



УНИВЕРЗИТЕТ У НОВОМ САДУ

МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ



**PREKID ŽELJENE TRUDNOĆE KAO FAKTOR RIZIKA ZA NASTANAK
AKUTNOG STRESNOG POREMEĆAJA**

DOKTORSKA DISERTACIJA

Mentor: Prof. dr Ljiljana Mladenović – Segedi

Kandidat: Slađana Koledin

Komentor: Prof. dr Artur Bjelica

U Novom Sadu, 2022. godine

Zahvalnica

Ovu stranicu koristim da se zahvalim svima onima koji su mi svojim nesebičnim trudom i zalaganjem pomogli prilikom izrade doktorske disertacije.

Neizmernu zahvalnost na ukazanom poverenju, bezrezervnoj pomoći, dragocenim savetima, nesebičnom pružanju ogromnog znanja, posvećenom vremenu i razumevanju dugujem svojoj divnoj mentorki prof. dr Ljiljani Mladenović Segedi. Hvala Vam što niste odustali od mene i što ste mi uvek bili podrška kada je bilo najteže.

Srdačno se zahvaljujem svom dragom mentoru prof. dr Arturu Bjelici na pruženoj pomoći u svakoj prilici, zalaganju i izuzetnim smernicama kojima je unapređena disertacija.

Veliko hvala mojim roditeljima i bratu Srđanu što su me vodili, inspirisali i pokazali mi pravi put. Hvala što ste mi pomogli da postanem ono što jesam.

Doktorsku disertaciju posvećujem svojoj porodici, suprugu Bojanu i mojim dečacima Aleksi, Urošu i Nemanji u znak zahvalnosti za pruženu ljubav, pažnju, pomoć, razumevanje, podršku i ometanje 😊.

Posebno želim da se zahvalim svom suprugu Bojanu što mi je bio podrška, vetar u leđa i oslonac, što je verovao i bio uz mene svih ovih godina. Hvala ti Mićo!

Slađana Koledin

УНИВЕРЗИТЕТ У НОВОМ САДУ
МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ НОВИ САД

КЉУЧНА ДОКУМЕНТАЦИЈСКА ИНФОРМАЦИЈА¹

Врста рада:	Докторска дисертација
Име и презиме аутора:	Слађана Коледин
Ментор (титула, име, презиме, звање, институција)	1. Проф. Др Љиљана Младеновић Сегеди, специјалиста гинекологије и акушерства, Клиника за гинекологију и акушерство, КЦВ Медицински факултет Нови Сад, Универзитет у Новом Саду. 2. Проф. Др Артур Бјелица, специјалиста гинекологије и акушерства, Клиника за гинекологију и акушерство, КЦВ Медицински факултет Нови Сад, Универзитет у Новом Саду, Асоцијација центара за интердисциплинарне и мултидисциплинарне студије и истраживања (ACIMSI) – Центар за родне студије, Универзитет у Новом Саду
Наслов рада:	Прекид жељене трудноће као фактор ризика за настанак акутног стресног поремећаја
Језик публикације (писмо):	Српски - латиница
Физички опис рада:	Страница: 126 Поглавља: 9 Референци: 170 Табела: 76 Графикона: 14 Прилога: 5
Научна област:	Медицина
Ужа научна област (научна дисциплина):	Клиничка медицина, Здравствена нега
Кључне речи / предметна одредница:	спонтани побачај; намерни побачај; психолошки стрес; туга; акутни стресни поремећај; посттрауматски стресни поремећај; анкете и упитници
Резиме на језику рада:	Побачај жељене трудноће представља за жену изненадно, негативно животно искуство, које у мањој или већој мери може негативно да утиче на физичко и психичко здравље жене чиме представља потенцијални стресогени или трауматски догађај. Пролазећи кроз овај стресни догађај, жена преживљава не само физички него и психички бол. Стрес представља реакцију организма, путем укључивања адаптационих система, на стресни фактор који има такав интензитет деловања да превазилази основни ниво функционисања. Акутни стресни поремећај (АСП) се развија непосредно, одмах након трауматичног догађаја и траје од 3 дана до месец дана, значајно ремети или погоршава дотадашње функционисање особе. Уколико настали симптоми трају и после месец дана од трауматичног догађаја може доћи

	<p>до развоја посттрауматског стресног поремећаја (ПТСП) који представља одложено или продужену реакцију на стресни догађај. Основни циљеви овог истраживања били су да се испита појава АСП И ПТСП-а код жена након побачаја жељене трудноће. Истраживање је спроведено у виду проспективне студије, током три посете директним анонимним анкетирањем пацијенткиња које су дошле на прекид трудноће на Клинику за гинекологију и акушерство у Новом Саду. За испитивање су коришћена четири посебно конструисана упитника. Испитанице су биле подељене у две групе, испитивану која је обухватала 79 жена са спонтаним побачајем жељене трудноће и намерним побачајем жељене трудноће из здравствених индикација и контролну групу са 81. испитаницом које су се јавиле ради прекида нежељене трудноће. У обе групе просечна старост износила је око 31. годину. Највећи број испитаница у обе испитиване групе има средњу стручну спрему, нису у радном односу, удате су, имају једно дете и до тада нису имале прекид трудноће. Коришћењем скале тренутног расположења испитаница, након 2 сата од побачаја жељене трудноће утврђено је да су на првој контроли код пацијенткиња испитиване групе доминирала негативна осећања, док су код пацијенткиња из контролне групе била израженија позитивна осећања. На другој контроли у обе групе испитаница доминирало је позитивно расположење, али је оно у контролној групи, било статистички значајно више. Пирсоновим хи-квадрат тестом је добијено да постоје статистички значајне разлике између испитиване и контролне групе у учестаности појављивања АСП-а како 2х тако и 14 дана након побачаја трудноће. Добијено је и да постоје статистички значајне разлике између наведених група, у учесталости појављивања ПТСП-а 2 сата након побачаја, док разлике нису постојале након 14 дана. Када је у питању појава АСП-а у испитиваној групи, добили смо да је значајно статистички већи број испитаница испољио знаке акутног стресног поремећаја 2 сата након побачаја у односу на другу контролу, што се подудара са резултатима добијеним и у контролној групи. Помоћу скале за процену нивоа благостања у периоду туговања добили смо да постоји статистички значајна разлика између испитиване и контролне групе 2х, али и након 14 дана након побачаја. Истраживањем смо утврдили да код великог броја пацијенткиња које су имале побачај жељене трудноће доминирају негативна осећања и 14 дана након побачаја, док је у истом период у свега 21,52% случајева дошло до појаве акутног стресног поремећаја. Када је у питању посттрауматски стресни поремећај, појава овог поремећаја је занемарљива обзиром да се ПТСП јавио у свега 2,53% случајева, 14 дана након побачаја жељене трудноће. Од веома великог значаја је то да здравствени радници који су у контакту са пацијенткињама код којих се планира прекид жељена трудноће из индикација, већ приликом прве посете спроведу процену њеног психичког стања, како би правовремено и на најбољи начин били подршка, када је то од пресудног значаја за заустављање даљег развоја стресног поремећаја.</p>
Датум прихватања теме од стране надлежног већа:	23.11.2016.године
Датум одбране: (Попуњава одговарајућа служба)	

<p>Чланови комисије: (титула, име, презиме, звање, институција)</p>	<p>Председник: Проф. др Ђорђе Петровић, ванредни професор, Клинички центар Војводине, Клиника за гинекологију и акушерство, Нови Сад Медицински факултет Нови Сад, Универзитет у Новом Саду</p> <p>Члан: Проф. др Марија Зотовић-Костић, редовни професор, Филозофски факултет, Универзитет у Новом Саду</p> <p>Члан: Проф. др Драгана Милутиновић, редовни професор, Медицински факултет Нови Сад, Универзитет у Новом Саду</p> <p>Члан: Проф. др Зорица Грујић, редовни професор, Клинички центар Војводине, Клиника за гинекологију и акушерство, Нови Сад Медицински факултет Нови Сад, Универзитет у Новом Саду</p> <p>Члан: Проф. др Горан Маленковић, ванредни професор, Институт за онкологију Војводине, Клиника за оперативну онкологију Медицински факултет Нови Сад, Универзитет у Новом Саду</p>
<p>Напомена:</p>	

KEY WORD DOCUMENTATION

Document type:	Doctoral dissertation
Author:	Sladjana koledin
Supervisor (title, first name, last name, position, institution)	1. Ljiljana Mladenović-Segedi, Associate Professor Clinical Center of Vojvodina, Clinic for Gynaecology and Obstetrics University of Novi Sad, Faculty of Medicine Novi Sad, Novi Sad 2. Artur Bjelica, Full Professor Clinical Center of Vojvodina, Clinic for Gynaecology and Obstetrics University of Novi Sad, Faculty of Medicine Novi Sad, Novi Sad Association of Centers for Interdisciplinary and Multidisciplinary Studies and Research (ACIMSI) - Center for Gender Studies, University of Novi Sad
Thesis title:	Termination of desired pregnancy as a risk factor for the development of acute stress disorder
Language of text (script):	Serbian language - latin script
Physical description:	Pages: 126 Chapters: 9 References: 170 Tables: 76 Graphs: 14 Appendices: 5
Scientific field:	Medicine
Scientific subfield (scientific discipline):	Clinical medicine, Health care
Subject, Key words:	Abortion, Spontaneous; Abortion, Induced; Stress, Psychological; Sadness; Stress Disorders, Traumatic, Acute; Stress Disorders, Post-Traumatic; Surveys and Questionnaires
Abstract in English language:	<p>Termination of desired pregnancy represents an abrupt negative life experience, which can, to a greater or lesser extent negatively influence a woman's physical and psychological health. All the previously mentioned presents a potential stressor or a traumatic event.</p> <p>Experiencing such a stressful event, a women is undergoing not only physical but psychological pain as well. Stress is the body's response through adaptive system activation caused by a stressor which is of such reaction intensity that it exceeds the basic level of functioning. Acute stress disorder (ASD) develops straight after a traumatic event and lasts from 3 days to a month. Consequently, it significantly disrupts or worsens the normal functioning of a person.</p> <p>In case the symptoms persist even beyond a month after the traumatic event, these can lead to the development of posttraumatic stress disorder (PTSD) which can represent delayed or extended reaction to a stressor. The main objectives of this research have been to question the occurrence of ASD and PTSD in women after the termination of desired pregnancy. The research was conducted in the form of a prospective study during three visits by direct</p>

	<p>anonymous questionnaires of patients who have come to the Department of Obstetrics and Gynecology of the Clinical Center of Vojvodina in Novi Sad to terminate their pregnancy.</p> <p>Four specially designed questionnaires were used for this testing. Respondents were largely divided into two groups, study group comprising of 79 women who had spontaneous abortion of a wanted pregnancy and deliberate abortion of wanted pregnancies due to health indications as well as a control group which comprised of 81 respondent who have come for the abortion of unwanted pregnancy. Average age in both groups was around 31year old. Most of the respondents in both test groups were of secondary education, unemployed, married with one child and had not had a previous abortion. Using the current mood scale two hours after the termination of wanted pregnancies indicated that during the first doctor’s appointment patients experienced predominately negative feelings, whereas the patients from the other group more commonly expressed positive feelings. At the second doctor’s appointment, positive mood was dominant in both groups of respondents, but it was statistically speaking significantly higher in the control group. Pearson’s chi-squared test showed that there are statistically significant differences between the study and the control group in the frequency of occurrence of ADS both 2 hours and 14 days after the pregnancy termination. What was shown is that there are statistically significant differences between the aforementioned groups when it came to the occurrence of PTST 2 hours after the abortion, whereas there were no differences after 14 days.</p> <p>When it comes to the occurrence of ADS within the study group, it was shown that there was a statistically higher number of respondents who showed acute stress symptoms 2 hours after the abortion when compared to the control group, which coincided with the results attained in the control group. With the help of the current mood scale in the grievance period it was proved that there was statistically significant difference between the study and the control group 2 hours after the termination but also after 14 days. The research has further confirmed that in large number of patients who had a termination of a wanted pregnancy negative feelings were prevalent even after 14 days after the termination whereas in the same time period in merely 21.52% of cases acute stress disorder occurred. When it comes to posttraumatic stress disorder, the occurrence of this disorder is negligible considering that the PTST appeared in only 2.53% of cases, 14 days after the termination of desired pregnancy. It is of great significance that health workers at the very first appointment, with patients who have a planned termination of desired pregnancy, conduct a mental state assessment so as to be able to provide appropriate support in the best and timely manner at the moment when it is of crucial importance for preventing the further development of the stress disorder development.</p>
Accepted on Scientific Board on:	23.11.2016.
Defended:	
Thesis Defend Board: (title, first name, last name, position, institution)	<p>President: Dorđe Petrović, Associate Professor, Clinical Center of Vojvodina, Clinic for Gynaecology and Obstetrics. University of Novi Sad, Faculty of Medicine Novi Sad.</p> <p>Member: Marija Zotović-Kostić, Full Professor, University of Novi Sad, Department of Psychology</p>

	<p>Member: Dragana Milutinović, Full Professor, University of Novi Sad, Faculty of Medicine, Novi Sad.</p> <p>Member: Zorica Grujić, Full Professor, Clinical Center of Vojvodina, Clinic for Gynaecology and Obstetrics University of Novi Sad, Faculty of Medicine, Novi Sad.</p> <p>Member: Goran Malenković, Associate Professor, University of Novi Sad, Faculty of Medicine Novi Sad. Oncology Institute of Vojvodina, Clinic for Oncological Surgery.</p>
Note:	

SADRŽAJ

Ključna dokumentacijska informacija	3
Key word documentation	6
Sadržaj	9
1.UVOD	10
1.1. Trudnoća	10
1.2. Neželjena trudnoća	11
1.3. Pobačaj	13
Spontani prekid trudnoće- abortus spontaneus	13
Etiologija I faktori rizika za nastanak spontanog pobačaja	14
Klasifikacija spontanog pobačaja	15
Namerni prekid trudnoće	17
Indikacije za prekid trudnoće	17
1.4. Psihološki aspekti pobačaja	19
Pobačaj kao stresogeni faktor	21
1.5. Akutni stresni poremećaj nakon prekida trudnoće	31
2.CILJEVI	35
3.HIPOTEZE	36
4. MATERIJAL I METODE	37
5. REZULTATI	41
6.DISKUSIJA	84
7.ZAKLJUČAK	97
8.LITERATURA	100
9.PRILOG	115
9.1 Tekst informisanog pristanka	115
9.2 Obrazac pristanka pacijenta	117
9.3 Upitnik broj 1. – Demografski podaci	119
9.4 Upitnik broj 2. –Skala trenutnog raspoloženja	122
9.5 Upitnik broj 3. – Skala akutne reakcije na stres	124
9.6 Upitnik broj 4. – Skala za procenu nivoa blagostanja u period tugovanja	126

1.UVOD

1.1. Trudnoća

Trudnoća je poseban period u životu žene. Stereotipno posmatrano, trudnoća se može predstaviti kao srećno i radosno vreme u životu, kada majka i njen partner očekuju dete koje su želeli i planirali da imaju i pri tome oba partnera su dobro pripremljena da vole i neguju dete nakon porođaja. Činjenica je, međutim, da je danas trudnoća za mnoge žene iskustvo koje karakteriše nedostatak adekvatnih kako socio-ekonomskih tako i psiho-socijalnih resursa, kao i prisustvo mnogih stresora kao što su posao i porodične odgovornosti i relacije, što sve zajedno trudnoću čini daleko manje idealnim stanjem (1).

U trudnoći se dešavaju brojne promene kako na genitalnim tako i na ekstragenitalnim organima žene. Mehanizmi nastanka ovih promena jasno su definisani i slični su kod skoro svih trudnica (2). Međutim, pored ovih promena trudnoća je praćena i promenama na psihološkom i socijalnom planu.

Svaka trudnoća, a posebno prva je snažan psihološki doživljaj. Tokom trudnoće menja se slika tela žene i njena seksualnost. Međutim, sa trudnoćom dolazi i niz specifičnih strahovanja vezanih za tok i ishod trudnoće, što ženu čini posebno vulnerabilnom i zahteva adekvatnu obradu, koja zavisi od adaptivnih sposobnosti njene ličnosti. Na adaptabilnost utiče i ženin stil života, status koji zauzima u svom okruženju, njeno zdravstveno stanje, da li je njen partner uključen u trudnoću, dostupnost socijalne podrške, kao i brojni drugi faktori (3). Tako da možemo reći da je psihološka adaptacija na trudnoću jedinstvena za svaku ženu (1).

Trudnoća se može posmatrati i kao kriza sazrevanja koja može biti okarakterisana fazama regresije, slabosti mentalnih odbrambenih snaga, transformacijom slike o sebi i eventualnim konfliktom sa sopstvenom ženstvenošću. Takve trudnoće se nazivaju „psihološki rizične” trudnoće i obično se komplikuju sa somatskim simptomima kao što su intenzivna mučnina i povraćanje, ali vrlo često i sa indukovanom hipertenzijom, pobačajem i prevremenim porođajem (3).

1.2 Neželjena trudnoća

Pod pojmom “neželjena trudnoća” smatra se svaka trudnoća koja je nastala u neadekvatno i pogrešno vreme, koja nije željena i planirana. Milioni žena i devojaka širom sveta svake godine dožive neželjenu trudnoću (4). Svaka peta trudnica ima abortus. Ovo je prilično značajan faktor. Pri tome, daleko veći broj abortusa imamo u zemljama u razvoju u poređenju sa razvijenim zemljama (5).

Sa dugoročnim globalnim smanjenjem željene veličine porodice i promenama u godinama života u kojima ljudi žele da zasnuju porodicu, sve je veći period u životu žene u kojem ona pokušava da izbegne neželjenu trudnoću. Zahvaljujući sve više dostupnim metodama kontracepcije, poboljšanim pristupom i uslugama za unapređenje seksualnog i reproduktivnog zdravlja, broj neželjenih trudnoća u svetu je opao u odnosu na period 1990-1994. Međutim, zbog nesavršenosti postojećih metoda kontracepcije (ne pružaju 100% zaštitu od neželjene trudnoće), zbog postojanja žena koje ne žele ili ne mogu da koriste ove metode kao i zbog toga što iako je trudnoća planirana neće moći da se nastavi iz različitih razloga, prekid trudnoće je i dalje aktuelan svuda u svetu (6-8).

Međutim, napredak nije svuda jednak. Gotovo tri puta je veća verovatnoća da će se žene u najsiromašnijim zemljama suočiti sa neželjenom trudnoćom od onih u najbogatijim zemljama, otkrivajući velike i trajne nejednakosti u pristupu seksualnoj i reproduktivnoj zdravstvenoj zaštiti. Pobačaji se dešavaju u svim zemljama, čak i u onim sa restriktivnim zakonima o abortusu. Zapravo, tokom poslednje tri decenije, udeo neželjene trudnoće koja se završava abortusom povećao se u zemljama u kojima postoje veća zakonska ograničenja i gde je možda teže pristupiti sigurnoj i odgovarajućoj kontracepciji (6-8).

Novija studija pokazuje da se više od polovine neželjenih trudnoća (61%) završava abortusom, dok se 39% žena ipak odluči za rađanje iz različitih razloga. Istraživanja su pokazala da su ove žene nakon porođaja pod većim rizikom za nastanak postpartalne depresije (4, 9).

Iako se radi o neželjenoj trudnoći, odluku o njenom prekidu nikada nije lako doneti. Smatra se da je za ženu odluka da prekine trudnoću mnogo teža i komplikovanija, nego odluka da nikada nema dece (10).

Neretko se dešava da žene imaju ambivalentno mišljenje u vezi sa trudnoćom i abortusom. U većini slučajeva, ne smatraju trudnoću kao opasnost, štaviše imaju pozitivna osećanja u vezi sa njom. Međutim, brojni su problemi, strahovi i nedoumice koji navode ženu da donese odluku i prekine trudnoću, kao na primer: osećaj straha od neuspeha u roditeljstvu, gubitak slobode, stres, finansijske poteškoće usled povećanih rashoda, pritisak i nasilje od strane supružnika i porodice, želja za završavanjem fakulteta, napredovanjem u karijeri, nedostatak podrške od strane zajednice i dr. Brojni su razlozi prekida trudnoće, a smatra se da su ekonomski i socijalni razlozi najčešći, jer su od najvećeg značaja za egzistenciju (10-12).

