nadaljnje nosečnosti. (D7c) Psihosocialna podpora. (D7č)

ŠT. IZJAVE	IZJAVA	POJEM	KATEGORIJA	NADKATEGORIJA	TEMA
A7a	Predstaviti možnosti izbire.	Možnost izbire	Namen	Svetovanje pred UPN	Dati ženski možnost izbire
A7b	Obrazložiti postopek.	Informacije o posegu UPN	Namen	Svetovanje pred UPN	Informiranje o postopku UPN
A7c	Seznanimi pacientke z možnimi zapleti.	Možni zapleti UPN	Namen	Svetovanje pred UPN	Tveganja in zapleti UPN
B7a	Da se jo seznani z vsemi informacijami v zvezi njenega reproduktivnega zdravja,	Informacije o reproduktivnem zdravju ženske	Namen	Svetovanje pred UPN	Informiranje o reproduktivnem zdravju ženske
B7b	načrtovanja družine	Načrtovanje družine	Namen	Svetovanje pred UPN	Informiranje o načrtovanju družine
B7c	in UPN.	Informacije o posegu UPN	Namen	Namen	Svetovanje pred UPN
C7a	Pojasnitev postopkov	Informacije o posegu UPN	Namen	Svetovanje pred UPN	Informiranje o posegu UPN
C7b	in svetovanje z namenom zmanjšanja števila neželenih nosečnosti in s tem UPN.	Zmanjšanje števila neželenih nosečnosti	Namen	Svetovanje pred UPN	Preprečevanje neželenih nosečnosti in s tem UPN
Č7a	Posledice na telesno zdravje	Informacije o fizičnih posledicah	Namen	Svetovanje pred UPN	Možne telesne posledice
Č7b	in psihološki vidik, s katerim bo živela naprej.	Informacije o psihičnih posledicah	Namen	Svetovanje pred UPN	Možne psihične posledice

Č7c	Pojasniti možnosti pomoči v RS (finančne, pravne), da bi morda vseeno obdržala nosečnost.	Informacije o virih pomoči, če bi obdržala otroka	Namen	Svetovanje pred UPN	Dodatni viri pomoči, če obdrži otroka
D7a	Pojasniti možne zaplete pri postopku.	Možni zapleti UPN	Namen	Svetovanje pred UPN	Možni zapleti med UPN
D7b	Posvet o kontracepciji.	Informacije o kontracepciji	Namen	Svetovanje pred UPN	Kontracepcija
D7c	Vpliv postopka na nadaljnje nosečnosti.	Informacije o reproduktivnem zdravju ženske	Namen	Svetovanje pred UPN	Informiranje o reproduktivnem zdravju nosečnice
D7č	Psihosocialna podpora.	Psihosocialna podpora	Namen	Svetovanje pred UPN	Psihosocialna podpora

8. Kaj menite o vsebini in številu svetovanj, ki jih imajo ženske pred umetno prekinitvijo nosečnosti? Bi kaj spremenili? Če da, zakaj?

A8: V naši ustanovi se ženske pred posegom pogovorijo s sprejemnim zdravnikom- ginekologom. (A8a) Za nekatere je to dovolj, nekaj bi jih pa potrebovalo dodatno psihološko pomoč. (A8b)

B8: Če se primerjamo z ostalimi državami v svetu smo na tem področju zelo dobro organizirani. (B8a)

C8: Premalo osebna (C8a) in premalo časa, (C8b) glej zgoraj!

Č8: Morda bi bila za določeno skupino žensk (Č8a) potrebna tudi psihološka obravnava. (Č8b)

D8: Ne. (D8a)

ŠT. IZJAVE	IZJAVA	POJEM	KATEGORIJA	NADKATEGORIJA	TEMA
A8a	V naši ustanovi se ženske pred posegom pogovorijo s sprejemnim zdravnikom- ginekologom.	En pogovor pred UPN	Slovenska praksa	Svetovanje pred UPN	En pogovor pred posegom