Poslednjih decenija, prekid neželjene trudnoće (abortus) se sprovodi legalno u većini zemalja. Sprovedena su brojna istraživanja koja su se bavila fizičkim i emocionalnim uticajem abortusa na zdravlje žene, ali i na okolnosti koje su podstakle ženu na ovaj korak. Neka istraživanja u čijoj je osnovi bila politička platforma, došli su do zaključka da pružanje informacija i savetovanje pred abortus nije potrebno jer ženama ne donosi benefit (13). Ono što veoma zabrinjava jeste odnos između ambivalentnosti i mogućeg razvoja psiholoških problema nakon pobačaja (14).

Da bi imale sveobuhvatniju sliku o abortusu, ali i o periodu nakon njega, ženama su potrebne što preciznije i detaljnije informacije kako bi same procenile koliko je abortus siguran i kako bi donele odluku o njegovom sprovođenju. Većina žena koje se odluče na abortus to čine iz razloga što trenutno doživljavaju veoma neprijatne situacije u životu, a vezane su za nezaposlenost ili gubitak posla, samim tim nisu u mogućnosti iz finansijskih razloga da izdržavaju buduće dete (14).

Zdravstveni radnici treba da sagledaju mnogo širu sliku i da dobiju što više informacija vezanih za razloge prekida trudnoće, jer bi na taj način eventualno mogli da spreče nastanak fizičkih, emocionalnih, ali i socijalnih problema (15).

Socijalna pomoć je takođe od velikog značaja, kada je u pitanju neočekivana i neplanirana trudnoća, posebno kada je žena neodlučna i kada joj je potrebna pomoć i podrška u odluci.

Kada je u pitanju neočekivana i neplanirana trudnoća, pomoć društva je od veoma velikog značaja, posebno kada je žena neodlučna i kada joj je potrebna pomoć i podrška u odluci. Posebnu pažnju treba posvetiti ženama koje se na prekid trudnoće odlučuju nakon dijagnostikovane malformacije ploda ili utvrđene genetske promene, jer postoji veliki rizik za nastanak emocionalnih problema koji su vezani za gubitak bebe, a ne za njenu egzistenciju i njeno zdravlje (16).

1.3. Pobačaj

Prema biološkoj definiciji, pobačaj je prekid trudnoće (ekspulzija koncepta) koji je nastao pre nego što je plod sposoban za vanmaterični život (2).

Istraživanja su pokazala da će jedna od pet trudnoća, odnosno 12-24% svih potvrđenih trudnoća završiti spontanom pobačajem i to najčešće u prvom trimestru trudnoće (2). Smatra se da je u zemljama u razvoju, povećan rizik od pobačaja u odnosu na razvijene zemlje (6-8). Prekid trudnoće, pre nego što je plod postao sposoban za vanmaterični život, može biti spontani i namerni odnosno indukovani.

Spontani pobačaj može predstavljati šok za majku ukoliko je iznenađan i neočekivan (5,6).

Indukovani pobačaj je onaj koji se radi u „terapijske svrhe”. Obično je planiran – elektivan, što daje vremena da se trudnica mentalno pripremi za prekid trudnoće i promene koje on sa sobom nosi (32). Kod oba tipa pobačaja, majka može osećati krivicu ili okrivljavati sebe, pretpostavljajući da je njen sopstveni postupak/zanemarivanje uzrok pobačaja (5, 6).

Spontani prekid trudnoće –abortus spontaneus

Prema definiciji Svetske zdravstvene organizacije, spontani pobačaj predstavlja spontani prekid trudnoće pre 20. nedelje gestacije, odnosno rađanje živog ili mrtvog ploda telesne mase manje od 500 grama, odnosno telesne dužine manje od 25 cm (2).

Incidencija spontanih pobačaja kreće se od 10-25% svih klinički dijagnostikovanih trudnoća, mada se smatra da je incidencija spontanih pobačaja daleko veća, oko 50-60%, ako se

uzmu u obzir sve biohemijski dijagnostikovane trudnoće. Rizik od nastanka spontanog pobačaja raste posle svakog spontanog pobačaja i to, posle dva uzastopna spontana pobačaja na 20%, a posle tri uzastopna spontana pobačaja na 25-45% (2, 17, 18).

Prosečna prevalenca spontanog pobačaja iznosi 15-27% kod žena starosti od 25 do 29 godina. Nakon 30. godine života naglo se povećava verovatnoća nastanka spontanog pobačaja, odnosno 53% kod žena starijih od 45 godina, pri čemu je rizik veći ukoliko je žena već ranije imala jedan ili više spontanih pobačaja (19).

Etiologija i faktori rizika za nastanak spontanog pobačaja

Najčešći uzroci nastanka spontanog pobačaja su:

- **hromozomske aberacije** - Oko 60-80% svih pobačaja u prvom trimestru trudnoće i oko 20% svih pobačaja drugog trimestra, nastaju kao posledica hromozomskih anomalija. Trizomija autozomalnih hromozoma je najčešća hromozomska anomalija i uzrok je do 50% svih spontanih pobačaja. Trizomija 16. para hromozoma kao i trizomija 22. para hromozoma ima uvek letalni ishod, dok se kod trizomije 21. para hromozoma intrauterina smrt ploda očekuje kod oko 50% trudnoća nakon 20. nedelje gestacije. Anomalije polnih hromozoma takođe su čest uzrok spontanih pobačaja. Monozomija X polnog hromozoma (45, XO, Turnerov sindrom) nalazi se kod oko 18% spontanih pobačaja, a često se može naći i Klinefelterov sindrom (47, XXY). Triploidija se nalazi u čak 75% spontanih pobačaja, a tetraploidija u oko 20% (2, 20).
- **endokrino-metabolički poremećaji** vezani su za majku - šećerna bolest, bolesti štitne žlezde, hiperprolaktinemija, neadekvatna lutealna faza (insuficijencija žutog tela) (2, 21).
- **imunološki poremećaji** – od 8-14% žena sa spontanim pobačajima ima pozitivna antifosfolipidna autoantitela (lupus antikoagulans ili kardiolipinska antitela). Lupus antikoagulans antitela ima i oko 25% žena koje boluju od Sistemskog lupusa eritematosusa (SLE). Žene sa SLE imaju rizik od spontanog pobačaja 25-30% (2, 22, 23).
- **anatomski poremećaji** - kongenitalne malformacije materice (septum materice, dvoroga materica), submukozni miomi, intrauterine priraslice, insuficijencija unutrašnjeg materičnog ušća (24).

- **infekcije genitalnih organa** – posle genetskih faktora, infekcije genitalnih organa su najčešći uzroci nastanka spontanog pobačaja. Infekcija se najčešće širi iz donjeg genitalnog trakta (vagine) i zahvata matericu i jajovode. Kao uzročnici spontanog pobačaja najčešće se spominju bakterije: Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum, Lysteria monocytogenes, Brucella, a od virusa: Cytomegalovirus (CMV) i Herpes Simplex Virus (HSV) (2, 25).
- **navike i stil života** - pušenje, korišćenje droge, prekomerno unošenje kofeina, malnutricija, izloženost zračenju ili toksičnim supstancama i dr. mogu biti uzročnici spontanog pobačaja (26).
- **godine života** - Starenje je značajan faktor rizika za nastanak spontanog pobačaja, i to:
 - Kod žena do 35 godina starosti, rizik iznosi oko 15%
 - Kod žena između 35-45 godina starosti, rizik iznosi oko 20-35%
 - Kod žena starijih od 45 godina, rizik iznosi oko 50% (19).

Klasifikacija spontanih pobačaja

Na osnovu kliničke slike, spontani prekidi trudnoće se klasifikuju na sledeći način:

1. *Preteći spontani pobačaj (Abortus imminens)*
2. *Započeti spontani pobačaj (Abortus incipiens)*
3. *Pobačaj u toku (Abortus in tractu)*
4. *Inkompletan pobačaj (Abortus incompletus)*
5. *Kompletan pobačaj (Abortus completus)*
6. *Izostali pobačaj (Missed abortion)*
7. *Septički pobačaj (Abortus spontaneus septicus)*
8. *Habitualni pobačaj (Abortus habitualis)*
9. *Anembrionska trudnoća (Blighted ovum)*
10. *Nestajući blizanac (Vanishing twin)* (2, 27).

1. **Preteći spontani pobačaj (*abortus imminens*)** - u prvoj polovini trudnoće, pojava krvarenja i bolova predstavljaju predznake pretećeg pobačaja. Preteći pobačaj u kliničkoj praksi je relativno čest. Oko 25% svih trudnica u prvim mesecima trudnoće ima količinski minimalno (oskudno) krvarenje, a od tog broja, polovina trudnica zaista i pobaci.
2. **Započeti spontani pobačaj (*abortus incipiens*)** – započeti spontani pobačaj karakteriše krvarenje koje je praćeno bolovima u donjem delu trbuha uz moguće skraćenje grlića materice kao i dilatacijom unutrašnjeg materičnog ušća.
3. **Pobačaj u toku (*Abortus in tractu*)** - U slučaju kada se javi krvarenje koje je obilnije, bolovi u donjem delu trbuha, skraćen i dilatiran grlič materice i kada se vidi ovularno tkivo i delovi ploda u kanalu materice, tada govorimo o pobačaju koji je u toku.
4. **Inkompletan pobačaj (*Abortus incompletus*)** - u slučaju da dođe do inkompletnog pobačaja kao znaci će se javiti: krvarenje, bolovi u donjem delu trbuha, skraćen i dilatiran grlič materice. Ultrazvučnim pregledom u materici se vidi zaostalo ovularno tkivo, ali nema ploda u materičnoj šupljini.
5. **Kompletan pobačaj (*Abortus completus*)** - kod kompletnog pobačaja, dolazi do potpunog izbacivanja zametka iz materične šupljine.
6. **Izostali pobačaj (engl. *Missed abortion*)** – podrazumeva prestanak srčane akcije ploda, ali da nije došlo do njegove ekspulzije iz materice. Neretko je asimptomatski i otkriva se na redovnom ultrazvučnom pregledu.
7. **Septični pobačaj (*Abortus spontaneus septicus*)** - retko, spontani pobačaj može biti komplikovan infekcijom, kada se pored krvarenja i bolova u donjem delu trbuha javlja i povišena telesna temperatura. Infekcija obično počinje u materici i može dalje da se širi na okolne organe i vezivno tkivo male karlice dovodeći do nastanka pelveoperitonitisa, peritonitisa ili sepse. U teškim slučajevima može doći i do razvoja endotoksičnog šoka i diseminovane intravaskularne koagulacije (DIC-a).
8. **Habitualni pobačaj (*Abortus habitualis*)** - pod habitualnim pobačajem podrazumevamo sponatni pobačaj koji se u prvom trimestru dešava 3 ili više puta za redom (2, 28). Incidenca habitualnih pobačaja iznosi oko 0,5%. Verovatnoća da će trudnoća, nakon tri uzastopna spontana pobačaja, biti uspešna iznosi 40-50%. Ukoliko je postojala barem jedna uspešna

trudnoća pre tri uzastopna spontana pobačaja, verovatnoća rađanja živog deteta iznosi 70 % (17-19).

9. **Anembrionska trudnoća (*Blighted ovum*)** - anembrionska trudnoća se javlja kada nakon implantacije oplođene jajne ćelije izostane razvoj ploda. Obično se ultrazvučnim pregledom konstatuje prisustvo gestacijskog meška sa/bez žumančane kesice, ali bez vidljivog eha ploda.
10. **Nestajući blizanac (*Vanishing twin*)** - nakon ultrazvučnog pregleda, kada je ustanovljena blizanačka trudnoća, može doći do smrti i resorpcije jednog fetusa uz normalan razvoj drugog ploda. U ovakvoj situaciji dolazi do pojave krvarenja koje je najčešće praćeno bolovima u donjem delu trbuha (2, 27).

Namerni prekid trudnoće

Zakon o postupku prekida trudnoće u zdravstvenim ustanovama navodi da se abortus tj. namerni prekid trudnoće u Republici Srbiji može izvršiti na zahtev trudne žene i to do navršene 10. nedelje trudnoće (računajući od 1. dana poslednje menstruacije tj period amenoreje do 70 dana, odnosno na ultrazvuku (UZ) dužina emdbriona ili CRL do 30 mm) (29). Za obavljanje prekida trudnoće potrebno je utvrditi starost trudnoće, a od dokumentacije je potreba lična karta. Devojke starosti 16-18 godina koje imaju ličnu kartu, mogu na sopstveni zahtev da zatraže prekid trudnoće, bez potpisa roditelja. Devojke mlađe od 18 godina koje nemaju ličnu kartu, žene lišene poslovne i pravne sposobnosti, moraju priložiti i saglasnost roditelja ili staratelja.

Indikacije za prekid trudnoće mogu biti medicinske, eugeničke i moralno-pravne.

Medicinske indikacije

- Relativne medicinske indikacije odnose se na zdravstveno stanje trudnice (prisustvo neke bolesti) zbog kojeg bi trudnoća ili porođaj mogli da ugroze zdravlje žene.
- Apsolutne medicinske indikacije postoje kada aktuelna trudnoća neposredno ugrožava život već bolesne žene (teška srčana, plućna, bubrežna, maligna, sistemska i druga oboljenja) (29, 30).

Eugeničke indikacije

- mogućnost rađanja deteta sa teškim telesnim ili duševnim nedostacima (viđene malformacije na ultrazvuku, hromozomopatije dokazane amniocentezom ili biopsijom horionskih čupica, kao i stanja u kojima bi moglo doći do malformacija ploda, jer je trudnica u toku trudnoće bila izložena različitim štetnim, potencijalno teratogenim dejstvima (infekcije, lekovi, hemijska noksna, RTG zračenja, itd.) (29, 30).

Moralno-pravne indikacije

- silovanje, incest, zloupotreba položaja, obljuba nad maloletnim i nemoćnim licem i rodoskrnavljenje (29, 30). Ovo je najređi slučaj prekida trudnoće, jer da bi bio odobren od strane Etičke komisije, neophodno je da postoji pravosnažna sudska odluka kojom je utvrđeno postojanje krivičnog dela, što je veoma često neizvodljivo, jer ovi procesi veoma dugo traju.

Prekid trudnoće starije od 10 nedelje gestacije dozvoljen je ukoliko postoje neki od prethodno navedenih indikacija (29, 30). Žena se sa molbom i potrebnom dokumentacijom obraća:

- konzilijumu lekara ustanove (3 ginekologa i 3 rezervna člana) ukoliko je trudnoća starosti 10. do 20. nedelja gestacije.
- Etičkom odboru zdravstvene ustanove (5 članova i 5 zamenika) ukoliko je trudnoća starosti preko 20. gestacijskih nedelja (2, 31).

U slučaju kada lekar, kome se pacijentkinja obratila sa zahtevom za prekid trudnoće, iz moralnih ili verskih uverenja ne radi ovakav vid intervencije, ima potpuno pravo da se pozove na prigovor savesti, te je dužan da pacijentkinju uputi drugom lekaru ili je pošalje u drugu ustanovu koja obavlja tu vrstu zdravstvene usluge (29).

Pacijentkinja koja na lični zahtev prekida trudnoću ima pravo na potpunu diskreciju i poverljivost podataka, te je neophodno objasniti da formular za prijavu prekida trudnoće neće narušiti tajnost podataka, te da ova dokumentacija ima karakter lekarske tajne i čuva se u posebnoj arhivi zdravstvene ustanove (31, 32).

Informacija koje ukazuje da postoji problem u razvoju ploda, veoma je stresna za svakog budućeg roditelja. Svaka izrečena informacija mora da bude detaljno objašnjena kako bi se na što bolji način pojasnila težina stanja ploda, a samim tim i eventualno razmatranje opcije prekida trudnoće. Prihvatanje ovakve dijagnoze je veoma teško kako za ženu tako i za njenog partnera, jer se sa pobačajem prekidaju njihove nade i očekivanja. Svest da se fetus potpuno razvio, povećava povezanost, samim tim i želja za nastavkom trudnoće, što mogu biti razlozi za nastanak ozbiljnih psiholoških problema nakon kasnih abortusa (5, 33).

Kada se parovi suoče sa istinom da plod ima anomaliju koja je inkompatibilna sa životom, sledi odluka da li prekinuti trudnoću ili ne. Neki autori kažu da je ovaj period veoma dramatičan za parove i da može doći do nesuglasica, patnje, tuge, kao i osećaja krivice (34).

Period koji predstoji je posebno težak i stresan za ženu, jer sledi vreme čekanja pobačaja, potpisivanje pristanka za intervenciju, trenutak pobačaja i oproštaj od bebe jer je neće izneti u svom naručju. Sve ovo može dovesti do dugoročnih psiholoških posledica za ženu, ali i za njenu porodicu (35, 36).

1.4. Psihološki aspekti pobačaja

Pobačaj željene trudnoće, predstavlja negativno, iznenadno i neočekivano iskustvo na koje žena nije pripremljena. Ona u manjoj ili većoj meri može negativno da utiče na fizičko i psihičko zdravlje žene čime predstavlja potencijalni stresogeni ili traumatski događaj (37, 38). Tokom pobačaja žena preživljava ne samo fizički nego i psihički bol (38).

Nakon pobačaja, dolazi do bure emocija, koje dovode do naglih i drastičnih promena u ponašanju. Za neke žene, pobačaj je traumatičan događaj u životu i može se smatrati najbolnijim i najtežim oblikom žalosti koji može biti praćen lošim psihosocijalnim ishodom (39).

Tuga, kao odgovor na značajan gubitak, je afektivna, psihološka i fiziološka reakcija na gubitak voljene osobe. Istraživanja pokazuju da su reakcije tugovanja izražene nakon pobačaja, sličane bilo kom drugom obliku gubitka (40). Kersting i Vagner (2013) sugerišu da tuga i distress prate sličan obrazac u smislu intenziteta i trajanja nakon gubitka trudnoće, u poređenju sa drugim

tipovima gubitka (41). Nasuprot tome, Bhat i Biatt (2016) navode da se teži oblici tugovanja nakon perinatalnog gubitka značajno češće sreću u odnosu na druge vrste gubitka u životu (42).

Istraživanja su pokazala da se visok nivo depresije i anksioznosti javlja i kod žena i kod muškarca ne samo neposredno nakon pobačaja već i do 12 meseci nakon gubitka (43, 44).

U slučajevima kada je nejednaka psihološka reakcija partnera na spontani pobačaj, tada dolazi do češćih bračnih nesuglasica što može dovesti do negativnog ishoda braka (45). Ovo ukazuje na važnost razumevanja psihološkog morbiditeta kod parova nakon pobačaja, posebno tokom prvih meseci nakon gubitka (46).

U periodu burnih i pomešanih emocija, naglih promena ponašanja i raspoloženja, može doći do nastanka ponovne trudnoće koja je jedna od rešenja za ublažavanje novonastalih emotivnih promena. Kod većine žena (50-60%) javlja se trudnoća već u toku prve godine od spontanog pobačaja (47). Međutim, ukoliko žena ima problema sa začećem, pobačaj može da dovede do brojnih, veoma dramatičnih psiholoških problema (48).

Neplodnost i perinatalni gubitak su česti i povezani su sa nižim kvalitetom života, razvodom braka, komplikovanom tugom, velikim depresivnim poremećajem, anksioznim poremećajima i posttraumatskim stresnim poremećajem. Mlade žene, kojima nedostaje socijalna podrška, koje su iskusile rekurentni spontani pobačaj ili traumu i/ili prethodnu psihijatrijsku bolest, pod većim su rizikom od psihijatrijskih bolesti ili simptoma nakon perinatalnog gubitka. Posebno je važno otkriti, proceniti i lečiti depresiju, anksioznost ili druge psihijatrijske simptome, jer perinatalni gubitak može biti uzrokovan ili produžen takvim stanjima. Skrining, psihoedukacija, obezbeđivanje resursa i preporuka, kao i prilika da se razgovara o njihovom gubitku i planu za buduće trudnoće, mogu olakšati rešavanje problema mentalnog zdravlja koji se javljaju kod žena sa spontanim pobačajem. Žene u riziku od pobačaja ili one koje trenutno imaju psihijatrijske probleme treba da dobiju sveobuhvatan plan lečenja koji uključuje sledeće: proaktivno kliničko praćenje, pristupe psihoterapiji zasnovane na dokazima i diskusiju o rizicima, koristima i alternative lečenja lekovima pre začeća i tokom trudnoće (42).

Iako je iskustvo abortusa relativno često, osećanje izolacije i krivice kod žena sa iskustvom pobačaja često ostanu nedovoljno uvažena od strane kako njenih odbrambenih mehanizama tako i od strane zdravstvenih radnika (49-51). Veoma često, zdravstveni radnici

se fokusiraju na fizičke aspekte pobačaja i tehniku rada, dok se zanemaruju emocionalne posledice pobačaja (52). Osećajnost, brižnost i nega žena koje su doživele prekid trudnoće, igra ključnu ulogu u njihovom dugoročnom emocionalnom oporavku.

Svaki naredni abortus psihološki je bolniji od prvog abortusa. Ponovljeni abortus utiče na samopoštovanje žene, njenu percepciju sebe kao uspešne, a takođe značajno utiča i na njen odnos sa drugim osobama. Želja za trudnoćom, ženina očekivanja koliko će imati dece, ako i podrška koju ima su najvažniji faktori koji određuju kakav će biti efekat pobačaja na psihičko zdravlje žene. Ponovljeni pobačaj može imati kumulativni efekat na različite aspekte života žene. Najčešće se pobačaj dovodi u vezu sa nastankom anksioznosti i depresije. U jednoj studiji 43-70% ispitanica sa spontanim pobačajem patilo je od simptoma depresije kao što su gubitak sna, apetita i telesne težine (41).

Pobačaj kao stresogeni faktor

Iako u ranoj trudnoći žena još uvek nije razvila direktnu vezu sa budućim detetom, psihička i emotivna reakcija na gubitak trudnoće slična je po intenzitetu reakciji na gubitak drage osobe u životu (53). Gubitak željene trudnoće za ženu predstavlja traumatičan događaj i značajan stresogeni faktor. Stres predstavlja reakciju organizma, putem uključivanja adaptacionih sistema, na stresni faktor koji ima takav intenzitet delovanja da prevazilazi osnovni nivo funkcionisanja (35). To je odgovor organizma na izlaganje stresnim faktorima, i on može izazvati različite psihopatološke manifestacije. U psihološkom smislu, stres i stresni faktori predstavljaju sve situacije koje nisu pod kontrolom osobe, koje osoba doživljava kao ekstremne i ne može da utiče na njih zbog čega se oseća slabo i bespomoćno. Organizam može da se adekvatno prilagodi na novonastale uslove i pozitivno odgovori na stres – ta reakcija se naziva eustres. Nekada može doći do neadekvatnog odgovora organizma i indukcije patoloških procesa i tada govorimo o distresu (35).

Čovek može da doživi kako fizičke, tako i psihičke faktore stresa (41).

Stres predstavlja reakciju na događaj u spoljašnjoj sredini, i to: aktivaciju intenzivnih osećanja (najčešće neprijatnih); i/ili skup karakterističnih telesnih reakcija (54, 55).

Transakcionističkim pristupom naglašava se da stres nije ni stanje organizma niti stanje spoljašnje sredine. Stres je proces i iz toga proizilaze sledeće komponente (41)

- a) određeni događaj ili situacija u spoljašnjoj sredini;
- b) karakteristična subjektivna procena događaja;
- c) izmene u psihološkom funkcionisanju;
- d) fiziološke promene i
- e) doživljaj celokupnog procesa (41)

Stresni događaj (Stresor) – Subjektivna procena nekog događaja gde su neophodni dodatni naponi ili adaptacija, naziva se stresni događaj, stresna situacija ili stresor (41, 55).

Subjektivna procena događaja – stresna životna situacija u kojoj se nađe osoba u jednom trenutku, ne mora biti isto toliko ili uopšte ne mora biti stresna za drugu osobu. Isto tako, osoba koja je doživela stresnu situaciju u jednom trenutku, ne mora da doživi istu reakcija u drugom trenutku (41, 55).

Psihološke promene – usled pojave stresa, organizam doživljava razne fiziološke reakcije. Emocionalne reakcije koje su karakteristične usled pojave stresa jesu anksioznost, tuga, bes, a ujedno se mogu javiti stid, krivica i prezasićenost (41, 55).

Fiziološke promene –sa pojavom stresa, javljaju se uobičajene negativne reakcije. Ipak, nekada na stres može da se javi pozitivna reakcija, zbog čega je ispravnije reći da pojava stresa izaziva aktivirajući efekat (56).

Doživljaj celokupnog procesa – kada je u pitanju lični doživljaj, postavlja se pitanje: Da li osoba na stres prvo odreaguje pojavom emocija, pa onda nakon racionalizacije situacije nađe opravdanje za svoje emocije ili je svesna opasnosti pa se usled toga javljaju emocije (56)?

Na oba pitanja može potvrdno da se odgovori, što znači da postoje situacije koje već u prvi mah izazivaju buru emocija, a u drugom slučaju se može desiti da se emocije ne pojave dok osoba ne spozna pretnju u datoj situaciji (57).

Pored neprijatnih događaja kao što su: smrt bližnje osobe, prekid trudnoće, uvrede, pretnje, čovek može da doživi i stres zbog prijatnih događaja kao što su: saznanje o pojavi trudnoće, iznenadni i neočekivani novčani dobitak, unapređenje na poslovnom planu i dr.

Svaka individua drugačije reaguje i doživljava stresne situacije, a ujedno može i varirati kod individue u toku života. Ovakve situacije dovode do osećaja bespomoćnosti i slabosti. Strah je osnovna emocija koja se javlja prilikom dejstva stresogenih faktora (57).

Kao pokazatelji uobičajenog tugovanja i žaljenja jesu: gubitak daha, snažan bol i stezanje u grudima, suvoća usta, malaksalost i vrtoglavica (58).

Za razliku od uobičajenog, postoji mogućnost javljanja poremećenog tugovanja i žaljenja, što znači da osoba koja je doživela stres nije sposobna da vodi svakodnevni život i nije u mogućnosti da zaokruži proces tugovanja i žalosti (58).

Kakav će biti emocionalni odgovor na traumatične događaje zavisi od individualne specifične reaktivnosti i interpretativnosti.

Psihotraumatizovane osobe razvijaju odbrambene mehanizme kako bi se zaštitile od trauma, samim tim postaju razdražljive i preosetljive. Uspeh zaštićenosti od traume zavisi najpre od stepena razvijenosti ličnosti, ali i od njenog temperamenta (58).

Doživljavanje spontanog pobačaja može biti veoma teško. Ženi je potrebno mnogo više vremena za psihički nego za fizički oporavak. Nakon spontanog pobačaja žena prolazi kroz sve faze žaljenja, jer je ovaj gubitak u psihološkom smislu jednak svakom drugom gubitku (59). Nakon gubitka željene trudnoće, žene potiskuju bol koji osećaju i ne daju sebi pravo da tuguju, jer se svuda u svetu pa i kod nas minimalizuje značaj i težina ove vrste gubitka. Da bi što pre prihvatile i ubrzale period oporavka, potrebno je da dozvole sebi tugovanje zbog gubitka (59, 60).

Iako se trudnoća završila veoma rano, veza između majke i deteta je veoma jaka, pa taj prekid afektivnog odnosa može izazvati veliki broj burnih emocija. Najčešće su to neverica, krivica, bes, ljutnja i tuga. Ujedno može doći i do problema sa spavanjem, apetitom, pažnjom i koncentracijom.

Period tugovanja prolazi kroz nekoliko faza, a kako se ljudi međusobno razlikuju tako se razlikuju i njihova reagovanja (61).

Početna faza u period tugovanja nakon gubitka željene trudnoće manifestuje se u vidu šoka i potrebno je vreme da se informacija o gubitku obradi i na određen način prihvati. Često se mogu zapaziti pacijentkinje koje su nakon ove intervencije bez reakcije i veoma mirne.

Nakon ove faze sledi postepeno osvešćivanje pri čemu dolazi do straha i napetosti, a kao rezultat toga nastaju napadi panike, plača, histerije pa čak i gubitka svesti. Kod nekih žena, ali samo kao kratkotrajna faza može doći do pojave paradoksalne euforije. Razlog zbog koga dolazi do ove promene je osećaj oslobađanja od odgovornosti koju nosi rađanje i briga o detetu. Vremenom žene zbog takvih misli počinju da osećaju krivicu (62).

Ove snažne i veoma izražene emocije prekidaju neverica i poricanje istine, te žena ne želi da razmišlja o toj stresnoj situaciji i nastavlja da se bavi svakodnevnim aktivnostima. U određenim trenucima, pa čak i bez ikakvog povoda može doći do pojave besa i ljutnje. Žena oseća bes najpre prema sebi i svom telu, a potom i prema drugim ljudima iz okruženja (62).

Kako prolazi vreme, tako se smenjuju emocije, reakcije i sledi prihvatanje gubitka. Sa prihvatanjem javlja se osećaj bezvoljnosti, gubitka energije, potištenosti i evidentnog pada kvaliteta života. U toku ovog perioda ženi su potrebna podrška i ljubav njenih bližnjih kako bi prebrodila depresiju (62).

Kao poslednja faza tugovanja je faza reintegracije kada žena prihvata događaj koji se desio u bližoj prošlosti, ali bez burnog reagovanja i izraženih emocija. Postavlja sebi nove ciljeve i radne zadatke, ka kojima stremlji. Kao okidač za pojavu neke ponovne tuge i depresije može biti kontakt sa osobom koja je dobila bebu, ali ako je žena prošla sve faze tugovanja realno bi bilo da se veoma lako izbori i nastavi borbu i ispunjavanje drugih ciljeva (62).

U poslednje dve decenije sprovedena istraživanja su pokazala da je spontani pobačaj povezan sa brojnim psihološkim posledicama. Pobačaj željene trudnoće za ženu predstavlja stresnu situaciju i nakon spontanog pobačaja žene pate od osećaja krivice, depresije, anksioznosti i bola (63). Oko 20-55% žena nakon spontanog pobačaja ima izražene simptome depresije, dok oko 20-40% žena ima izraženu anksioznost (64-66). Ove reakcije mogu imati različit intenzitet i dužinu trajanja pri čemu se najveći broj žena oporavi bez ikakve profesionalne pomoći i posledica (67).

Štaviše, smatra se da izostanak ovih simptoma kao reakcije na stres povećava rizik za kasniji nastanak depresije kod žene. Oni predstavljaju akutnu reakciju na stres koja traje minimum dva dana do mesec dana od delovanja stresogenog faktora tj. spontanog pobačaja, a potom usled prilagođavanja oni nestaju (68).

Dosadašnje studije su pokazale da se kod oko 40 % žena ubrzo posle pobačaja javljaju simptomi tuge i žalosti jednaki po intenzitetu simptomima koji se javljaju kod žena koje su doživele smrt deteta. Takođe, kod 20-55% žena se nakon spontanog pobačaja razviju simptomi depresije, odnosno kod 20-40% žena se ubrzo posle pobačaja razvije anksioznost (56, 69).

Godine 1994. se u četvrtom izdanju „Dijagnostičkog i statističkog vodiča mentalnih poremećaja“ (Diagnostic and statistical manual for psychiatric disorders (DSM-IV), Američkog udruženja psihijatara, prvi put pojavljuje Akutni stresni poremećaj (ASP) kao samostalna dijagnostička kategorija, koja opisuje i klasifikuje simptome nastale u ranom post-traumatskom periodu. Izdvojen od posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP), u okviru grupe anksioznih poremećaja, postavljanje dijagnoze ASP je bilo značajno za identifikaciju osoba sa rizikom za razvoj PTSP (70).

Glavne karakteristike ovog poremećaja koje nastaju nakon prisustvovanja osobe nekom stresnom događaju, jeste upravo tačna vremenska povezanost između pojave stresa i pojave prvih simptoma. Poremećaji koji se javljaju obuhvataju pojavu anksioznih, disocijativnih i drugih simptoma. To podrazumeva da je osoba imala neopisiv strah, osećaj bespomoćnosti i užasnutosti, ali i više od tri sledeća simptoma: ravnodušnost, izostanak emocionalnog odgovora, ponovno proživljavanje traumatskog događaja, izbegavanje svega što može podstaći sećanja na nemio događaj, onesposobljenost funkcionisanja, povlačenje u sebe, poremećaj spavanja, nemogućnost kontrolisanja besa, očaj, preterana aktivnost, ali ni jedan simptom ne dominira dugo. Prvi simptomi se javljaju nakon nekoliko minuta od delovanja stresogenog faktora, gde osoba ostavlja sliku “zatečenosti” “zgranutosti” “šokiranosti”. Svi imaju sposobnost da izazovu iste vegetativno-endokrine odgovore kao i brojni drugi stresori. Ako se izvrši brzo uklanjanje iz stresne situacije, svaki simptom koji se javio traje najviše nekoliko sati. U slučaju kada postoji

produženi stres, kod osoba koje imaju izražene emocije i teško se bore sa stresnim stanjem, simptomi mogu da traju i do 72h (71).

ASP može da se ispolji od drugog dana pa sve do četvrte nedelje od stresnog događaja. U tom periodu osoba može da ima tahikardiju, preznojavanje, bledilo kože, mučninu i dr.

Ukoliko simptomi postaju intenzivniji i produži se period njihovog postojanja, postoji velika verovatnoća da je došlo do razvoja PTSP-a što bi trebalo diferencijalno dijagnostički ispitati.

Usledila su istraživanja koja su pokazala da nakon spontanog pobačaja željene trudnoće može doći do pojave Akutnog stresnog poremećaja kao i posttraumatskog stresnog poremećaja. Po nekim istraživanjima i namerni prekid trudnoće ima sličan efekat (72).

Petim izdanjem „Dijagnostičkog i kliničkog vodiča mentalnih poremećaja“, ASP se kao samostalna dijagnostička kategorija, svrstava u grupu poremećaja uzrokovanih stresom i traumom uz jasno definisane kriterijume za postavljanje dijagnoze ASP (73). Prema ovim kriterijumima, ASP se razvija neposredno, odmah nakon traumatičnog događaja i traje od 3 dana do mesec dana, značajno remeti ili pogoršava dotadašnje funkcionisanje osobe u socijalnoj, profesionalnoj ili nekoj drugoj oblasti života, a ne može se pripisati psihološkim efektima uzrokovanim lekovima ili drugim medicinskim stanjima. Karakteriše ga prisutno najmanje 9 simptoma iz bilo koje od 5 grupa simptoma: nametanje (ponavljanje i nametanje misli, sećanja i snova povezanih sa traumatskim događajem, disocijativno ponašanje, „flešbekovi“ u kojima osoba ima osećaj da se traumatski događaj vraća, intenzivni ili produženi psihološki distress ili upadljiva psihološka reakcija na stvari koje simbolizuju ili liče na traumatski događaj), negativno raspoloženje (uporna nesposobnost doživljavanja pozitivnih emocija), distanciranje (izmenjen osećaj realnosti u odnosu na okolinu i same sebe, gubitak sećanja na važne aspekte traumatskog događaja), izbegavanje (osoba ulaže napor da izbegne tužne misli, sećanja ili osećanja vezana za traumatski događaj, ili ulaže napor da izbegne stvari iz okoline koje je podećaju na traumatski događaj i izazivaju tužne misli, osećanja i sećanje na događaj), uzbuđenje (poremećaj sna, razdražljivost ili ispadi besa – na malu provokaciju ili bez nje koji se ispoljavaju kao verbalna ili fizička agresija prema ljudima ili predmetima, preterana budnost i oprez, problemi sa

koncentracijom). Klinička slika može biti različita. Kod nekih osoba mogu dominirati simptomi uzbuđenja dok kod drugih simptomi iz grupe distanciranja ili nametanja. Ukoliko navedeni simptomi (grupa simptoma) traju i posle mesec dana od traumatičnog događaja može doći do razvoja PTSP koji predstavlja odloženu ili produženu reakciju na stresni događaj, u konkretnom slučaju pobačaj, i zahteva adekvatno lečenje (73). Mnogi ljudi sa ASP-om razviju PTSP, ali isto tako neke osobe sa razvijenim PTSP-om nemaju ASP, što se češće događa kod onih sa odloženim PTSP-om.

Bovles i sar. su 2000. godine utvrdili da se kod 10% žena nakon spontanog prekida trudnoće razvije ASP, a da 1% žena razvije PTSP (68). Naredna istraživanja su pokazala da oko 15% žena tri nedelje nakon spontanog pobačaja razvije ASP, a PTSP razvije 25% žena nakon mesec dana, odnosno 7% žena nakon 4 meseca od pobačaja (74, 75). U svom istraživanju iz 2006. godine Bovles je utvrdio da je 38% žena ubrzo nakon spontanog pobačaja ispunilo kriterijume za ASP odnosno 39% žena mesec dana nakon spontanog pobačaja je ispunilo kriterijume za PTSP. Takođe je utvrdio da se ASP češće javlja kod žena kod kojih su viđene abnormalnosti u razvoju trudnoće, kod žena koje sebe krive i optužuju za pobačaj, kod žena koje su razvile osećaj vezanosti za plod kao i kod žena sa osećajem da su izgubile kontrolu nad svojim životom (76). Smatra se da je intenzitet tuge, bola ali i osećanja krivice, te nastanak akutnog stresnog poremećaja daleko viši kod žena sa prekidom željene trudnoće zbog anomalija ploda (67).

Stepen i dužina izloženosti stresu, kao i težina stresnog događaja utiču na posledice i ispoljavanje akutnog (ASP) odnosno posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP). Intenzitet i trajanje PTSP-a zavisi od brojnih faktora, između ostalih od: karakteristike stresnog događaja, karakteristike ličnosti, proživljenih trauma, ranije prisutnih psihičkih tegoba kao i od pomoći i socijalne podrške nakon događaja (67, 77).

Osobe koje su prošle kroz traumatično iskustvo kao što je pobačaj željene trudnoće, po McFarlane-u razvijaju intruzivne misli (77). Javljanjem intruzivnih misli, dolazi do akomodacionog procesa, nakon čega dolazi do prihvatanja i skladištenja traume u memoriji. U slučaju ne postojanja prihvatanja novonastale situacije, više nema mogućnosti akomodacije, već intruzivne misli dobijaju patološki karakter i vode ka senzitivizaciji. Prejako izražena senzitivizacija

dovodi do konstantnog i upornog vraćanja slike stresnog događaja, što dovodi do distresa, a kasnije i do bioloških poremećaja (77).

Vremenom, kod postojanja PTSP-a mogu se razviti brojne posledice od depresije preko upotrebe psihoaktivnih supstanci, primetna je disfunkcionalnost u privatnom i poslovnom okruženju, kao i suicidalne misli.

Studije koje su se bavile proučavanjem uticaja prekida trudnoće na pojavu PTSP-a, došle su do zaključka da je manja mogućnost pojave ovog poremećaja u zemljama gde je abortus legalan, zakonit, izveden od strane stručne osobe, dobrovoljan i bezbedan. Pored savetovanja, neophodno je i uraditi procenu psihičkog stanja pacijentkinje, kao i isključiti mogućnost zlostavljanja, nasilja ili nastanka trudnoće po principu prinude (78, 79).

Poslednjih godina sprovedena su brojna istraživanja kako bi se utvrdilo postojanje mogućnosti da abortus može da dovede do neželjenih psiholoških konsekvenci (80). Ova istraživanja su od presudnog značaja kako bi se ženama koje doživljavaju gubitak ploda, bilo da je indikovano ili spontano pobačaj, obezbedila psihološka podrška. (92, 93)

Identifikovanje emocionalnog stresa nakon prekida trudnoće i u narednim mesecima, prožeta je kroz brojne studije. Nakon pobačaja, žene doživljavaju brojne promene emocija koje se smenjuju preko tuge, usamljenosti, osećaja krivice, besa, sumnje i sramote (81, 82).

Višegodišnjim ispitivanjima došlo se još i do zaključka da indukovani pobačaj može dovesti do depresije (83), anksioznosti (84, 85), upotrebi različitih supstanci (86) i suicidalno ponašanje (87).