A8b	Za nekatere je to dovolj, nekaj bi jih pa potrebovalo dodatno psihološko pomoč.	Prilagajanje potrebam in željam posameznice	Predlogi	Svetovanje pred UPN	En pogovor ni zadosten za vse ženske
B8a	Če se primerjamo z ostalimi državami v svetu smo na tem področju zelo dobro organizirani.	Dobro organizirani	Slovenska praksa	Svetovanje pred UPN	Dobro organizirani v primerjavi z drugimi državami
C8a	Premalo osebna	Premalo osebno	Slovenska praksa	Svetovanje pred UPN	Premalo osebno
C8b	in premalo časa.	Premalo časa	Slovenska praksa	Svetovanje pred UPN	Premalo časa
Č8a	Morda bi bila za določeno skupino žensk	Prilagajanje potrebam in željam posameznice	Predlogi	Svetovanje pred UPN	Različne potrebe in želje
Č8b	potrebna tudi psihološka obravnava.	Možnost psihološke pomoči in podpore	Predlogi	Svetovanje pred UPN	Možnost pogovora s psihiatrom
D8a	Ne.	Ni potrebe po spremembi	Slovenska praksa	Svetovanje pred UPN	Ne bi spreminjali nič

9. Kakšen pomen imajo po vašem mnenju psihosocialna znanja in spretnosti pri obravnavi nosečnice, ki razmišlja o umetni prekinitvi nosečnosti? Razložite svoj odgovor.

A9: Ta znanja imajo bistven pomen, (A9a) saj je zelo pomemben pravilen pristop do ženske (A9b) in način komunikacije. (A9c)

B9: Veliki pomen. (B9a) Svetovanje je zelo pomemben dejavnik zaradi katerega v Sloveniji imamo zelo malo UPN. (B9b)

C9: Psihosocialno znanje bi verjetno omogočilo bolj osebni pristop, (C9a) vendar predvsem kot preventiva naslednjih UPN. (C9b) Neželena nosečnost je izvršeno dejstvo, redko spremenijo svojo odločitev.

Č9: Olajšanje odločitve o UPN. (Č9a) Olajšanje poznih posledic (Č9b) in preprečitev kasnejšega obžalovanja, da se je odločila za UPN. (Č9c) Seznaitve gospe z možnostmi pomoči, če bi nosečnost obdržala. (Č9č)

D9: Psihosocialni del svetovanja je zelo pomemben, (D9a) saj je UPN stresen dogodek za žensko, ne glede na razlog. (D9b)

ŠT. IZJAVE	IZJAVA	POJEM	KATEGORIJA	NADKATEGORIJA	TEMA
A9a	Ta znanja imajo bistven pomen,	Velik	Pomen	Psihosocialna znanja in spretnosti v medicini	Velik pomen
A9b	saj je zelo pomemben pravilen pristop do ženske	Vzpostavitev osebnega odnosa	Prednosti	Psihosocialna znanja in spretnosti v medicini	Pravilen pristop
A9c	in način komunikacije.	Komunikacijske spretnosti	Prednosti	Psihosocialna znanja in spretnosti v medicini	Komunikacijske spretnosti
B9a	Veliki pomen.	Velik	Pomen	Psihosocialna znanja in spretnosti v medicini	Velik pomen
B9c	Svetovanje je zelo pomemben dejavnik zaradi katerega v Sloveniji imamo zelo malo UPN.	Zmanjševanje števila UPN	Prednosti	Psihosocialna znanja in spretnosti v medicini	Zmanjševanje števila UPN
C8a	Psihosocialno znanje bi verjetno omogočilo bolj osebni pristop	Vzpostavitev osebnega odnosa	Prednosti	Psihosocialna znanja in spretnosti v medicini	Bolj osebni pristop
C8b	vendar predvsem kot preventiva naslednjih UPN.	Zmanjšanje števila UPN	Prednosti	Psihosocialna znanja in spretnosti v medicini	Zmanjšanje števila UPN

Č9a	Olajšanje odločitve o UPN.	Olajšanje odločitve	Prednosti	Psihosocialna znanja in spretnosti v medicini	Lažje odločanje za UPN
Č9b	Olajšanje poznih posledic	Preventiva za kasnejše težave	Prednosti	Psihosocialna znanja in spretnosti v medicini	Preprečevanje kasnejših težav
Č9c	in preprečitev kasnejšega obžalovanja, da se je odločila za UPN.	Preprečitev obžalovanja UPN	Prednosti	Psihosocialna znanja in spretnosti v medicini	Preprečitev občutka obžalovanja
Č9č	Seznanitev gospe z možnostmi pomoči, če bi nosečnost obdržala.	Dodatni viri pomoči, če se odloči obdržati otroka	Prednosti	Psihosocialna znanja in spretnosti v medicini	Seznaniti z možnostmi in viri pomoči, če obdrži otroka
D9a	Psihosocialni del svetovanja je zelo pomemben,	Velik	Pomen	Psihosocialna znanja in spretnosti v medicini	Velik pomen
D9b	saj je UPN stresen dogodek za žensko, ne glede na razlog.	Spopadanje s stresom	Prednosti	Psihosocialna znanja in spretnosti v medicini	Pomoč pri spopadanju s stresom

12. Ali menite, da obstajajo bistvene razlike v doživljanju žensk in možnimi psihičnimi posledicami, glede na trimesečje, v katerem se opravi umetna prekinitev nosečnosti? Obrazložite svoj odgovor.