Kod nekih pacijentkinja kod kojih je prošlo više od deset godina od pobačaja, iako znaju da su donele ispravnu odluku, opisuju se negativne emocije i specifičan način izbegavanja kao strategija prevazilaženja ove stresne situacije. Iskustvo abortusa kod mnogih žena dovelo je do promena značajnih životnih pogleda u odnosu na sebe, svoju ličnost, ali i u odnosu na povezivanje sa drugim ljudima (88).

Sa druge strane, neke studije dokazuju da se javljaju pozitivne reakcije kao što su olakšanje i zadovoljstvo.

U mnogim zemljama sa razvojem prenatalne dijagnostike došlo je i do otkrivanja sve većeg broja abnormalnosti ploda, a jedan od najčešćih razloga je starosna granica koja se kod žena sve više povećava, što je praćeno i češćom pojavom hromozomskih aberacija (najčešće aneuploidija) kao i anomalija, malformacija ploda (89, 90, 91).

Neretko, žene povezuju nastanak malformacije ploda kao najčešću indikaciju za pobačaj. (92). Kao uzrok nastanka navode neku situaciju koju su učinile, hranu koju su pojele, neke misli koje su ih opterećivale i dr.

Upravo je samookrivljavanje veliki razlog za nastanak akutnog stresnog poremećaja, a samim tim i usled postojanja izraženih simptoma i dužine njihovog trajanja može nastati postraumatski stresni poremećaj (18, 93).

Tokom decenija, veliki broj istraživača sprovodila su metodološki različite studije vezane za kompleksnu psihologiju abortusa, odnosno povezanost prekida trudnoće i mentalnog zdravlja žene (94).

Bellieni and Buonocore istraživanjem iz 2015. godine došli su do zaključka da prekid trudnoće negativno utiče na emocionalno i psihičko zdravlje žene koje su tvrdile da je gubitak ploda traumatično iskustvo (95).

Ipak postoje i dijametralno različita mišljenja čiji autori tvrde da ne postoji korelacija između pojave negativnih emocija i abortusa (79, 96).

Neki istraživači tvrde da za razliku od gubitka željene trudnoće, prema istraživanjima, prekid neželjene trudnoće, osim fizičkog bola, ne ostavlja emocionalne posledice samo osećaj olakšanja (97).

Istaknuti istraživač Coleman je najstrožije osudio što su profesionalne organizacije u SAD-a kao i druge organizacije sramno menjale naučnu literature te time uskratile ženama mogućnost da dobiju celokupne i detaljne informacije vezane za načine prekida trudnoće, moguće komplikacijame, kao i o mogućnosti pojave emocionalnih poteškoća (98).

Poseban akcenat se stavlja na spontani pobačaj koji izaziva veoma visok nivo stresa, jer se trudnoća završava iznenada, mnogo pre planiranog termina što je ujedno i jedan od najvećih strahova sveke žene. Sa ovim gubitkom, žena oseća da gubi i budućnost koju je planirala za dete, sebe, partnera, porodicu kao i priliku da se ostvari u ulozi majke (97).

Usled izraženosti emocija i njihovog visokog intenziteta što može dovesti do znakova traumatizacije nakon spontanog pobačaja, postoji velika mogućnosti razvijanja posttraumatskog stresnog poremećaja (99).

Trudnoća je poseban period u životu žene. Osećaj ispunjenosti, potvrda ženstvenosti, povezivanje sa nerođenom bebom, ispunjavanje očekivanja partnera i porodice, nada za budućnost, sve su to faktori koji dovode do složenog emocionalnog odgovora na trudnoću.

Brojna istraživanja svedoče u prilog tome da gubitak željene trudnoće dovodi do razvoja emocionalnih reakcija koje se ispoljavaju u vidu ljutnje, samookrivljanja, neprihvatanja gubitka, tuge i straha (100, 101, 102).

Upravo trudnoća za ženu predstavlja potvrdu ženstvenosti, ali rođenje bebe može da predstavlja jedan od načina za spašavanje braka, ispunjavanje želje svojim roditeljima, okajanje "greha" zbog prekida neželjene trudnoće, ali u nekim situacijama "ispunjavanje praznine" koja je nastala usled smrti deteta,

Mnogo intenzivnije emocije mogu da se javljaju kod parova kod kojih je do trudnoće došlo vantelesnom oplodnjom nakon višegodišnje borbe sa neplodnošću. Međutim, ukoliko žena ima problema sa začećem, pobačaj može da dovede do brojnih, veoma dramatičnih psiholoških problema (32). Neplodnost i perinatalni gubitak su česti i povezani su sa nižim kvalitetom života, razvodom braka, komplikovanom tugom, velikim depresivnim poremećajem, anksioznim poremećajima i posttraumatskim stresnim poremećajem. Prekid trudnoće tako osim za ženu može biti veoma stresan i za partnera, porodicu, ali i medicinsko osoblje koje sprovodi intervenciju (103).

1.5. Akutni stresni poremećaj nakon prekida trudnoće

Sindrom stresa koji se javlja nakon pobačaja, predstavlja bol koja se javlja u vidu tuge, besa, osećaja krivice ili nekog drugog oblika mentalnog previranja. Neretko dolazi do pojave anksioznosti, depresije, osećaja napuštenosti i tuge i što može da traje nekoliko meseci pa i godina nakon pobačaja (104, 105).

Obeležavanja godišnjice od gubitka nerođenog deteta ili njegovog termina rađanja, neretko jesu uzročnici depresije, kao i osećaja tuge i samoće.

Prema definiciji Svetske zdravstvene organizacije (SZO) zdravlje predstavlja stanje potpunog fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti (Ustav SZO, 1948. godine) (106).

Simptomi koji se javljaju nakon pobačaja jesu: tuga, plač, depresija, osećaj krivice, seksualni problem ili promiskuitet, poremećaj ishrane, problem sa spavanjem, konzumacija droge i alkohola, napadi panike, flešbekovi, učestali pobačaji, osećaj nelagodnosti u kontaktu sa bebama i trudnicama, gubitak samopouzdanja, osećaj izolovanosti i usamljenosti, javljaju se misli o samoubistvu i dr. (107).

Emocionalni problem i psihološki efekti su učestaliji u odnosu na fizičke tegobe koje mogu da se jave nakon pobačaja. Oni mogu da se razvijaju od osećaja žaljenja sve do ozbiljnih komplikacija poput depresije. Od velikog je značaja pravovremeno prepoznavanje i otkrivanje ovih promena koje su podjednako stvarne kao fizičke tegobe (103).

U većini slučajeva gde je došlo do pojave simptoma, isti nisu nestali nakon određenog vremena, već su trajali godinama. Neprepoznavanjem, a samim tim i odloženim lečenjem, nastali simptomi se mogu intenzivirati. Jedan od načina lečenja jeste dobijanje podrške od strane porodice, prijatelja i stručnog medicinskog osoblja. Dosadašnje studije su pokazale da se kod oko 40 % žena ubrzo posle pobačaja javljaju simptomi tuge i žalosti jednaki po intenzitetu simptomima koji se javljaju kod žena koje su doživele smrt deteta. Takođe, kod 20-55% žena se nakon spontanog pobačaja razviju simptomi depresije, odnosno kod 20-40% žena se ubrzo posle pobačaja razvije anksioznost (108).

Kada je u pitanju pojava psiholoških promena i stresnog poremećaja nakon pobačaja, dolazi do kontroverzi u mišljenjima. Još uvek se vode rasprave da li zaista nakon pobačaja može doći do pomenutih poremećaja ili je to tvorevina ljudi koji se bore za život, a protiv prekida trudnoće.

U izveštaju Radne grupe za mentalno zdravlje i abortus Američkog psihološkog udruženja (APA) iz 2008. (TFMHA) zaključuje se da je „jasno da neke žene doživljavaju tugu i osećaj gubitka nakon prekida trudnoće, a neke doživljavaju klinički značajne poremećaje, uključujući depresiju i anksioznost“ (79).

Prema istraživanjima koja su sprovedena, utvrđeno je da su sledeće kategorije žena podložnije nastanku stresnog poremećaja: žene koje su prinuđene na abortus, one koje nisu imale ili nisu znale za opcije, ako je abortus bio nakon prvog trimestra, kod žena koje nemaju dece, a sada bi rodile bebu sa malformacijom, žene koje nisu bile pripremljene za abortus, nisu imale mogućnost savetovanja nakon abortusa, žene čija se verska ubeđenja protive pobačaju, kao i žene koje nemaju pomoć i podršku partnera.

Činjenica je da abortus doprinosi i negativnim ishodom barem kod nekih žena. Žene koje su imale nerešena pitanja iz prethodnog abortusa mogu imati krize mentalnog zdravlja nakon sledećeg abortusa. Američki psihijatri su zato počeli da preporučuju skrining potencijalnih pacijenata na faktore rizika kako bi sproveli savetovanje vezano za donošenje odluka i identifikovali dodatne potrebe za savetovanjem. Prema ovim autorima najčešći razlozi koji doprinose nastanku mentalnih problema kod žena koje se odlučuju za abortus su: pritisak drugih da se prekine trudnoća; uočeno protivljenje abortusu od strane partnera, porodice i/ili prijatelja; nedostatak društvene podrške; osećaj stigme; potreba za tajnošću; izloženost protestima protiv abortusa; prethodna istorija problema mentalnog zdravlja; faktori ličnosti kao što su nisko samopoštovanje i niska percipirana kontrola nad njenim životom; osećaj posvećenosti trudnoći; prekid trudnoće koja je željena (109).

Mentalni stres nakon indukovanih pobačaja se pokazao kao ozbiljan problem. U jednom istraživanju utvrđeno je da je 44% žena koje su imale indukovani pobačaj doživelo visok nivo posttraumatskog stresa. Ovaj nivo je bio 10 puta viši od nivoa stresa kod žena koji su imale

normalan porođaj. Šta više, nivoi tuge i simptomi posttraumatskog stresa primećeni su kod žena sa indukovanim pobačajem zbog anomalija ploda čak i nakon dve do sedam godina od pobačaja (36).

Za procenu ozbiljnosti situacije vezane za mentalni i emocionalni oporavak pacijentkinje nakon pobačaja, ali i kao nadzor, medicinsko osoblje nije dovoljno edukovano. Obzirom da je broj pobačaja relativno velik, često se pažnja medicinskog osoblja bazira na pravilnom i sigurnom sprovođenju procedure pobačaja, dok se zanemaruju psihološki aspekti i njihov uticaj na emotivni život pacijentkinje.

Čak 90% pacijentkinja, želelo je psihološku podršku od strane kliničkog psihologa nakon pobačaja, od ovog broja svega 30% ju je i dobilo (38).

Prekid trudnoće je tužan i stresan događaj u životu svakog para, te utiče na njihovo pojedinačno, ali i zajedničko funkcionisanje. Zato je veoma bitno da parovi raspolažu pouzdanim i relevantnim podacima koje će im pomoći u odluci. Pored detaljnih informacija vezanih za samu bolest kao i prognozu iste, potrebno je objasniti princip sprovođenja prekida trudnoće, predočiti rizike i moguće posledice same procedure, ali i predložiti razgovor sa psihologom kako bi se dobile informacije vezane za pomoć i podršku kako u trudnoći tako i nakon porođaja (31).

O odluci vezanoj za pobačaj željene trudnoće saznaje se u toku razgovora sa pacijentkinjom, ali malo toga se zna o tome ko je bio uključen u odlučivanje, koje su sve činjenice i faktori uticali na donošenje odluke.

Neretko se dešava da parovi ne dobijaju ili pak dobijaju šture informacije vezane za ozbiljnost dobijenih nalaza, što posle čak i dužeg vremena od pobačaja, može dovesti do osećaja nesigurnosti ili krivice zbog donete odluke.

Nakon dobijanja informacija o malformaciji ploda, parovi često nisu upoznati šta procedura pobačaja sa sobom nosi, a još manje sa pratećim i naknadnim psihološkim i emocionalnim problemima.

Saveti stručnog lica se kotiraju veoma visoko, poželjni su i značajni za donošenje konačne odluke. Prema istraživanjima, razgovor sa ginekologom ili genetičarem, na ženu ima uticaj kao i razgovor sa bliskim članovima porodice. Najveći uticaj na odluku ima partner (110).

Uprkos tome što su pobačaji često i duboko povezani sa teskobom, patnjom kao i mentalnim, zdravstvenim, ekonomskim i socijalnim posledicama, oni često ostaju nepriznati, naročito ako se radi o ranom pobačaju, od strane zdravstvenih radnika, porodice i društva uopšte (96, 110). Oni predstavljaju nevidljive gubitke kojima često druge osobe ne pridaju značaj, te pacijentkinje nisu društveno podržane, što dovodi često do pojave tuge kod roditelja (111).

Ovi rani i kasni perinatalni gubici mogu imati duboke, negativne posledice na ožalošćene roditelje (112-114) i mogu biti povezani sa razvojem teške anksioznosti, velike depresije, posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP), povećanih samoubilačkih misli (96, 110, 112), a razvod braka kod ovih parova javlja se 4 puta češće (34). U kasnijim „zdravim“ trudnoćama nakon perinatalnog gubitka, češće se koriste usluge zdravstvene službe (83), češće se javlja anksioznost i depresija (61), a posle porođaja u narednoj trudnoći češće se razvija postporođajna depresija (35,86). Pored toga, perinatalni gubitak je povezan sa jako smanjenim nivoom radne produktivnosti i porodica je ekonomski oslabljena (111).

Štaviše, veoma intenzivna tuga može izazvati fizičke posledice, uključujući razvoj velikih zdravstvenih problema kao što su: hipertenzija, gojaznost, dijabetes, srčani problemi, zloupotreba supstanci, povećan rizik od samoubistva i na kraju prerana smrtnost (85). Dakle, perinatalni gubitak je važan zdravstveni indikator za žene i njihove porodice i značajan javno-zdravstveni problem (34, 96, 110, 113, 114).

Ispitivani su faktori na osnovu kojih bi se moglo predvideti da li će nakon pobačaja žena razviti intenzivnu tugu. Istraživanja su pokazala da su značajni faktori: loše mentalno zdravlje žene usled perinatalnog gubitka kao i loša socijalna podrška. (87, 113, 115, 116).

Istraživanja o tome kako spontani pobačaj željene trudnoće utiče na psihičko zdravlje žene u našoj zemlji do sada nisu sprovedena. Ovim istraživanjem, želimo da odgovorimo na brojna pitanja sa ciljem da izdvojimo one pacijentkinje kojima će biti potrebna stručna pomoć kliničkog psihologa i eventualno psihijatra, da bi se izborile sa stresnom situacijom u kojoj su se našle.

2. CILJEVI

1. Utvrditi učestalost akutnog stresnog poremećaja neposredno nakon spontanog pobačaja željene trudnoće i namernog pobačaja zbog zdravstvenih indikacija.
2. Utvrditi da li postoji značajna razlika u učestalosti broja žena sa akutnim stresnim poremećajem neposredno posle pobačaja željene trudnoće u odnosu na kontrolnu grupu koju su činile žene koje su imale prekid neželjene trudnoće.
3. Utvrditi kakvo raspoloženje se javlja kod žena sa prekidom željene trudnoće, a kakvo kod žena nakon prekida neželjene trudnoće.

3. HIPOTEZE

1. Akutni stresni poremećaj je prisutan kod 10% ili manje žena neposredno posle pobačaja željene ili neželjene trudnoće.
2. Postoji statistički značajna razlika u broju pacijentkinja kod kojih je došlo do razvoja akutnog stresnog poremećaja neposredno nakon pobačaja trudnoće, u smislu da statistički značajno veći broj pacijentkinja ispitivane grupe, a koje su imale pobačaj željene trudnoće ima akutni stresni poremećaj, u odnosu na kontrolnu grupu pacijentkinja koje su imale pobačaj neželjene trudnoće.
3. Negativna raspoloženja se statistički značajnije češće javljaju kod žena nakon pobačaja željene trudnoće, dok su kod žena koje su imale prekid neželjene trudnoće češće prisutna pozitivna raspoloženja.

4. MATERIJAL I METODE

Istraživanje je sprovedeno u vidu prospektivne studije na Klinici za ginekologiju i akušerstvo, Kliničkog centra Vojvodine i obuhvatilo je 160 ispitanica. Ispitanice smo podelili u dve grupe:

Ispitivana grupa (79 ispitanica) – pacijentkinje sa spontanom pobačajem željene trudnoće i izazvanim pobačajem željene trudnoće iz medicinskih i eugeničkih indikacija starosti do 24 gestacijske nedelje.

Kriterijumi za isključivanje iz istraživanja u ovoj grupi su bili sledeći:

- trudnoća nije bila željena
- pacijentkinja mlađa od 18 godina
- pacijentkinja sa psihijatrijskom dijagnozom
- pacijentkinja koja nije htela da potpiše informisani pristanak.

Kontrolna grupa (81 ispitanica) – pacijentkinje koje su došle na Kliniku radi namernog prekida (pobačaja) neželjene trudnoće.

Kriterijumi za isključivanje iz istraživanja u ovoj grupi će biti:

- pacijentkinja mlađa od 18 godina
- pacijentkinja sa psihijatrijskom dijagnozom
- pacijentkinja koja nije htela da potpiše informisani pristanak

Podaci su sakupljeni direktnim anonimnim anketiranjem pacijentkinja koje su došle na prekid željene trudnoće.

Istraživanje je sprovedeno kroz tri posete i korišćeni su sledeći instrumenti:

Prva poseta- kada je pacijentkinja došla na Kliniku radi prekida trudnoće. Sa pacijentkinjom je obavljen razgovor čime je ona upoznata sa istraživanjem i saglasne pacijentkinje potpisivale su informisani pristanak. Potom su od pacijentkinja uzeti podaci i popunjen je, za ovo istraživanje, posebno konstruisan upitnik.

- **Upitnik br. 1.** Upitnik je kreiran za potrebe ovog istraživanja i obuhvata grupu socio-demografskih karakteristika, za koje se smatra da bi mogle predstavljati faktore rizika za razvoj ASP posle prekida željene trudnoće. Pitanja se odnose na: starost ispitanica, stepen obrazovanja, bračno stanje, zanimanje, broj dece, broj trudnoća, broj prethodnih pobačaja, starost trudnoće prilikom abortusa, društveni odnosi ispitanica i prilagođenost okolini, odnos sa partnerom, bolesti zavisnosti i materijalna situacija ispitanica.

Druga poseta - dva sata nakon pobačaja željene trudnoće dok je pacijentkinja bila u bolnici popunjavala je sledeće upitnike:

- **Upitnik br. 2. Skala trenutnog raspoloženja (Brief Mood Introspection Scale (BMIS))** četvorostepena skala kojom određujemo vrstu i merimo intenzitet raspoloženja pre i posle prekida trudnoće. Izabrano je 16 raspoloženja za koje pacijentkinja treba da se izjasni u kolikoj meri ih oseća, na skali od 1-4 (1-definitivno se ne osećam, 2- ne osećam se, 3- slabo osećam, 4- definitivno se osećam).

Raspoloženja ponuđena u skali, podeljena su u dve grupe i to na grupu:

- a) prijatnih raspoloženja - gde se pacijentkinja izjašnjava da se oseća živo, srećno, zabrinuto, zadovoljno, energično, smireno, zaljubljeno i/ili aktivno;
- b) neprijatnih raspoloženja - tužno, umorno, sumorno, uznemiren, pospano, mrzovoljno, nervozno i/ili da joj je dosta svega.

Skalom se mogu dobiti rezultati u zavisnosti od potreba istraživanja, koja se boduju od prijatnog ka neprijatnom raspoloženju, od uzbuđenja ka mirnom raspoloženju, a može biti bodovana od pozitivnog ka umornom i negativnom ka smirnom raspoloženju.

U našem istraživanju korišćena je skala u kojoj smo bodovali pozitivna raspoloženja i to od 1- 4, dok su negativna bodovana od 4 - 1. Nakon toga, od zbira pozitivnih raspoloženja su oduzeti bodovi zbira negativnih raspoloženja gde je dobijen krajnji rezultat koji ide u opsegu od

-24 do 24 boda, gde je -24 stanje kada je pacijentkinja veoma negativno raspoložena i kada su je preplavila negativna osećanja, a rezultat od 24 boda predstavlja njeno pozitivno raspoloženje. (28).

- **Upitnik br. 3. Skala akutne reakcije na stres je instrument za registrovanje akutnog stresnog poremećaja (ASP) i predviđanje posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP).** Skalu je konstruisao australijski psihijatar R. Brajant (R. Bryant) sa saradnicima. Posедуje dobru senzitivnost (95%) i specifičnost (83%) za identifikaciju ASP. Zapaženo je da je pouzdanost ASP rezultata najveća između 2. i 7. dana. Sastoji se od 19 pitanja i uključuje 5 disocijativnih simptoma, 4 simptoma ponovnog proživljavanja, 4 simptoma izbegavanja i 6 simptoma pobuđenosti. Pacijenti odgovaraju na pitanja tako što rangiraju svaki od ovih simptoma na skali od 1- 5 (1- nimalo, 2- veoma malo, 3- osrednje, 4- jako, 5- veoma jako). Skala se boduje tako što se posebno sabere odgovori na prvih 5 pitanja (disocijativni simptomi) a posebno na preostalih 14 (simptomi ponovnog proživljavanja, izbegavanja i pobuđenosti). Dijagnoza ASP je potvrđena ako je skor prve grupe pitanja ≥ 9 , a druge grupe ≥ 28 . PTSP se boduje tako što se sabere svi odgovori, a skor koji predviđa PTSP treba da je ≥ 56 (29).

- **Upitnik br. 4. Skala za procenu nivoa blagostanja u periodu tugovanja (Well-being questionnaire 12 (W-BQ 12))** sastoji se od 12 izjava, koje pacijentkinje same rangiraju u zavisnosti od njihove tačnosti ocenama od 0-3 (0- nikad, 1- ponekad, 2- skoro uvek, 3- uvek). Skala je podeljena na tri podskale. Podskala 1- služi za procenu nivoa negativnog blagostanja (iskazi 1-4), podskala 2- služi za procenu nivoa energije (iskazi 5-8) i podskala 3- služi za procenu nivoa pozitivnog blagostanja (iskazi 9-12). Podskala 2 sadrži i pozitivne iskaze (iskazi 5 i 8) i negativne iskaze (6 i 7). Sabira se skor za svaku podskalu (iznosi od 0-12). Ukupan skor (0-36), koji opisuje nivo opšteg blagostanja, dobija se kada se od zbira podskala 2 i 3 oduzme skor podskale 1. Što je skor veći, nivo opšteg blagostanja je viši (30).

Pacijentkinje su u toku prve posete, nakon datog objašnjenja i pristanka da učestvuju u istraživanju popunjavale 4 upitnika (prethodno navedenih). Prilikom prve posete od pacijentkinje su uzeti podaci iz Upitnika br. 1.

Dva sata nakon intervencije (druga poseta), pacijentkinja je popunjavala upitnike br. 2-4 u kojima je odgovore na postavljena pitanja ili izjave davala u formi zaokruživanja numeričke vrednosti koja predstavlja kvantifikaciju kvalitativnog odgovora. Na osnovu datih odgovora određen je skor svake skale i protumačen u skladu sa dobijenim rezultatima

-Treća poseta - 14 dana nakon pobačaja željene trudnoće kada je pacijentkinja došla na obavezan kontrolni pregled i popunila je upitnike 2-4.

Na kraju je napravljeno poređenje između dobijenih vrednosti skala tokom tri posete.

Statistička obrada podataka

Numerička obeležja su prikazana putem srednjih vrednosti (aritmetička sredina, medijana) i mera varijabiliteta (opseg vrednosti, standardna devijacija), a atributivna obeležja korišćenjem frekvencija i procenata. Korišćeno je grafičko prikazivanje podataka i rezultata pomoću stubičastih dijagrama, kružnih dijagrama i boks dijagrama. Normalnost raspodela promenljivih testirana je pomoću Kolmogorov Smirnov testa. Univarijantna analiza uključuje primenu χ^2 testa za atributivne varijable, a za numeričke varijable je korišćen Studentov t-test i t-test parova za podatke koji imaju normalnu raspodelu, odnosno Men Vitnijev test i Vikoksonov test parova za podatke koji nemaju normalnu raspodelu.

5. REZULTATI

5.1. SOCIO-DEMOGRAFSKI PODACI

5.1.1. Starost ispitanica

Tabela br. 1. **Prosečna starost ispitanica u ispitivanoj grupi**

	Prosečna starost	SD
Ispitivana grupa	30,48	6,22

SD- standardna devijacija

Prosečna starost ispitanica u ispitivanoj grupi bila je **30.48 ±6.22** godine.

Tabela br. 2. **Prosečna starost ispitanica u kontrolnoj grupi**

	Prosečna starost	SD
Kontrolna grupa	31,85	6,54

Prosečna starost u kontrolnoj grupi bila je **31.85 ± 6.54** godine.

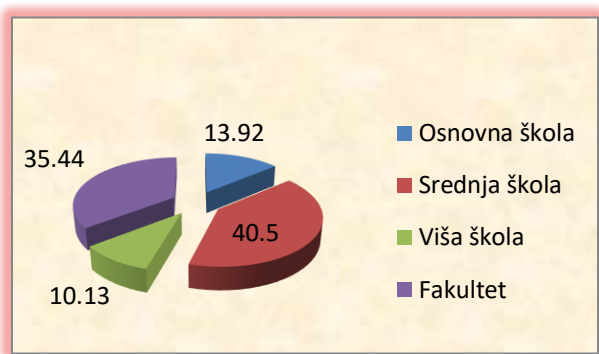
T-testom je utvrđeno da ne postoje statistički značajne razlike u starosti ispitanica u dve grupe, ispitivanoj i kontrolnoj, nakon pobačaja trudnoće ($p>0.05$) ($t= -1.356$, $p=0.176496$).

5.1.2. Stručna sprema

Tabela br. 3. **Distribucija ispitanica prema stručnoj spremi u ispitivanoj grupi**

Stručna sprema	Ispitivana grupa	
	N	%
<i>Osnovna škola</i>	11	13.92
<i>Srednja škola</i>	32	40.50
<i>Viša škola</i>	8	10.13
<i>Fakultet</i>	28	35.44
Ukupno	79	100%

Najveći broj pacijentkinja u ispitivanoj grupi imao je srednji stepen obrazovanja (40,5%), Fakultet je završilo 35,44% pacijentkinja, 13,92% osnovnu školu, dok je višu školu imalo 10,13% ispitanica (Tabela br. 3 i Grafikon br 1.).

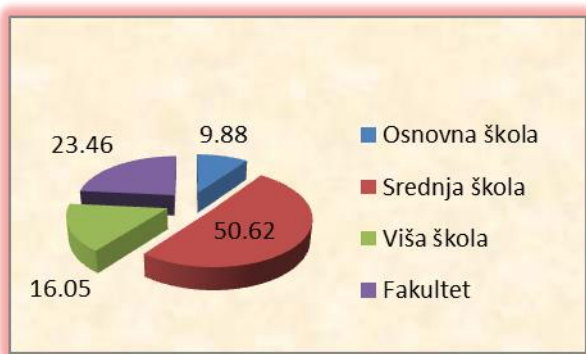


Grafikon br.1. **Distribucija ispitanica prema stručnoj spremi u ispitivanoj grupi**

Tabela br. 4. **Distribucija ispitanica prema stručnoj spremi u kontrolnoj grupi**

Stručna sprema	Kontrolna grupa	
	N	%
<i>Osnovna škola</i>	8	9.88
<i>Srednja škola</i>	41	50.62
<i>Viša škola</i>	13	16.05
<i>Fakultet</i>	19	23.46
Ukupno	81	100%

U kontrolnoj grupi 50,62% pacijentkinja završilo je srednju školu, 23,46% imalo je završen fakultet, 16,05% višu školu dok je 9,88% imalo završenu osnovnu školu. (Tabela br. 4 i Grafikon br 2.).



Grafikon br.2 **Distribucija ispitanica prema stručnoj spremi u kontrolnoj grupi**

Pirsonovim hi-kvadrat testom je utvrđeno da ne postoji statistički značajna razlike u stepenu obrazovanja između ispitivane i kontrolne grupe ($p > 0.05$) ($\chi^2=4.47$, $p=0.21472$).

5.1.3. Zanimanje ispitanica

Tabela br. 5. **Zanimanje ispitanica u ispitivanoj grupi**

Zanimanje	Ispitivana grupa	
	N	%
<i>Domaćica</i>	10	12.67
<i>Trgovac</i>	8	10.13
<i>Ekonomista</i>	5	6.33
<i>Psiholog</i>	3	3.80
<i>Vaspitač</i>	3	3.80
<i>Pravnik</i>	2	2.53
<i>Laborant</i>	2	2.53

Najveći broj ispitanica ispitivane grupe, bile su domaćice (12,67%). 10,13 % ispitanica u ispitivanoj grupi su po zanimanju trgovci. Ostala zanimanja su bila zastupljena u manjem broju.

Tabela br. 6. **Zanimanje ispitanica u kontrolnoj grupi**

Zanimanje	Kontrolna grupa	
	N	%
<i>Domaćica</i>	16	19.75
<i>Radnik</i>	10	12.34
<i>Trgovac</i>	4	4.93
<i>Student</i>	3	3.70
<i>Frizer</i>	2	2.47
<i>Vaspitač</i>	2	2.47
<i>Učiteljica</i>	2	2.47

Najveći broj ispitanica u kontrolnoj grupi bile su domaćice, nezaposlene (19,75%), dok se 34% ispitanica izjasnilo da su radnice. Ostala zanimanja su bila zastupljena u manjem broju.

Pirsonovim hi-kvadrat testom se dobija da ne postoje statistički značajne razlike u strukturi zanimanja između dve grupe ispitanica ($p > 0.05$) ($\chi^2 = 80.24$, $p = 0.23666$)

5.1.4. Bračni status

Tabela br. 7. **Bračni status ispitanica ispitivane grupa**

Bračno stanje	Ispitivana grupa	
	N	%
<i>Neudata</i>	17	21.52
<i>Udata</i>	48	60.76
<i>Razvedena</i>	4	5.06
<i>Vanbračna zajednica</i>	10	12.66
<i>Udovica</i>	/	/
Ukupno	79	100%

Najveći broj pacijentkinja u ispitivanoj grupi, 60,76%, bilo je udato, 21,52% neudato, 12,66% u vanbračnoj zajednici, dok je 5,06% ispitanica bilo razvedeno. (Tabela br. 7.).

Tabela br. 8. Bračni status ispitanica kontrolne grupa

Bračno stanje	Kontrolna grupa	
	N	%
<i>Neudata</i>	12	14.81
<i>Udata</i>	51	62.96
<i>Razvedena</i>	2	2.47
<i>Vanbračna zajednica</i>	15	18.52
<i>Udovica</i>	1	1.23
Ukupno	81	100%

U kontrolnoj grupi 62,96% pacijentkinja bilo je udato, 18,52% u vanbračnoj zajednici, 14,81% neudato, 2,47% razvedeno, dok je jedna pacijentkinja (1,23%) bila udovica (Tabela br. 8).

Ne postoji statistički značajna razlika u bračnom statusu između dve grupe ispitanica ($p > 0.05$) ($\chi^2 = 3.59$, $p = 0.46355$).

5.1.5. Parametri u vezi aktuelne trudnoće ispitanica

Tabela br. 9. Trudnoća po redu ispitanica u ispitivanoj grupi

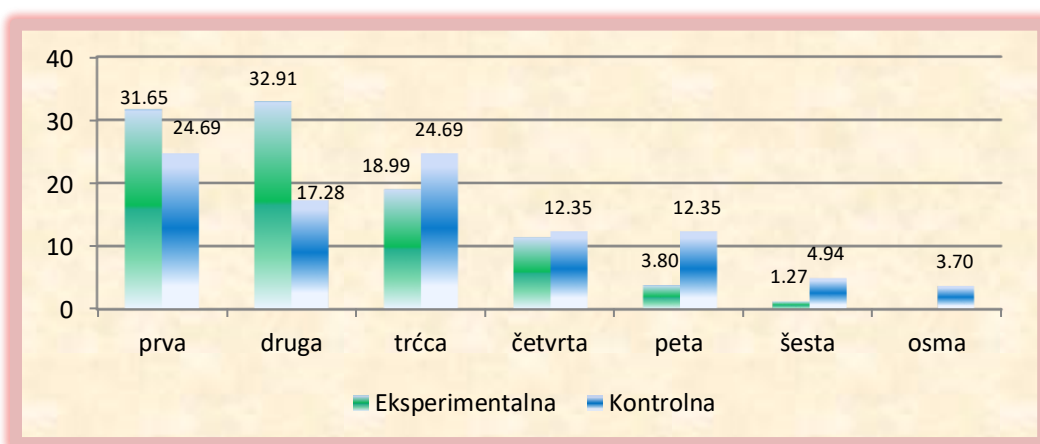
Trudnoća po redu	Ispitivana grupa	
	N	%
<i>Prva</i>	5	31.64
<i>Druga</i>	26	32.91
<i>Treća</i>	15	18.99
<i>Četvrta</i>	9	11.39
<i>Peta</i>	3	3.80
<i>Šesta</i>	1	1.26
Ukupno	79	100%

Najvećem broju ispitanica iz ispitivane grupe bila je ovo druga trudnoća (32,91%), dok je kod 31,64% ispitanica aktuelna trudnoća bila ujedno i prva trudnoća.

Tabela br. 10. Trudnoća po redu ispitanica u kontrolnoj grupi

Trudnoća po redu	Kontrolna grupa	
	N	%
<i>Prva</i>	20	24.69
<i>Druga</i>	14	17.28
<i>Treća</i>	20	24.69
<i>Četvrta</i>	10	12.34
<i>Peta</i>	10	12.34
<i>Šesta</i>	4	4.94
<i>Osma</i>	3	3.70
Ukupno	81	100%

U kontrolnoj grupi ispitanica sa namernim prekidom trudnoće, najčešće se radilo o prvoj ili o trećoj trudnoći (po 24,69%).



Grafikon br.3. Trudnoća u svakoj grupi

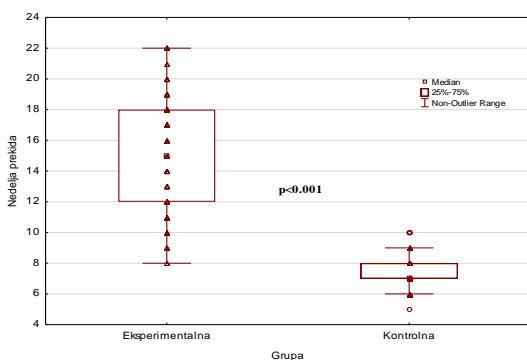
Pirsonovim hi-kvadrat testom je dobijeno da se ispitivane grupe statistički značajno razlikuju u tome koja je aktuelna trudnoća po redu ($p < 0.05$) ($\chi^2 = 3.47$, $p = 0.03617$). Na grafikonu broj 3. vidi se da u kontrolnoj grupi sa namernim prekidom trudnoće češće radilo o ispitanicama koje su već imale dve ili više trudnoća.

Tabela br. 11. Nedelja gestacije u kojoj je izvršen pobačaj željene trudnoće-ispitivana grupa

Nedelja prekida trudnoće	Ispitivana grupa	
	N	%
8	1	1.27
9	5	6.33
10	6	7.59
11	7	8.86
12	5	6.33
13	4	5.06
14	8	10.13
15	4	5.06
16	8	10.13
17	6	7.59
18	9	11.39
19	7	8.86
20	5	6.33
21	1	1.27
22	3	3.80
Ukupno	79	100%

U ispitivanoj grupi prosečna nedelja gestacije, kada je urađen pobačaj željene trudnoće, bila je 15.01 ± 3.74 , dok je u kontrolnoj grupi prosečna nedelja kada je urađen prekid trudnoće bila 7.49 ± 1.22 .

Men Vitnijevim testom je utvrđeno da postoje statistički značajne razlike u nedelji prekida trudnoće između dve grupe ($z = 10.56$, $p < 0.001$). Najveći broj ispitanica, njih 9 (11.39%) je imalo pobačaj u 18. nedelji gestacije.



Grafikon br.4. Nedelja gestacije u kojoj je izvršen pobačaj željene trudnoće

5.1.6. Broj dece

Tabela br. 12. Broj dece ispitanica u ispitivanoj grupi

Broj dece	Ispitivana grupa	
	N	%
0	33	41.77
1	29	36.71
2	12	15.19
3	5	6.33
Ukupno	79	100%

U ispitivanoj grupi najveći broj pacijentkinja, njih 29 (36,71%), je imalo jedno dete, dok je njih 12 (15,19%) imalo dvoje dece, a 5 pacijentkinja (6,33%) je imalo troje dece. Najveći broj pacijentkinja, čak 33 (41,77%) nije imalo dece.

Tabela br. 13. Broj dece ispitanica u kontrolnoj grupi

Broj dece	Kontrolna grupa	
	N	%
0	22	27.16
1	23	28.40
2	21	25.93
3	13	16.05
4	1	1.23
7	1	1.23
Ukupno	81	100%

U kontrolnoj grupi najveći broj ispitanica, njih 23 (28,4%), imalo je jedno dete, dvoje dece je imala 21 ispitanica (25,93%), troje dece 13 ispitanica (16,05%), dok je po jedna ispitanica (1,23%) imala četvoro, odnosno sedmoro dece. Ukupno 22 pacijentkinje (27,16%) nisu imale dece.

Statističkom obradom podataka korišćenjem Pirsonovog hi-hvadrat testa utvrđeno je da nema razlike između grupa i da najveći broj žena ima jedno dete ($p > 0.05$) ($\chi^2 = 7,20$ $p = 0.12553$).

5.1.7. Raniji prekidi trudnoće

Tabela br. 14. **Raniji prekidi trudnoće ispitanica u ispitivanoj grupi**

Raniji prekidi trudnoće	Ispitivana grupa	
	N	%
<i>Ne</i>	53	67.09
<i>Da</i>	26	32.91
Ukupno	79	100%

U ispitivanoj grupi najveći broj ispitanica, 67,09% nije do tada imalo prekid trudnoće.

Tabela br. 15. **Raniji prekidi trudnoće ispitanica u kontrolnoj grupi**

Raniji prekidi trudnoće	Kontrolna grupa	
	N	%
<i>Ne</i>	48	59.26
<i>Da</i>	33	40.74
Ukupno	81	100%

U kontrolnoj grupitakođe, veći broj ispitanica, 59,26% nije imalo prekid trudnoće.

Pomoću Pirsonovog hi-kvadrat testa utvrđeno je da ne postoji statistički značajna razlika između dve grupe ($p > 0.05$) ($\chi^2=1.05$, $p=0.30477$) i da najveći broj ispitanica ranije nije imalo prekid trudnoće.

Tabela br. 16. **Broj prekida trudnoće koje su imale ispitanice u ispitivanoj grupi**

Broj prekida trudnoće	Ispitivana grupa	
	N	%
1	17	65.38
2	8	30.77
3	1	3.85
Ukupno	26	100%

U ispitivanoj grupi ukupno 26 pacijentkinja je imalo prekid trudnoće i to od njih 79, svega 17 (65,38%) pacijentkinja je imalo jedan, 8 (30,77%) je imalo dva prekida, dok je jedna pacijentkinja (3,85%) imala 3 prekida trudnoće. (Tabela br. 16.)

Tabela br. 17. **Broj prekida trudnoće koje su imale ispitanice u kontrolnoj grupi**

Broj prekida trudnoće	Kontrolna grupa	
	N	%
1	18	54.5
2	10	30.30
3	1	3.03
4	3	9.09
5	1	3.03
Ukupno	33	100%

U kontrolnoj grupi od ukupno 81 pacijentkinje, njih 33 su imale prekide trudnoće. Od ovoga, najveći broj pacijentkinja 18 (54,55%) je imalo jedan prekid trudnoće, 10 (30,30%) dva prekida, dok je tri i više prekida trudnoće imalo 15,15% pacijentkinja (Tabele br. 17.)

5.1.8. Razlozi prekida trudnoće

Pacijentkinje koje su izjavile da su imale prekid prethodne trudnoće kao razlog istog navele su sledeće: najveći broj pacijentkinja iz ispitivane grupe 12 (46,15%) navelo je da je razlog prekida prethodne trudnoće bio spontani pobačaj, dok su preostale pacijentkinje - 14 (34,61%) imale namerni prekid trudnoće zbog loše finansijske situacije ili je trudnoća bila neželjena. (Tabela br. 18).