A12: Višja je gestacijska starost, težje je za žensko, (A12a) saj nekatere že nehote začnejo razmišljati o materinstvu. (A12b) Plod je večji, mogoče že čuti otrokove gibe in si očitno odločitev. (A12c)

B12: Verjamem da ja, sicer ženske imajo pravico načrtovati svojo družino (B12a) in so posledice individualne. (B12b) Prav to je področje z katerim se ukvarjajo psihologi in socialni delavci. (B12c)

C12: Ne, doživljanje je odvisno predvsem od odnosa nosečnice do UPN. (C12a)

Č12: Niti ne. (Č12a) V višjih trimesečjih (> 12 ted.) se prekine neuspela nosečnost oz. nosečnost s hudimi napakami ploda oz. nosečnost s tveganjem za mater. Doživljanja so podobna. Gospe z neuspelo nosečnostjo (mrtev plod, napake ploda, hude bolezni nosečnice, ki bi lahko ogrozile njeno življenje) se težje soočajo z

dejstvom, da ploda oz. otroka, ki so ga želele, ni več, (Č12b) da so izgubile del prihodnosti in pričakovanj. (Č12c) Tiste, ki se odločajo za splav zavestno, v zgodnji nosečnosti, pa teh čustev ne gojijo, temveč jih bolj bremeni krivda, da so onemogočile življenje še nerojenemu bitju. (Č12c)

D12: Višja kot je nosečnost, večje so psihične posledice. (D12a) Kritični so tudi ponavljajoči spontani splavi. (D12b)

ŠT. IZJAVE	IZJAVA	POJEM	KATEGORIJA	NADKATEGORIJA	TEMA
A12a	Višja je gestacijska starost, težje je za žensko,	Višja ko je nosečnost, hujše so psihične posledice	Razlaga	Da, psihične posledice so v obeh primerih lahko hude	Dlje traja nosečnost, težje je za žensko
A12b	saj nekatere že nehote začnejo razmišljati o materinstvu.	Predstavljanje življenja z otrokom	Otežuje situacijo	Da, psihične posledice so v obeh primerih lahko hude	Nezavestno načrtovanje družine/ materinstva
A12c	Plod je večji, mogoče že čuti otrokove gibe in si očita odločitve	Nosečnica čuti gibe otroka	Otežuje situacijo	Da, psihične posledice so v obeh primerih lahko hude	Nosečnica občuti otroka
B12a	Verjamem da ja, sicer ženske imajo pravico načrtovati svojo družino	Načrtovanje družine	Otežuje situacijo	Da, psihične posledice so v obeh primerih lahko hude	Načrtovanje družine
B12b	in so posledice individualne.	Različni odzivi posameznic	Razlaga	Da, psihične posledice so v obeh primerih lahko hude	Individualni pristop
B12c	Prav to je področje z katerim se ukvarjajo psihologi in socialni delavci.	Področje za socialne delavke/ psihologe	Predlogi	Da, psihične posledice so v obeh primerih lahko hude	Področje socialnega dela/ psihologije
C12a	Ne,	Ni bistvenih razlik	Razlaga	Da, psihične posledice so v obeh primerih lahko hude	Ni bistvenih razlik