Tabela br. 18. Razlozi prekida trudnoće - ispitivana grupa

Razlog ranijeg prekida trudnoće	Ispitivana grupa	
	N	%
<i>Spontani pobačaj</i>	12	46.15
<i>Loša finansijska situacija</i>	2	7.69
<i>Blighted ovum</i>	1	3.86
<i>Neželjena trudnoća</i>	9	34.61
<i>Upotreba lekova</i>	2	7.69
Ukupno	26	100%

U kontrolnoj grupi razlozi prekidanja prethodnih trudnoća su najčešće bili: neželjena trudnoća (48,48%), zatim loša finansijska situacija (15,15%) kao i nezaposlenost (12,12%). Jedna pacijentkinja je kao razlog prekida trudnoće navela da trudnoću nije želeo partner, dok je jedna kao razlog prekida trudnoće navela strah. Po dve pacijentkinje su imale spontani pobačaj i Missed ab, dok je jedna pacijentkinja prekinula trudnoći zbog Blighted ovum-a (Tabela br. 19).

Tabela br. 19. Razlozi prekida trudnoće - kontrolna grupa

Razlog ranijeg prekida trudnoće	Kontrolna grupa	
	N	%
<i>Neželjena trudnoća</i>	16	48.48
<i>Spontani pobačaj</i>	2	6.06
<i>Partner nije želeo</i>	1	3.03
<i>Blighted ovum</i>	1	3.03
<i>Loša finansijska situacija</i>	5	15.15
<i>Strah</i>	1	3.03
<i>Ni am imala posao</i>	4	12.12
<i>Nije bilo srčane akcije ploda</i>	2	6.06
<i>Nije se izjasnila</i>	1	3.03
Ukupno	33	100%

5.1.9. Stupanje u društvene odnose i prilagođenost okolini

Tabela br. 20. Društveni odnosi ispitanica u ispitivanoj grupi

Društveni odnosi	Ispitivana grupa	
	N	%
<i>Teško ostvarujem kontakte</i>	8	10.13
<i>Lako komuniciram</i>	59	74.68
<i>Ostalo</i>	12	15.19
Ukupno	79	100%

Tabela br. 21. Društveni odnosi ispitanica u kontrolnoj grupi

Društveni odnosi	Kontrolna grupa	
	N	%
<i>Teško ostvarujem kontakte</i>	9	11.11
<i>Lako komuniciram</i>	61	75.31
<i>Ostalo</i>	11	13.58
Ukupno	81	100%

Najveći broj ispitanica obe grupe izjavilo je da nema problem sa komunikacijom i da lako ostvaruje dobre odnose sa drugima (74,68% u ispitivanoj i 75,31% u kontrolnoj grupi). 10,13 % ispitanica u ispitivanoj i 11,11% ispitanica kontrolne grupe se osećaju usamljeno i teško komuniciraju sa drugima. 15,19% pacijentkinja u ispitivanoj i 13,58% pacijentkinja u kontrolnoj grupi se nisu izjasnile ni za jednu od ponuđenih opcija (Tabela br. 20. i Tabela br. 21).

Pirsonovim hi-kvadrat testom je dobijeno da ne postoje statistički značajne razlike u društvenim odnosima između dve grupe ($p > 0.05$) ($\chi^2 = 0.11$, $p = 0.94618$).

5.1.10. Uticaj aktuelne trudnoće na odnos sa partnerom

Tabela br. 22. Partnerski odnosi – ispitivana grupa

Partnerski odnosi	Ispitivana grupa	
	N	%
<i>Odnos se pogoršao</i>	21	26.58
<i>Odnos se poboljšao</i>	10	12.66
<i>Nije se promenio</i>	48	60.76
Ukupno	79	100%

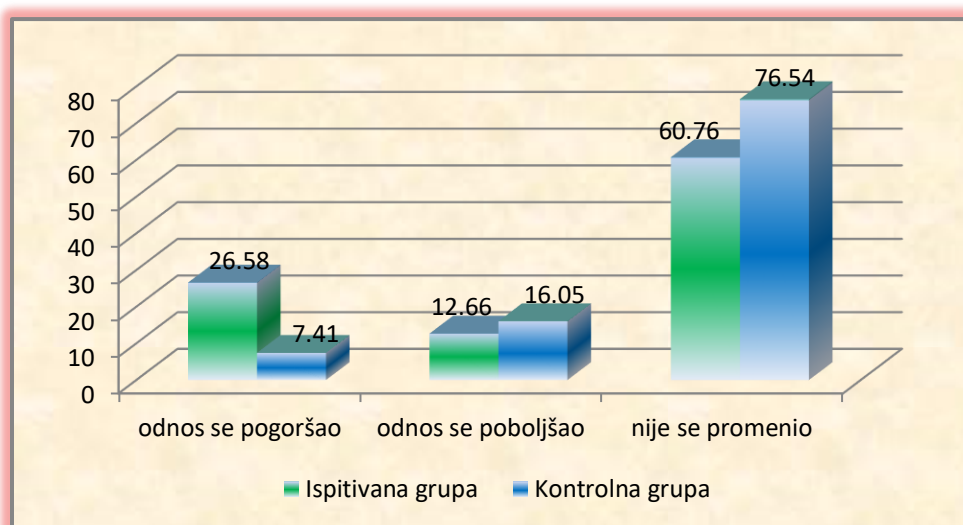
U ispitivanoj grupi 48 ispitanica (60,76%) je izjavilo da aktuelna trudnoća nije uticala na odnos sa partnerom, 21 (26,58%) da se odnos sa partnerom pogoršao, a 10 ispitanica (12,66%) je izjavilo da se odnos sa partnerom poboljšao (Tabela broj 22.).

Tabela br. 23. Partnerski odnosi – kontrolna grupa

Partnerski odnosi	Kontrolna grupa	
	N	%
<i>Odnos se pogoršao</i>	6	7.41
<i>Odnos se poboljšao</i>	13	16.05
<i>Nije se promenio</i>	62	76.54
Ukupno	81	100%

U kontrolnoj grupi 62 ispitanice (76,54%) su izjavile da nije došlo do promene u odnosu sa partnerom, kod njih 13 (16,05%) odnos se poboljšao, dok se kod 6 ispitanica (7,41%) odnos pogoršao (Tabela br. 23).

Grafikon br. 5 . Uticaj aktuelne trudnoće na odnos sa partnerom



Pirsonovim hi-kvadrat testom je dobijeno da postoje statistički značajne razlike u promeni partnerskih odnosa između dve grupe ($p < 0.05$) ($\chi^2 = 10.48$, $p = 0.00529$). Kod značajno većeg broja pacijentkinja u ispitivanoj grupi u odnosu na kontrolnu grupu odnos se pogoršao, dok je kod statistički značajno većeg broja pacijentkinja kontrolne grupe u odnosu na ispitivanu grupu, odnos ostao nepromenjen.

5.2. SKALA TRENUTNOG RASPOLOŽENJA (Brief Mood Introspection Scale (BMIS))

Pozitivna raspoloženja u obe grupe 2h nakon pobačaja trudnoće

Tabela br. 24. Pozitivno raspoloženje „srećno“

Posle 2h	Grupe	Uopšte se ne osećam	Osećam se	Blago se osećam	Potpuno se osećam	Ukupno
Srećno p<0.0001	Ispitivana	64	5	9	1	79
		81.01%	6.33%	11.39%	1.27%	100%
	Kontrolna	18	34	21	8	81
		22.22%	41.98%	25.93%	9.88%	100%

Istraživanjem je utvrđeno da postoje statistički značajne razlike u pojavi srećnog raspoloženja i da je ovaj procenat znatno viši kod žena koje su imale prekid neželjene trudnoće. Čak 64 (81.01%) pacijentkinje ispitivane grupe izjavile su da se uopšte ne osećaju srećno, dok svega 18 (22.22%) pacijentkinja kontrolne grupe je imalo ovakav osećaj.

Tabela br. 25. Pozitivno raspoloženje „živo“

Posle 2h	Grupe	Uopšte se ne osećam	Osećam se	Blago se osećam	Potpuno se osećam	Ukupno
Živo p<0.0001	Ispitivana	27	27	18	7	79
		34.18%	34.18%	22.78%	8.86%	100%
	Kontrolna	5	24	28	24	81
		6.17%	29.63%	34.57%	29.63%	100%

Postoje statistički značajne razlike između odgovora koje su dale pacijentkinje iz ispitivane grupe u odnosu na odgovore pacijentkinja koje su imale namerni prekid trudnoće. Najveći broj pacijentkinja iz ispitivane grupe, njih 27 (34.18%) izjavilo je da se uopšte ne oseća živo nakon pobačaja željene trudnoće, dok je svega 5 (6.17%) pacijentkinja iz kontrolne grupe imalo isti osećaj.

Tabela br. 26. **Pozitivno raspoloženje „zabrinuto“**

Posle 2h	Grupe	Uopšte se ne osećam	Osećam se	Blago se osećam	Potpuno se osećam	Ukupno
Zabrinuto p<0.0001	Ispitivana	2	26	15	36	79
		2.53%	32.91%	18.99%	45.57%	100%
	Kontrolna	30	10	22	19	81
		37.04%	12.35%	27.16%	23.46%	100%

Najveći broj pacijentkinja koje su iz indikacija prekinule željenu trudnoću, njih 36 (45.57%) su bile potpuno zabrinute, dok se najveći broj pacijentkinja iz kontrolne grupe, njih 30 (37.04%) uopšte nije osećalo zabrinuto. Na osnovu dobijenih podataka, zaključujemo da postoji statistički značajna razlika u odgovorima između dve navedene grupe.

Tabela br. 27. **Pozitivno raspoloženje „zadovoljno“**

Posle 2h	Grupe	Uopšte se ne osećam	Osećam se	Blago se osećam	Potpuno se osećam	Ukupno
Zadovoljno p=0.25135	Ispitivana	60	9	10	0	79
		75.95%	11.39%	12.66%	0.00%	100%
	Kontrolna	62	14	5	0	81
		76.54%	17.28%	6.17%	0.00%	100%

Na osnovu dobijenih rezultata možemo da zaključimo da ne postoji statistički značajna razlika (p=0.25135) između raspoloženja koje vlada među ispitanicama, kako ispitivane (75.95%) tako i kontrolne grupe (76.54%) i da se većina njih ne oseća zadovoljno nakon pobačaja.

Tabela br. 28. **Pozitivno raspoloženje „energično“**

Posle 2h	Grupe	Uopšte se ne osećam	Osećam se	Blago se osećam	Potpuno se osećam	Ukupno
Energično p<0.0001	Ispitivana	57	10	10	2	79
		72.15%	12.66%	12.66%	2.53%	100%
	Kontrolna	6	10	25	40	81
		7.41%	12.35%	30.86%	49.38%	100%

Najveći broj pacijentkinja iz ispitivane grupe 57 (72.15%) nakon pobačaja željene trudnoće, se nije osećalo energično, dok je u kontrolnoj grupi, njih 40 (49.38%) imalo dijametralno drugačiji odgovor. Na osnovu dobijenih podataka zaključujemo da postoje statistički značajne razlike ($p < 0.0001$) između odgovora obe grupe.

Tabela br. 29. **Pozitivno raspoloženje „smireno“**

Posle 2h	Grupe	Uopšte se ne osećam	Osećam se	Blago se osećam	Potpuno se osećam	Ukupno
Smireno $p < 0.0001$	Ispitivana	59	8	12	0	79
		74.68%	10.13%	15.19%	0.00%	100%
	Kontrolna	18	14	6	43	81
		22.22%	17.28%	7.41%	53.09%	100%

Smireno raspoloženje je u najvećoj meri zastupljeno u kontrolnoj grupi kod 43 (53.09%) pacijentkinje, dok su se pacijentkinje iz ispitivane grupe, njih 59 (74.68%) izjasnile da se uopšte ne osećaju smireno nakon pobačaja. Postoji značajna statistička razlika ($p < 0.0001$) između odgovora koje su dale ispitanice obe grupe.

Tabela br. 30. **Pozitivno raspoloženje „zaljubljeno“**

Posle 2h	Grupe	Uopšte se ne osećam	Osećam se	Blago se osećam	Potpuno se osećam	Ukupno
Zaljubljen o $p = 0.24087$	Ispitivana	26	31	9	13	79
		32.91%	39.24%	11.39%	16.46%	100%
	Kontrolna	26	23	18	14	81
		32.10%	28.40%	22.22%	17.28%	100%

Na pitanje da li se osećaju zaljubljeno, 26 (32.91%) pacijentkinja ispitivane grupe, kao i 26 (32.10%) pacijentkinja iz kontrolne grupe je izjavilo da se uopšte ne oseća zaljubljeno. Za razliku od njih, 13 (16.46%) pacijentkinja ispitivane i 14 (17.28%) iz kontrolne grupe je izjavilo da je osećaju potpuno zaljubljeno. Ovi podaci ukazuju na to da ne postoje statistički značajne razlike ($p = 0.24087$) između ispitivanih grupa.

Tabela br. 31. **Pozitivno raspoloženje „aktivno“**

Posle 2h	Grupe	Uopšte se ne osećam	Osećam se	Blago se osećam	Potpuno se osećam	Ukupno
Aktivno p<0.0001	Ispitivana	41	15	18	5	79
		51.90%	18.99%	22.78%	6.33%	100%
	Kontrolna	6	14	20	41	81
		7.41%	17.28%	24.69%	50.62%	100%

Čak 41 (51.90%) pacijentkinja ispitivane grupe je na pitanje, da li se oseća aktivno odgovorila, da se uopšte tako ne oseća, dok je 41 (50.62%) pacijentkinja iz kontrolne grupe odgovorila da se potpuno oseća aktivno. Navedeni podaci govore da postoji statistički značajna razlika (p<0.0001) između aktivnog raspoloženja koje vlada među ispitanicama obe grupe.

Negativna raspoloženja u obe grupe 2h nakon pobačaja trudnoće

Tabela br. 32. **Negativno raspoloženje „tužno“**

Posle 2h	Grupe	Uopšte se ne osećam	Osećam se	Blago se osećam	Potpuno se osećam	Ukupno
Tužno p=0.1664	Ispitivana	6	26	20	27	79
		7.59%	32.91%	25.32%	34.18%	100%
	Kontrolna	14	28	21	18	81
		17.28%	34.57%	25.93%	22.22%	100%

Kada je u pitanju tužno raspoloženje, na osnovu rezultata možemo da zaključimo da nema statistički značajne razlike (p=0.1664) između prethodno pomenutog raspoloženja pacijentkinja koje su imale pobačaj željene trudnoće i onih koje su imale namerni prekid trudnoće. Najveći broj pacijentkinja u ispitivanoj grupi, 27 (34.18%) potpuno se osećalo tužno, dok se nešto manji broj, 26 (32.91%) osećalo tužno 2h nakon pobačaja. U kontrolnoj grupi se 18 (22.22%) pacijentkinja potpuno osećalo tužno, dok je čak njih 28 (34.57%) izjavilo da se oseća tužno.

Tabela br. 33. **Negativno raspoloženje „umorno“**

Posle 2h	Grupe	Uopšte se ne osećam	Osećam se	Blago se osećam	Potpuno se osećam	Ukupno
Umorno p=0.00423	Ispitivana	23	23	24	9	79
		29.11%	29.11%	30.38%	11.39%	100%
	Kontrolna	45	13	13	10	81
		55.56%	16.05%	16.05%	12.35%	100%

Blag osećaj umora imale su 24 (30.38%) pacijentkinje ispitivane grupe, dok je njih 45 (55.56%) kontrolne grupe izjavilo da se uopšte ne oseća umorno. Rezultati govore u prilog tome da postoji statistički značajna razlika ($p=0.00423$) između dve grupe.

Tabela br. 34. **Negativno raspoloženje „sumorno“**

Posle 2h	Grupe	Uopšte se ne osećam	Osećam se	Blago se osećam	Potpuno se osećam	Ukupno
Sumorno p=0.00652	Ispitivana	40	11	19	9	79
		50.63%	13.92%	24.05%	11.39%	100%
	Kontrolna	52	19	6	4	81
		64.20%	23.46%	7.41%	4.94%	100%

Sumorno raspoloženje imalo je 19 (24.05%) pacijentkinja ispitivane grupe, dok su čak njih 52 (64.20%) iz kontrolne grupe izjavile da nemaju osećaj sumornog raspoloženja. Postoji statistički značajna razlika ($p=0.00652$) između dve grupe.

Tabela br. 35. **Negativno raspoloženje „uznemireno“**

Posle 2h	Grupe	Uopšte se ne osećam	Osećam se	Blago se osećam	Potpuno se osećam	Ukupno
Uznemireno p<0.0001	Ispitivana	37	13	24	5	79
		46.84%	16.46%	30.38%	6.33%	100%
	Kontrolna	31	20	6	24	81
		38.27%	24.69%	7.41%	29.63%	100%

Najveći broj pacijentkinja iz kontrolne grupe, njih 24 (29.63%) se 2h nakon prekida trudnoće osećalo uznemireno, dok je samo njih 5 (6.33%) iz ispitivane grupe imalo isti osećaj. Rezultati ukazuju na to da postoje statistički značajne razlike ($p < 0.0001$) između ispitivane i kontrolne grupe ($p < 0.0001$) kada je u pitanju osećaj uznemirenosti nakon pobačaja.

Tabela br. 36. Negativno raspoloženje „pospano“

Posle 2h	Grupe	Uopšte se ne osećam	Osećam se	Blago se osećam	Potpuno se osećam	Ukupno
Pospano $p=0.00005$	Ispitivana	37	10	30	2	79
		46.84%	12.66%	37.97%	2.53%	100%
	Kontrolna	62	12	7	0	81
		76.54%	14.81%	8.64%	0.00%	100%

Čak 30 (37.97%) pacijentkinja ispitivane grupe je na pitanje, da li se oseća pospano odgovorila, da se blago oseća, dok su čak 62 (76.54%) pacijentkinje iz kontrolne grupe odgovorile da se uopšte ne osećaju pospano. Navedeni podaci govore da postoji statistički značajna razlika ($p < 0.00005$) između pospanog raspoloženja koje vlada među ispitanicama obe grupe.

Tabela br. 37. Negativno raspoloženje „mrzovoljno“

Posle 2h	Grupe	Uopšte se ne osećam	Osećam se	Blago se osećam	Potpuno se osećam	Ukupno
Mrzovoljno $p=0.00002$	Ispitivana	33	15	24	7	79
		41.77%	18.99%	30.38%	8.86%	100%
	Kontrolna	63	8	10	0	81
		77.78%	9.88%	12.35%	0.00%	100%

Mrzovoljno raspoloženje je zastupljeno u ispitivanoj grupi kod 24 (30.38%) pacijentkinje, dok su se pacijentkinje iz kontrolne grupe, njih 63 (77.78%) izjasnile da se uopšte ne osećaju mrzovoljno nakon pobačaja. Postoji značajna statistička razlika ($p < 0.00002$) između odgovora koje su dale ispitanice obe grupe.

Tabela br. 38. Negativno raspoloženje „nervozno“

Posle 2h	Grupe	Uopšte se ne osećam	Osećam se	Blago se osećam	Potpuno se osećam	Ukupno
Nervozno p=0.00239	Ispitivana	18	15	32	14	79
		22.78%	18.99%	40.51%	17.72%	100%
	Kontrolna	37	12	14	18	81
		45.68%	14.81%	17.28%	22.22%	100%

Blag osećaj nervoze imale su 32 (40.51%) pacijentkinje iz ispitivane grupe, dok je njih 37 (45.68%) iz kontrolne grupe izjavilo da se uopšte ne oseća nervozno. Rezultati govore u prilog tome da postoji statistički značajna razlika ($p=0.00239$) u odgovorima između dve grupe.

Tabela br. 39. Negativno raspoloženje „dosta mi je svega“

Posle 2h	Grupe	Uopšte se ne osećam	Osećam se	Blago se osećam	Potpuno se osećam	Ukupno
Dosta mi je svega p=0.00007	Ispitivana	45	10	19	5	79
		56.96%	12.66%	24.05%	6.33%	100%
	Kontrolna	65	6	1	9	81
		80.25%	7.41%	1.23%	11.11%	100%

Blag osećaj da im je dosta svega imalo je 19 (24.05%) pacijentkinja ispitivane grupe, dok je samo 1 (1.23%) pacijentkinja iz kontrolne grupe imala isti osećaj. Najveći broj pacijentkinja iz kontrolne grupe, čak njih 65 (64.20%) izjavilo je da uopšte nemaju osećaj da im je dosta svega. Postoji statistički značajna razlika ($p=0.00007$) između dve grupe 2h nakon pobačaja.