C12b	doživljanje je odvisno predvsem od odnosa nosečnice do UPN.	Različni odzivi posameznic	Razlaga	Da, psihične posledice so v obeh primerih lahko hude	Individualni pristop
Č12a	Niti ne.	Ni bistvenih razlik	Razlaga	Da, psihične posledice so v obeh primerih lahko hude/ Odkvisno od posameznice	Ni bistvenih razlik
Č12b	Gospe z neuspelo nosečnostjo (mrtev plod, napake ploda, hude bolezni nosečnice, ki bi lahko ogrozile njeno življenje) se težje soočajo z dejstvom, da ploda oz. otroka, ki so ga želele, ni več,	Višja ko je nosečnost, hujše so psihične posledice	Razlaga	Da, psihične posledice so v obeh primerih lahko hude/ Odkvisno od posameznice	Dlje traja nosečnost, težje je za žensko
	da so izgubile del prihodnosti in pričakovanj.	Predstavljanje življenja z otrokom	Otežuje situacijo	Da, psihične posledice so v obeh primerih lahko hude/ Odkvisno od posameznice	Izguba želene prihodnosti
Č12č	Tiste, ki se odkločajo za splav zavestno, v zgodnji nosečnosti, pa teh čustev ne gojijo, temveč jih bolj bremeni krivda, da so onemogočile življenje še nerojenemu bitju.	Občutek krivde	Otežuje situacijo	Da, psihične posledice so v obeh primerih lahko hude/ Odkvisno od posameznice	Občutki krivde v smislu onemogočanja življenja
D12a	Višja kot je nosečnost, večje	Višja ko je nosečnost,	Razlaga	Da, psihične posledice so v	Dlje traja nosečnost,

	so psihične posledice.	hujše so psihične posledice		obeh primerih lahko hude	težje je za žensko
D12b	Kritični so tudi ponavljajoči spontani splavi.	Spontani splavi	Otežuje situacijo	Da, psihične posledice so v obeh primerih lahko hude	Težave pri večkratnih spontanih splavih

14. Imajo zaposleni na vašem oddelku vsa potrebna znanja in spretnosti, opisane v vprašanju št. 13, da lahko ženskam nudijo kakovostno psihosocialno pomoč in podporo?

A14: Zaposleni na oddelku nimajo dodatnih znanj za nudenje psihosocialne podpore. (A14a) Delo poteka na podlagi izkušenj. (A14b)

B14: Verjamem. (B12a)

C14: Ne, (C12a) nimajo dovolj znanja (C12b) niti možnosti, da bi ga pridobili, (C12c) niti dovolj časa, da bi ga posvetili obravnavi, kot bi bilo potrebno. (C12č)

Č14: Da. (Č12a) In stalno se izobražujemo tudi na tem področju. (Č12b) Žal pa psihologa nimamo v bolnici pa tudi v ZD Posavja jih je malo oz. nič, tako da je dostop do njih okrnjen. (Č12c)

D14: Kakor kdo, (D12a) izobraževanje na tem področju je slabo. (D12b) Pristop je zelo odvisen od interesa posameznika. (D12c)

ŠT. IZJAVE	IZJAVA	POJEM	KATEGORIJA	NADKATEGORIJA	TEMA
A12a	Zaposleni na oddelku nimajo dodatnih znanj za nudenje psihosocialne podpore.	Nezadostna	Zadostnost	Psihosocialna znanja in spretnosti zaposlenih	Nezadostnost
A12b	Delo poteka na podlagi izkušenj.	Na podlagi izkušenj	Način dela	Psihosocialna znanja in spretnosti zaposlenih	Delo na podlagi izkušenj
B12a	Verjamem.	Zadostna	Zadostnost	Psihosocialna znanja in spretnosti zaposlenih	Zadostnost
C12a	Ne,	Nezadostna	Zadostnost	Psihosocialna znanja in	Nezadostnost

				spretnosti zaposlenih	
C12b	nimajo dovolj znanja	Pomanjkanje znanja	Ovire	Psihosocialna znanja in spretnosti zaposlenih	Pomanjkanje znanja
C12c	niti možnosti, da bi ga pridobili,	Pomanjkanje izobraževanj	Ovire	Psihosocialna znanja in spretnosti zaposlenih	Pomanjkanje takih izobraževanj
C12č	niti dovolj časa , da bi ga posvetili obravnavi, kot bi bilo potrebno.	Premalo časa za pogovor	Ovire	Psihosocialna znanja in spretnosti zaposlenih	Premalo časa za uporabnice
Č12a	Da.	Zadostno	Zadostnost	Psihosocialna znanja in spretnosti zaposlenih	Zadostnost
Č12b	In stalno se izobražujemo tudi na tem področju.	Dodatna izobraževanja	Razlagi za zadostnost	Psihosocialna znanja in spretnosti zaposlenih	Sprotno izobraževanje
Č12c	Žal pa psihologa nimamo v bolnici pa tudi v ZD Posavja jih je malo oz. nič, tako da je dostop do njih okrnjen.	Pomanjkanje strokovnjakov s tega področja	Ovire	Psihosocialna znanja in spretnosti zaposlenih	Ni psihologov
D12a	Kakor kdo,	Kakor kdo	Zadostnost	Psihosocialna znanja in spretnosti zaposlenih	Odvisno
D12b	izobraževanje na tem področju je slabo.	Pomanjkanje izobraževanj	Ovire	Psihosocialna znanja in spretnosti zaposlenih	Premalo izobraževanj na tem področju

D12c	Pristop je zelo odvisen od interesa posameznika.	Odvisen od interesa posameznika	Način dela	Psihosocialna znanja in spretnosti zaposlenih	Različni načini dela

15. Kaj menite o dodatnem izobraževanju na tem področju v povezavi z vašim delom?

A15: Vsekakor so vsaka dodatna izobraževanja zelo potrebna. (A15a)

B15: Vedno smo za. (B15a)

C15: Koristi. (C15a)

Č15: Zelo potrebno (Č15a) in pomembno. (Č15b) Ga opravljamo. (Č15c)

D15: Je nujno potreben. (D15a)

ŠT. IZJAVE	IZJAVA	POJEM	KATEGORIJA	NADKATEGORIJA	TEMA
A15a	Vsekakor so vsaka dodatna izobraževanja zelo potrebna.	Potrebno	Mnenje	Dodatno psihosocialno izobraževanje	Potrebno
B15a	Vedno smo za.	Koristno	Mnenje	Dodatno psihosocialno izobraževanje	Koristno
C15a	Koristi.	Koristno	Mnenje	Dodatno psihosocialno izobraževanje	Koristno
Č15a	Zelo potrebno	Potrebno	Mnenje	Dodatno psihosocialno izobraževanje	Potrebno
Č15b	in pomembno.	Pomembno	Mnenje	Dodatno psihosocialno izobraževanje	Pomembno

Č15c	Ga opravljamo.	Se že opravlja	Mnenje	Dodatno psihosocialno izobraževanje	Se opravlja
D15a	Je nujno potreben.	Potrebno	Mnenje	Dodatno psihosocialno izobraževanje	Potrebno

17. Kaj menite o spremljanju ženske in njenih psihosocialnih potreb po umetni prekinitvi nosečnosti ("follow up")?

A17: Ob odhodu iz bolnišnice dobijo pacientke navodila in informacije glede posega. (A17a) Za psihosocialne potrebe pa zaenkrat nimamo nobenih nadaljnjih informacij za pacientke. (A17b) Damo jim vedeti, da se vedno lahko obrnejo na osebnega ginekologa, ki jih potem usmeri k pristojnim službam. (A17c)

B17: Podpiram! (B17a)

C17: Ženske so vedno napotene k izbranemu ginekologu po UPN. (C17a) Pogosto pa ne želijo dodatnih obravnav. (C17b) Koristilo bi predvsem kot preventiva ponovnih UPN. (C17c) Ženske želijo dogodek potisniti v pozabo. (C17č)

Č17: Dobrodošel (Č17a) in potreben. (Č17b) A v regijah kot je naša, iluzoren. Žal. (Č17c) Gospe, ki izgubijo nosečnost nenamerno pa vedno napotimo k Dr. Velikonji v porodnišnico Ljubljana. (Č17č)

D17: To bi bilo najverjetneje smiselno uvesti v sklop pregleda pri izbranem ginekologu. (D17a)

ŠT. IZJAVE	IZJAVA	POJEM	KATEGORIJA	NADKATEGORIJA	TEMA
A17a	Ob odhodu iz bolnišnice dobijo pacientke navodila in informacije glede posega.	Navodila in informacije o UPN	Trenutna praksa	Delo z ženskami po UPN	Informiranje žensk o UPN ob odhodu
A17b	Za psihosocialne potrebe pa zaenkrat nimamo nobenih nadaljnjih informacij za pacientke.	Informiranje o psihosocialni podpori in pomoči	Primanjkuje	Delo z ženskami po UPN	Pomanjkanje informacij o psihosocialnih virih moči
A17c	Damo jim vedeti, da se vedno lahko obrnejo na	Osebni ginekolog vir	Trenutna praksa	Delo z ženskami po UPN	Dodatno podporo in pomoč lahko poiščejo pri