Pozitivna raspoloženja u obe grupe 14 dana nakon pobačaja trudnoće

Tabela br. 40. Pozitivno raspoloženje „živo“

Posle 14 dana	Grupe	Uopšte se ne osećam	Osećam se	Blago se osećam	Potpuno se osećam	Ukupno
Živo p=0.73980	Ispitivana	0	26	21	32	79
		0.00%	32.91%	26.58%	40.51%	100%
	Kontrolna	1	24	24	32	81
		1.23%	29.63%	29.63%	39.51%	100%

Na osnovu dobijenih rezultata možemo da zaključimo da ne postoji statistički značajna razlika ($p=0.73980$) između raspoloženja koje vlada među ispitanicama, kako ispitivane (40.51%) tako i kontrolne grupe (39.51%) i da se većina njih oseća potpuno živo 14 dana nakon pobačaja.

Tabela br. 41. **Pozitivno raspoloženje „srećno“**

Posle 14 dana	Grupe	Uopšte se ne osećam	Osećam se	Blago se osećam	Potpuno se osećam	Ukupno
Srećno $p<0.0001$	Ispitivana	11	32	31	5	79
		13.92%	40.51%	39.24%	6.33%	100%
	Kontrolna	5	26	17	33	81
		6.17%	32.10%	20.99%	40.74%	100%

Istraživanjem je utvrđeno da postoje statistički značajne razlike u pojavi srećnog raspoloženja i da je ovaj procenat znatno viši kod žena koje su imale prekid neželjene trudnoće, na čega nam ukazuje broj od čak 33 (40.74%) pacijentkinje iz kontrolne grupe i svega 5 (6.33%) pacijentkinja ispitivane grupe.

Tabela br. 42. **Pozitivno raspoloženje „zabrinuto“**

Posle 14 dana	Grupe	Uopšte se ne osećam	Osećam se	Blago se osećam	Potpuno se osećam	Ukupno
Zabrinuto $p=0.35468$	Ispitivana	47	20	10	2	79
		59.49%	25.32%	12.66%	2.53%	100%
	Kontrolna	51	16	14	0	81
		62.96%	19.75%	17.28%	0.00%	100%

Ne postoje statistički značajne razlike između odgovora koje su dale pacijentkinje iz ispitivane grupe u odnosu na odgovore pacijentkinja koje su imale namerni prekid trudnoće. Najveći broj pacijentkinja iz obe grupe i to iz ispitivane, njih 47 (59.49%) i kontrolne grupe 51 (62.96%) pacijentkinja, izjavile su da se uopšte ne osećaju zabrinuto nakon pobačaja.

Tabela br. 43. **Pozitivno raspoloženje „zadovoljno“**

Posle 14 dana	Grupe	Uopšte se ne osećam	Osećam se	Blago se osećam	Potpuno se osećam	Ukupno
Zadovoljno p<0.0001	Ispitivana	28	24	19	8	79
		35.44%	30.38%	24.05%	10.13%	100%
	Kontrolna	2	18	18	43	81
		2.47%	22.22%	22.22%	53.09%	100%

Na osnovu dobijenih rezultata možemo da zaključimo da postoji statistički značajna razlika ($p<0.0001$) između zadovoljnog raspoloženja koje vlada među ispitanicama. Ukupno 28 (35.44%) pacijentkinja ispitivane grupe se uopšte ne oseća zadovoljno 14 dana nakon pobačaja, dok samo 2 (2.47%) ispitanice kontrolne grupe imaju ovaj osećaj, a čak 43 (53.09%) iste grupe se oseća potpuno zadovoljno.

Tabela br. 44. **Pozitivno raspoloženje „energično“**

Posle 14 dana	Grupe	Uopšte se ne osećam	Osećam se	Blago se osećam	Potpuno se osećam	Ukupno
Energično p=0.00269	Ispitivana	17	21	25	16	79
		21.52%	26.58%	31.65%	20.25%	100%
	Kontrolna	2	30	31	18	81
		2.47%	37.04%	38.27%	22.22%	100%

Ukupno 17 (21.52%) pacijentkinja iz ispitivane grupe nakon pobačaja željene trudnoće, uopšte se nije osećalo energično, dok je u kontrolnoj grupi, njih 18 (22.22%) imalo dijametralno drugačiji odgovor. Na osnovu podataka zaključujemo da postoje statistički značajne razlike ($p<0.00269$) između odgovora obe grupe.

Tabela br. 45. **Pozitivno raspoloženje „smireno“**

Posle 14 dana	Grupe	Uopšte se ne osećam	Osećam se	Blago se osećam	Potpuno se osećam	Ukupno
Smireno p=0.01677	Ispitivana	23	15	18	23	79
		29.11%	18.99%	22.78%	29.11%	100%
	Kontrolna	10	10	24	37	81
		12.35%	12.35%	29.63%	45.68%	100%

Smireno raspoloženje je u najvećoj meri zastupljeno u kontrolnoj grupi kod 37 (45.68%) pacijentkinja, dok su se pacijentkinje iz ispitivane grupe, njih 23 (29.11%) izjasnile da se uopšte ne osećaju smireno 14 dana nakon pobačaja. Postoji značajna statistička razlika ($p=0.01677$) između odgovora koje su dale ispitanice obe grupe.

Tabela br. 46. **Pozitivno raspoloženje „zaljubljeno“**

Posle 14 dana	Grupe	Uopšte se ne osećam	Osećam se	Blago se osećam	Potpuno se osećam	Ukupno
Zaljubljeno $p=0.02145$	Ispitivana	10	24	14	31	79
		12.66%	30.38%	17.72%	39.24%	100%
	Kontrolna	19	21	24	17	81
		23.46%	25.93%	29.63%	20.99%	100%

Dve nedelje nakon prekida trudnoće, na pitanje da li se osećaju zaljubljeno, čak 31 (39.24%) pacijentkinja ispitivane grupe je odgovorila da se oseća potpuno zaljubljeno, dok je samo 17 (20.99%) pacijentkinja kontrolne grupe osećalo ovu emociju. Ovi podaci ukazuju na to da postoje statistički značajne razlike ($p=0.02145$) između ispitivanih grupa.

Tabela br. 47. **Pozitivno raspoloženje „aktivno“**

Posle 14 dana	Grupe	Uopšte se ne osećam	Osećam se	Blago se osećam	Potpuno se osećam	Ukupno
Aktivno $p<0.0001$	Ispitivana	21	16	16	26	79
		26.58%	20.25%	20.25%	32.91%	100%
	Kontrolna	0	24	13	44	81
		0.00%	29.63%	16.05%	54.32%	100%

Čak 44 (54.32%) pacijentkinje kontrolne grupe su odgovorile da se 14 dana nakon prekida trudnoće osećaju aktivno, dok se svega 26 (32.91%) pacijentkinja ispitivane grupe isto osećalo. Navedeni podaci govore da postoji statistički značajna razlika ($p<0.0001$) između aktivnog raspoloženja koje vlada među ispitanicama obe grupe.

Negativna raspoloženja u obe grupe 14 dana nakon pobačaja trudnoće

Tabela br. 48. Negativno raspoloženje „tužno“

Posle 14 dana	Grupe	Uopšte se ne osećam	Osećam se	Blago se osećam	Potpuno se osećam	Ukupno
Tužno p=0.17626	Ispitivana	29	32	14	4	79
		36.71%	40.51%	17.72%	5.06%	100%
	Kontrolna	42	27	11	1	81
		51.85%	33.33%	13.58%	1.23%	100%

Kada je u pitanju osećaj tuge 14 dana nakon pobačaja, na osnovu rezultata možemo da zaključimo da nema statistički značajne razlike ($p=0.17626$) između prethodno pomenutog raspoloženja pacijentkinja koje su imale pobačaj željene trudnoće i žena koje su imale namerni prekid trudnoće. Najveći broj pacijentkinja u ispitivanoj grupi, 29 (36.71%) uopšte se nije osećalo tužno 14 dana nakon pobačaja, kao ni veliki broj ispitanica kontrolne grupe 42 (51.85%).

Tabela br. 49. Negativno raspoloženje „umorno“

Posle 14 dana	Grupe	Uopšte se ne osećam	Osećam se	Blago se osećam	Potpuno se osećam	Ukupno
Umorno p=0.12704	Ispitivana	55	15	9	0	79
		69.62%	18.99%	11.39%	0.00%	100%
	Kontrolna	44	25	12	0	81
		54.32%	30.86%	14.81%	0.00%	100%

Nakon 14 dana od pobačaja najveći broj pacijentkinja, kako ispitivane 55 (69.62%) tako i kontrolne grupe 44 (54.32%) nisu imale osećaj umora. Rezultati govore u prilog tome da ne postoji statistički značajna razlika ($p=0.12704$) između dve grupe.

Tabela br. 50. **Negativno raspoloženje „sumorno“**

Posle 14 dana	Grupe	Uopšte se ne osećam	Osećam se	Blago se osećam	Potpuno se osećam	Ukupno
Sumorno p=0.11706	Ispitivana	63	10	5	1	79
		79.75%	12.66%	6.33%	1.27%	100%
	Kontrolna	54	14	13	0	81
		66.67%	17.28%	16.05%	0.00%	100%

Najveći broj ispitanica obe grupe je izjavilo da 14 dana nakon pobačaja nemaju sumorno raspoloženje, što svedoči rezultat iz ispitivane grupe 63 (79.75%) i kontrolne 54 (66.67%). Ne postoji statistički značajna razlika ($p=0.11706$) između dve grupe.

Tabela br. 51. **Negativno raspoloženje „uznemireno“**

Posle 14 dana	Grupe	Uopšte se ne osećam	Osećam se	Blago se osećam	Potpuno se osećam	Ukupno
Uznemireno p=0.21702	Ispitivana	51	13	14	1	79
		64.56%	16.46%	17.72%	1.27%	100%
	Kontrolna	61	6	14	0	81
		75.31%	7.41%	17.28%	0.00%	100%

Najveći broj pacijentkinja obe grupe, njih 51 (64.56%) ispitivane i 61 (75.31%) pacijentkinja kontrolne grupe, da se 14 dana nakon pobačaja uopšte ne osećaju uznemireno. Rezultati ukazuju na to da ne postoje statistički značajne razlike ($p=0.21702$) između ispitivane i kontrolne grupe kada je u pitanju osećaj uznemirenosti nakon pobačaja.

Tabela br. 52. **Negativno raspoloženje „pospano“**

Posle 14 dana	Grupe	Uopšte se ne osećam	Osećam se	Blago se osećam	Potpuno se osećam	Ukupno
Pospano p=0.70938	Ispitivana	60	9	9	1	79
		75.95%	11.39%	11.39%	1.27%	100%
	Kontrolna	59	11	11	0	81
		72.84%	13.58%	13.58%	0.00%	100%

Čak 60 (75.95%) pacijentkinja ispitivane i 59 (72.84%) iz kontrolne grupe je na pitanje, da li se osećaju pospano odgovorile, da se uopšte tako ne osećaju. Navedeni podaci govore da ne postoji statistički značajna razlika ($p=0.70938$) između pospanog raspoloženja koje vlada među ispitanicama obe grupe.

Tabela br. 53. **Negativno raspoloženje „mrzovoljno“**

Posle 14 dana	Grupe	Uopšte se ne osećam	Osećam se	Blago se osećam	Potpuno se osećam	Ukupno
Mrzovoljno $p=0.28374$	Ispitivana	61	10	5	3	79
		77.22%	12.66%	6.33%	3.80%	100%
	Kontrolna	69	8	4	0	81
		85.19%	9.88%	4.94%	0.00%	100%

Veliki broj pacijentkinja iz ispitivane grupe, njih 61 (77.22%) kao i veliki broj pacijentkinja iz kontrolne grupe, 69 (85.19%) izjavile su da se ne osećaju mrzovoljno, dve nedelje nakon pobačaja. Podaci ukazuju da ne postoji statistički značajna razlika između ispitanica obe grupe kada je mrzovoljno ponašanje u pitanju.

Tabela br. 54. **Negativno raspoloženje „nervozno“**

Posle 14 dana	Grupe	Uopšte se ne osećam	Osećam se	Blago se osećam	Potpuno se osećam	Ukupno
Nervozno $p=0.60339$	Ispitivana	46	16	13	4	79
		58.23%	20.25%	16.46%	5.06%	100%
	Kontrolna	54	12	13	2	81
		66.67%	14.81%	16.05%	2.47%	100%

Na kontrolnom pregledu 14 dana nakon pobačaja, 46 (58.23%) pacijentkinja ispitivane grupe, kao i 54 (66.67%) pacijentkinje kontrolne grupe izjavile su da se više uopšte ne osećaju nervozno. Rezultati govore u prilog tome da ne postoji statistički značajna razlika ($p=0.60339$) u odgovorima između dve grupe.

Tabela br. 55. Negativno raspoloženje „dosta mi je svega“

Posle 14 dana	Grupe	Uopšte se ne osećam	Osećam se	Blago se osećam	Potpuno se osećam	Ukupno
Dosta mi je svega p=0.79023	Ispitivana	66	7	4	2	79
		83.54%	8.86%	5.06%	2.53%	100%
	Kontrolna	72	5	3	1	81
		88.89%	6.17%	3.70%	1.23%	100%

Od ukupno 79 pacijentkinja ispitivane grupe, njih 66 (83.54%) su izjavile da nemaju osećaj da im je dosta svega, dok su u kontrolnoj grupi, njih čak 72 (88.89%) isto izjavile. Ne postoji statistički značajna razlika (p=0.79023) između odgovora pacijentkinja obe grupe 14 dana nakon pobačaja.

Tabele br. 56. Skala trenutnog raspoloženja ispitanica ispitivane grupe na prvoj i drugoj kontroli

Kontrola po redu		Ispitivana grupa				
		N	Prosek	Min.	Max.	SD
Prva kontrola	BMIS - pozitivna	79	14.65	9.00	22.00	3.24
	BMIS - negativna	79	17.38	8.00	31.00	4.52
	BMIS – ukupan skor	79	- 2.73	-20.00	12.00	6.79
Druga kontrola	BMIS - pozitivna	79	19.58	9.00	27.00	3.61
	BMIS - negativna	79	11.87	8.00	23.00	2.91
	BMIS – ukupan skor	79	7.71	-11.00	19.00	5.56

Na prvoj kontroli u ispitivanoj grupi, prosečna vrednost pozitivnog skora iznosila je 14.65 ± 3.24 , dok je prosečna vrednost ukupnog skora iznosila $- 2.73 \pm 6.79$.

Na drugoj kontroli, u ispitivanoj grupi, dve nedelje nakon pobačaja, prosečna vrednost pozitivnog skora u upitniku iznosila je 19.58 ± 3.61 dok je prosečna vrednost ukupnog skora iznosila 7.71 ± 5.56 .

Kontrola po redu		Kontrolna grupa				
		N	Prosek	Min.	Max.	SD
<i>Prva kontrola</i>	BMIS - pozitivna	81	20.35	11.00	26.00	3.42
	BMIS - negativna	81	14.46	8.00	26.00	4.89
	BMIS – ukupan skor	81	5.89	-14.00	18.00	7.49
<i>Druga kontrola</i>	BMIS - pozitivna	81	22.47	15.00	28.00	2.70
	BMIS - negativna	81	11.48	8.00	16.00	1.99
	BMIS – ukupan skor	81	10.98	0.00	19.00	3.91

Tabele br. 57. **Skala trenutnog raspoloženja ispitanica kontrolne grupe na prvoj i drugoj kontroli**

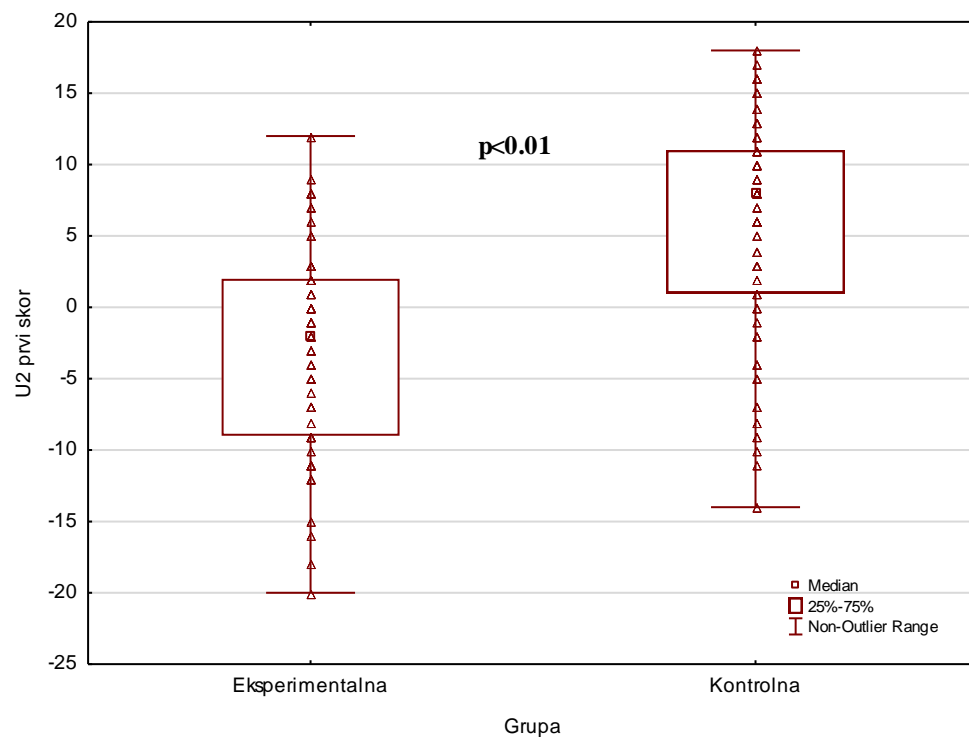
Na prvoj kontroli u kontrolnoj grupi, prosečna vrednost pozitivnog skora iznosila je 20.35 ± 3.42 , dok je prosečna vrednost ukupnog skora iznosila 5.89 ± 7.49 . (Tabela br. 57)

Na drugoj kontroli u kontrolnoj grupi, prosečna vrednost pozitivnog skora u upitniku iznosila je 22.47 ± 2.70 , dok je prosečna vrednost ukupnog skora iznosio 10.98 ± 3.91 . (Tabela br. 57)

Kod pacijentkinja ispitivane grupe koje su imale pobačaj željene trudnoće dominirala su negativna osećanja, dok su kod pacijentkinja iz kontrolne grupe, koje su imale pobačaj neželjene trudnoće dominirala pozitivna osećanja.

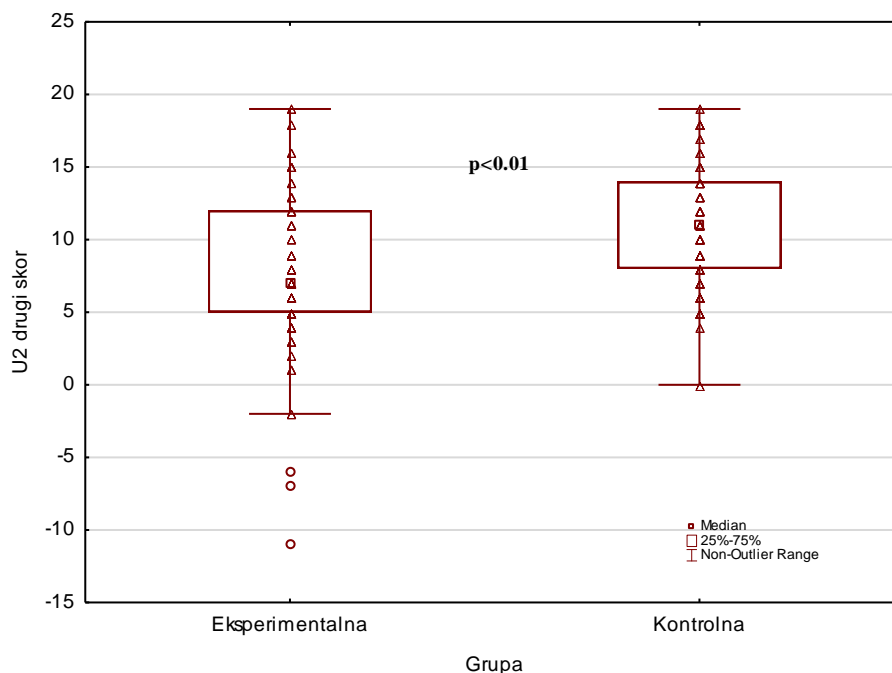
Pomoću Men Vitnjevog testa dobijeno je da postoje statistički značajne razlike između dve grupe u Skali trenutnog raspoloženja na prvoj kontroli, 2 h nakon prekida trudnoće ($z = -6.71$, $p < 0.01$).