	osebnega ginekologa, ki jih potem usmeri k pristojnim službam.	dodatni vir moči			osebnem ginekologu
B17a	Podpiram!	Podpiram	Mnenje	Delo z ženskami po UPN	Podpora follow up-a
C17a	Ženske so vedno napotene k izbranemu ginekologu po UPN.	Osebni ginekolog vir dodatni vir moči	Trenutna praksa	Delo z ženskami po UPN	Dodatni vir moči je osebni ginekolog
C17b	Pogosto pa ne želijo dodatnih obravnav.	Uporabnice ne želijo dodatne obravnave	Trenutna praksa	Delo z ženskami po UPN	Ne želijo dodatne pomoči
C17c	Koristilo bi predvsem kot preventiva ponovnih UPN.	Preventiva ponovnim UPN	Mnenje	Delo z ženskami po UPN	Preventiva ponovnim UPN
C17č	Ženske želijo dogodek potisniti v pozabo.	Uporabnice želijo pustiti dogodek za sabo	Trenutna praksa	Delo z ženskami po UPN	Dogodek želijo pustiti za sabo
Č17a	Dobrodošel	Podpiram	Mnenje	Delo z ženskami po UPN	Dobrodošlo spremljanje žensk
Č17b	In potreben.	Potrebno	Mnenje	Delo z ženskami po UPN	Potrebno
Č17c	A v regijah kot je naša, iluzoren. Žal.	Iluzorno	Mnenje	Delo z ženskami po UPN	Neizvedljivo
Č17č	Gospe, ki izgubijo nosečnost nenamerno pa vedno napotimo k Dr. Velikonji v	Napotnica h klinični psihologinji	Trenutna praksa	Delo z ženskami po UPN	Napotnica h klinični psihologinji

	porodnišnico Ljubljana.				
D17a	To bi bilo najverjetneje smiselno uvesti v sklop pregleda pri izbranem ginekologu.	Smiselno uvesti		Delo z ženskami po UPN	

18. Kaj menite o strokovnjaku z znanji in s spretnostmi iz vprašanja št. 13, ki bi bil na voljo ženskam v času pred in med umetno prekinitvijo nosečnosti in neposredno po njej? Razložite.

A18: Prav bi bilo, da bi vsaka bolnišnica imela takega strokovnjaka, z izkušnjami na tem področju. (A18a)
 Osebe na oddelku je prepogosto obremenjeno z rutinskimi opravili (A18b) in si enostavno ne morejo vzeti časa za daljši- svetovalni pogovor s pacientkami. (A18c)

B18: Absolutno potrebno brez potrebne obrazložitve. (B18a) Nekaterе ustanove pri nas to že imajo. (B18b)

C18: Že povedano. Bi bil zelo koristen, (C18a) vendar zaenkrat niso izkoriščene niti obstoječe strokovne osebe na primeren način, ker so preobremenjene. (C18b)

Č18: Pomemben del obravnave take nosečnice/ ženske, (Č18a) ki bi jim zelo olajšal žalovanje in občutke krivde, praznine, ki sledijo. (Č18b)

D18: /

ŠT. IZJAVE	IZJAVA	POJEM	KATEGORIJA	NADKATEGORIJA	TEMA
A18a	Prav bi bilo, da bi vsaka bolnišnica imela takega strokovnjaka, z izkušnjami na tem področju.	Na razpolago v vseh bolnicah	Mnenje	Strokovnjak s psihosocialnimi znanji in spretnostmi	Razpoložljivost s takimi strokovnjaki
A18b	Osebe na oddelku je prepogosto obremenjeno z rutinskimi opravili	Razbremenitev zdravstvenega osebja	Prednosti	Strokovnjak s psihosocialnimi znanji in spretnostmi	Razbremenitev ostalih sodelavcev
A18c	in si enostavno ne morejo vzeti časa za daljši- svetovalni pogovor s pacientkami.	Čas za pogovor	Prednosti	Strokovnjak s psihosocialnimi znanji in spretnostmi	Čas za pogovor z uporabnicami

B18a	Absolutno potrebno brez potrebne obrazložitve.	Potreben	Mnenje	Strokovnjak s psihosocialnimi znanji in spretnostmi	Potreben
B18b	Nekatere ustanove pri nas to že imajo.	Ponekod že v praksi	Mnenje	Strokovnjak s psihosocialnimi znanji in spretnostmi	Že v praksi ponekod v Sloveniji
C18a	Bi bil zelo koristen,	Koristno	Mnenje	Strokovnjak s psihosocialnimi znanji in spretnostmi	Koristno
C18b	vendar zaenkrat niso izkoriščene niti obstoječe strokovne osebe na primeren način, ker so preobremenjene.	Neizkoriščeno	Mnenje	Strokovnjak s psihosocialnimi znanji in spretnostmi	Strokovnjaki so, vendar slabo izkoriščeni
Č18a	Pomemben del obravnave take nosečnice/ ženske,	Pomembno	Mnenje	Strokovnjak s psihosocialnimi znanji in spretnostmi	Pomemben del obravnave
Č18b	ki bi jim zelo olajšal žalovanje in občutke krivde, praznine, ki sledijo.	Podpora in pomoč uporabnicam	Prednosti	Strokovnjak s psihosocialnimi znanji in spretnostmi	Podpora in pomoč

19. Bi dodali še kaj (izkušnjo, temo, komentar, kritiko ipd.) za kar menite, da je pomembno pri tej temi?

A19: /

B19: /

C19: RS ima zahvaljujoč široki dostopnosti do kontracepcije (C19a) še vedno zelo nizko stopnjo splavnosti, (C19b) upam, da ne bo šlo na slabše. (C19c)

Č19: Mislim, da se v zadnjih 10 letih stvari na tem področju bistveno izboljšujejo. (Č19a)Trudimo se vsi vpleteni. (Č19b) Nudimo tudi pomoč ob izgubah ki ostane paru trajno (odtise rok in nogic otroka, slike, mirno slovo v porodni sobi; možnost odločitve o vrsti pokopa; (Č19c) seznanimo jih s parkom zvončkov, (Č19č) dobijo brošure s številkami samopomoči, ko bodo doma (Solzice, med.over.net) (Č19d) knjigo Prazna zibka,... dobijo v branje v bolnišnici. (Č19e) Ob odhodu domov pa napotnico z navodili za naročanje k Dr. Velikonji oz. njenim sodelavkam v psihološki ambulanti porodnišnice Ljubljana. (Č19f)

ŠT. IZJAVE	IZJAVA	POJEM	KATEGORIJA	NADKATEGORIJA	TEMA
C19a	RS ima zahvaljujoč široki dostopnosti do kontracepcije	Dostop do kontracepcije	Prednosti	Praksa v Sloveniji	Široka dostopnost kontracepcije
C19b	še vedno zelo nizko stopnjo splavnosti,	Nizka stopnja št. splavov	Prednosti	Praksa	Nizka stopnja splavnosti
C19c	upam, da ne bo šlo na slabše.	Da se stanje ne poslabša	Želje	Osebno mnenje	Upanje, da se ne poslabša
Č19a	Mislim, da se v zadnjih 10 letih stvari na tem področju bistveno izboljšujejo.	Izboljševanje prakse	Prednosti	Praksa v Sloveniji	Izboljšanje v zadnjih 10. letih
Č19b	Trudimo se vsi vpleteni.	Trud zaposlenih	Prednosti	Praksa v Sloveniji	Trud vseh vpletenih
	Nudimo tudi pomoč ob izgubah ki ostane paru trajno (odtise rok in nogic otroka, slike, mirno slovo v porodni sobi; možnost odločitve o vrsti pokopa	Slovo od otroka	Podpora in pomoč paru v času UPN	Praksa v Sloveniji	Pomoč pri poslavljanju
	seznanimo jih s parkom zvončkov, (Č19č)	Organizacija pogreba	Podpora in pomoč paru v času UPN	Praksa v Sloveniji	Pomoč pri načrtovanju pogreba
	dobijo brošure s številkami samopomoči, ko bodo doma	Informacije o dodatnih virih pomoči	Podpora in pomoč paru v času UPN	Praksa v Sloveniji	Informacije o dodatni pomoči in podpori

	(Solzice, med.over.net)				
	knjigo Prazna zibka,... dobijo v branje v bolnišnici.	Literatura	Podpora in pomoč paru v času UPN	Praksa v Sloveniji	Pomoč s knjigo
Č19č	Ob odhodu domov pa napotnico z navodili za naročanje k Dr. Velikonji oz. njenim sodelavkam v psihološki ambulanti porodnišnice Ljubljana.	Napotnica h klinični psihologinji	Podpora in pomoč paru v času UPN	Praksa v Sloveniji	Možnost obiska klinične psihologinje