Grafikon br. 6. Trenutno raspoloženje ispitanica obe grupe dva sata nakon pobačaja



U ukupnom skoru koji je dobijen u toku prve kontrole, kontrolna grupa ima statistički značajno viši skor na skali pozitivnih raspoloženja u odnosu na ispitivanu grupu ($p < 0.01$). (Grafikon br. 6)

Grafikon br.7. Trenutno raspoloženje ispitanica obe grupe 14 dana nakon pobačaja.



Pomoću Men Vitnijevog testa utvrđeno je da postoje statistički značajne razlike između dve ispitane grupe u ukupnom skoru u Skali trenutnog raspoloženja dve nedelje nakon pobačaja. ($z = -3.99$, $p = 0.000067$). U obe grupe ispitanica dominiralo je pozitivno raspoloženje, ali je ono u kontrolnoj grupi, bilo značajno više.

Tabela br. 58. Poređenje rezultata u toku obe kontrole u ispitivanoj grupi

Kontrola po redu	Prosek	SD	p
Prva kontrola	-2.73418	6.787449	
Druga kontrola	7.70886	5.558897	0.000001

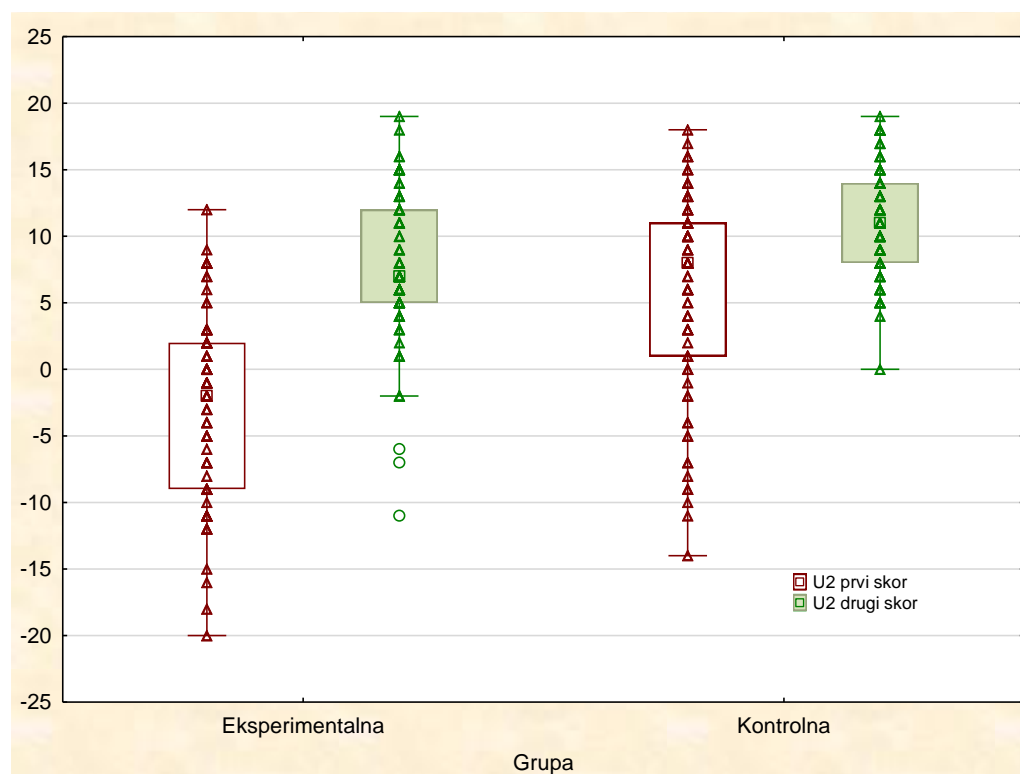
Dokazana je statistički značajna razlika u skoru Skale trenutnog raspoloženja na prvoj i drugoj kontroli u ispitivanoj grupi (-2.73418 ± 6.787449 ; 7.70886 ± 5.558897) ($p < 0.000001$). (Tabela br. 58.)

Tabela br. 59. Poređenje rezultata dobijenih u toku obe kontrole u kontrolnoj grupi

Kontrola po redu	Prosek	SD	p
Prva kontrola	5.88889	7.486655	
Druga kontrola	10.97531	3.908245	0.000001

Dokazana je statistički značajna razlika u skoru Skale trenutnog raspoloženja na prvoj i drugoj kontroli u kontrolnoj grupi (5.88889 +/- 7.486655; 10.97531 +/- 3.908245)

($p < 0.000001$). (Tabela br. 59.).



Grafikon br. 8. Rezultati Skale trenutnog raspoloženja na prvoj i drugoj kontroli.

Pomoću Skale trenutnog raspoloženja, ispitivali smo da li postoji statistički značajna razlika u pojavi kako pozitivnih, tako i negativnih rasporoženja između ispitivane i kontrolne grupe 2h, ali i nakon 14 dana nakon pobačaja

5.3. SKALA AKUTNE REAKCIJE NA STRES

5.3.1. Akutni stresni poremećaj – prva kontrola

U toku druge posete (2h nakon pobačaja trudnoće) i treće posete (14 dana nakon pobačaja), ispitanice su popunjavale upitnik br. 3. – „Skala akutne reakcije na stres“ i tada su dobijeni sledeći rezultati vezani za eventualnu pojavu akutnog stresnog poremećaja (ASP)

ASP	Ispitivana grupa	
	Broj	%
<i>Da</i>	41	51,90
<i>Ne</i>	38	48,10
Ukupno	79	100

Tabela br. 60. Skala akutne reakcije na stres – prva kontrola ispitivane grupe

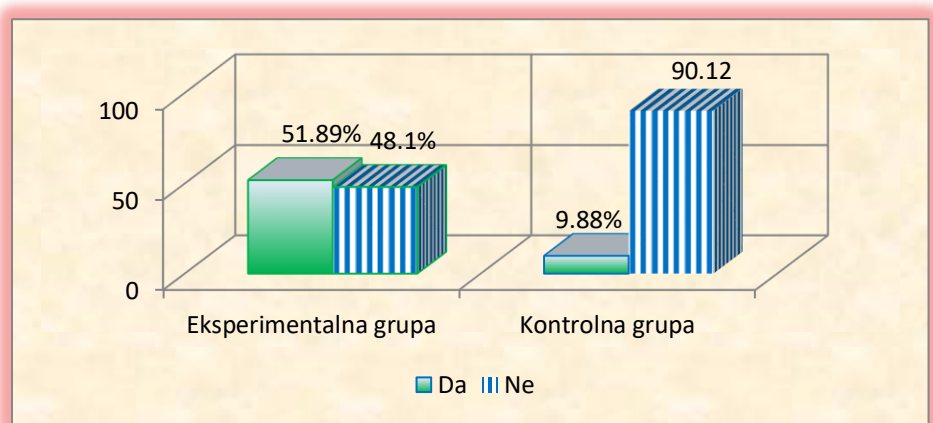
U ispitivanoj grupi 41 ispitanica (51,9%) ispoljila je znake akutnog stresnog poremećaja (Tabela br. 60.)

Tabela br.61. Skala akutne reakcije na stres – prva kontrola kontrolne grupe

ASP	Kontrolna grupa	
	Broj	%
<i>Da</i>	8	9,88
<i>Ne</i>	73	90,12
Ukupno	81	100

Akutni stresni poremećaj je bio prisutan kod 8 ispitanica (9,88%) kontrolne grupe. (Tabela br. 61.)

Pirsonovim hi-kvadrat testom je dobijeno da postoje statistički značajne razlike između ispitivane i kontrolne grupe u učestanosti pojavljivanja ASP-a nakon pobačaja trudnoće ($p < 0.001$). ($\chi^2 = 33.24$, $p = 0.0001$). (Grafikon br. 9).



Grafikon br. 9. Skala akutne reakcije na stres - nakon 2h od pobačaja trudnoće

5.3.2. Akutni stresni poremećaj – druga kontrola

U ispitivanoj grupi 17 ispitanica (21,52%) imalo je znake akutnog stresnog poremećaja 14 dana nakon pobačaja (Tabela br. 62.).

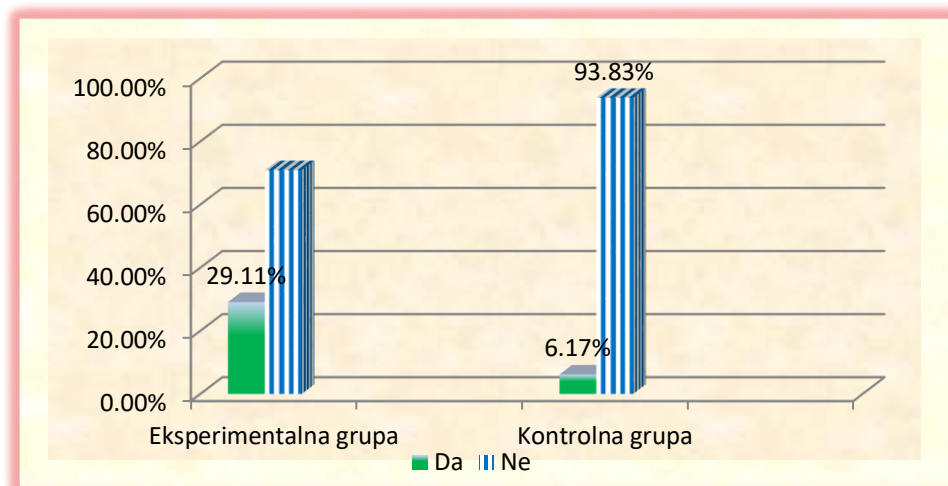
ASP	Ispitivana grupa	
	Broj	%
<i>Da</i>	17	21,52
<i>Ne</i>	62	78,48
Ukupno	79	100

Tabela br. 62. Učestalost pojavljivanja ASP-a nakon 14 dana od pobačaja – ispitivana grupa

Akutni stresni poremećaj bio je prisutan kod samo 2 ispitanice (2,47%) kontrolne grupe. (Tabele br. 63).

ASP	Kontrolna grupa	
	Broj	%
<i>Da</i>	2	2,47
<i>Ne</i>	79	97,53
Ukupno	81	100

Tabela br. 63. Učestalost pojavljivanja ASP-a nakon 14 dana od pobačaja-kontrolna grupa



Grafikon br. 10. Skala trenutne reakcije na stres - nakon 14 dana od pobačaja

Pirsonovim hi-kvadrat testom je dobijeno da postoje statistički značajne razlike između dva grupe, ispitivane i kontrolne u učestalosti pojavljivanja ASP nakon 14 dana od pobačaja ($p < 0.001$) ($\chi^2 = 13.87$, $p = 0.0002$).

Rezultati dobijeni iz Skale trenutne reakcije na stres pored utvrđivanja da li postoji mogućnost nastanka akutnog stresnog poremećaja, mogu da otkriju da li pomenuti poremećaj može da se prolongira i intenzivira pri čemu dolazi do nastanka posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP).

5.3.3. Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) – prva kontrola

Istraživanjem posttraumatskog stresnog poremećaja uočeno je da su u ispitivanoj grupi 2 sata nakon pobačaja, 23 ispitanice (29,11%) imale znake (Tabela br. 64).

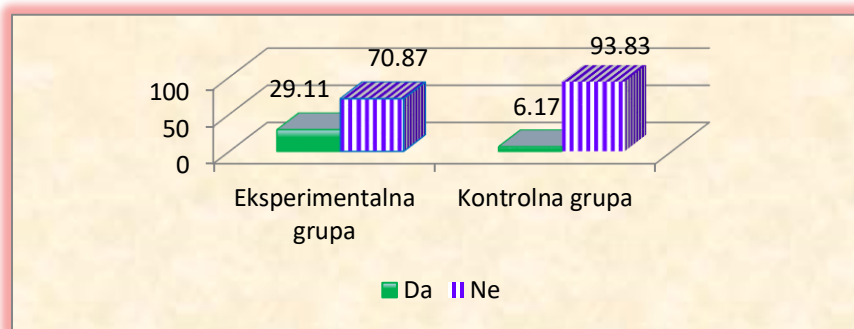
Tabela br. 64. PTSP-a nakon 2h od pobačaja –ispitivana grupa

PTSP	Ispitivana grupa	
	Broj	%
<i>Da</i>	23	29,11
<i>Ne</i>	56	70,89
Ukupno	79	100

Tabela br. 65. PTSP-a nakon 2h od pobačaja –kontrolna grupa

PTSP	Kontrolna grupa	
	Broj	%
<i>Da</i>	5	6,17
<i>Ne</i>	76	93,83
Ukupno	81	100

Posttraumatski stresni poremećaj je bio prisutan kod samo 5 ispitanica (6,17%) kontrolne grupe (Tabela br. 65.)



Grafikon br. 11. Skala trenutne reakcije na stres za PTSP - nakon 2h od pobačaja

Pirsonovim hi-kvadrat testom je dobijeno da postoje statistički značajne razlike između dva grupe, ispitivane i kontrolne u učestalosti pojavljivanja PTSP 2 sata nakon pobačaja ($p < 0.001$) ($\chi^2 = 14.58$, $p = 0.00013$). (Grafikon br.11)

5.3.4. PTSP-a nakon 14 dana nakon pobačaja

U ispitivanoj grupi 2 ispitanice (2,53%) imale su znake posttraumatskog stresnog poremećaja 14 dana nakon pobačaja (Tabela br. 66.)

Tabela br. 66. PTSP-a 14 dana nakon pobačaja – ispitivana grupa

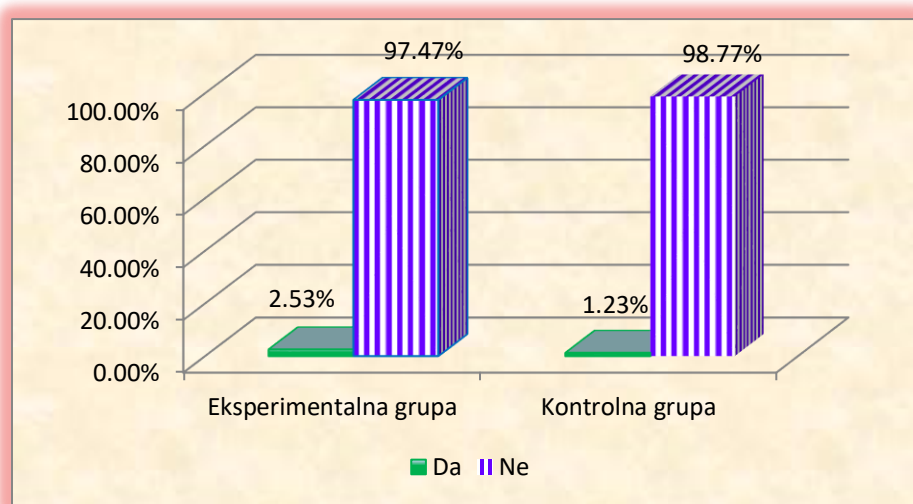
PTSP	Ispitivana grupa	
	Broj	%
<i>Da</i>	2	2,53
<i>Ne</i>	77	97,47
Ukupno	79	100

Tabela br. 67. PTSP-a 14 dana nakon pobačaja – kontrolna grupa

PTSP	Kontrolna grupa	
	Broj	%
<i>Da</i>	1	1,23
<i>Ne</i>	80	98,77
Ukupno	79	100

Posttraumatski stresni poremećaj je bio prisutan kod samo jedne ispitanice (1,23%) kontrolne grupe. (Tabele br. 67.).

Grafikon br. 12. PTSP- nakon 14h od pobačaja u obe grupe



Hi-kvadrat testom je dobijeno da ne postoje statistički značajne razlike između dva grupe, ispitivane i kontrolne u učestanosti pojavljivanja PTSP 14 dana nakon pobačaja ($p > 0.5$), ($\chi^2 = 0.366$, $p = 0.54535$). (Grafikon br. 12.)

5.3.5. ASP kod ispitivane grupe – poređenje rezultata na kontrolama

U ispitivanoj grupi 41 ispitanica (51,90%) imala je znake akutnog stresnog poremećaja dva sata nakon pobačaja dok je akutni stresni poremećaj bio prisutan kod 17 ispitanica (21,52%) 14 dana nakon pobačaja. (Tabela br. 68).

Tabela br. 68. ASP kod ispitivane grupe – poređenje rezultata na kontrolama

	Prva kontrola		Druga kontrola		Ukupno
	broj	%	broj	%	
<i>Da</i>	30	73.17	11	26.83	41
<i>Ne</i>	32	84.21	6	15.79	38
Ukupno	62		17		79

Tabela br. 69. **Mc Nemarovim hi-kvadrat test učestalosti pojave ASP-a 2h nakon pobačaja**

ASP	Ispitivana grupa		
	Chi-square	df	p
McNemar Chi-square (A/D)	9.302325	df=1	p=0.00229

Mc Nemarovim hi-kvadrat testom dobijeno je da postoje statistički značajne razlike u učestalosti pojave ASP-a u ispitivanoj grupi 2 sata nakon pobačaja u odnosu na 14 dana nakon pobačaja. Statistički značajno veći broj ispitanica ispoljio je znake akutnog stresnog poremećaja 2 sata nakon pobačaja ($p < 0.01$) ($\chi^2 = 9.30$, $p = 0.00229$).

5.3.6. ASP kod kontrolne grupe – poređenje rezultata na kontrolama

U kontrolnoj grupi 8 ispitanica (9,88%) imala je znake akutnog stresnog poremećaja dva sata nakon pobačaja dok je akutni stresni poremećaj bio prisutan kod samo dve ispitanice (2,47%) 14 dana nakon pobačaja. (Tabela br. 70).

Tabela br. 70. **ASP kod kontrolne grupe – poređenje rezultata na kontrolama**

	Prva kontrola		Druga kontrola		Ukupno
	broj	%	broj	%	
<i>Da</i>	6	75.00	2	25.00	8
<i>Ne</i>	73	100.00	0	0.00	73
Ukupno	79		2		81

Tabela br. 71. **Mc Nemarovim hi-kvadrat test učestalosti pojave ASP-a 14 dana nakon pobačaja**

ASP	Kontrolna grupa		
	Chi-square	df	P
McNemar Chi-square (A/D)	65.33334	df=1	p=0.00001

Mc Nemarovim hi-kvadrat testom dobijeno je da postoje statistički značajne razlike u učestalosti pojave ASP-a u kontrolnoj grupu dva sata nakon pobačaja u odnosu na 14 dana nakon pobačaja. Statistički značajno veći broj ispitanica ispoljio je znake akutnog stresnog poremećaja 2 sata nakon pobačaja ($p < 0.0001$), ($\chi^2 = 65.33$, $p = 0.00001$).

5.4. SKALA ZA PROCENU NIVOAA BLAGOSTANJA U PERIODU TUGOVANJA

(Well-being questionnaire 12 (W-BQ 12))

Tabela br. 72. Skala za procenu nivoaa blagostanja u periodu tugovanja –ispitivana grupa

Kontrola po redu	Ispitivana grupa				
	N	Prosek	Min.	Max.	SD
<i>Prva kontrola</i>	79	5.79	-8.00	17.00	5.59
<i>Druga kontrola</i>	79	9.54	-4.00	17.00	4.01

Ukupan skor W-BQ 12 skale u ispitivanoj grupi dva sata nakon pobačaja iznosio je u proseku 5,79 +/- 5,59, dok je posle 14 dana iznosio u proseku 9,54 +/- 4,01. (Tabela br. 72.)

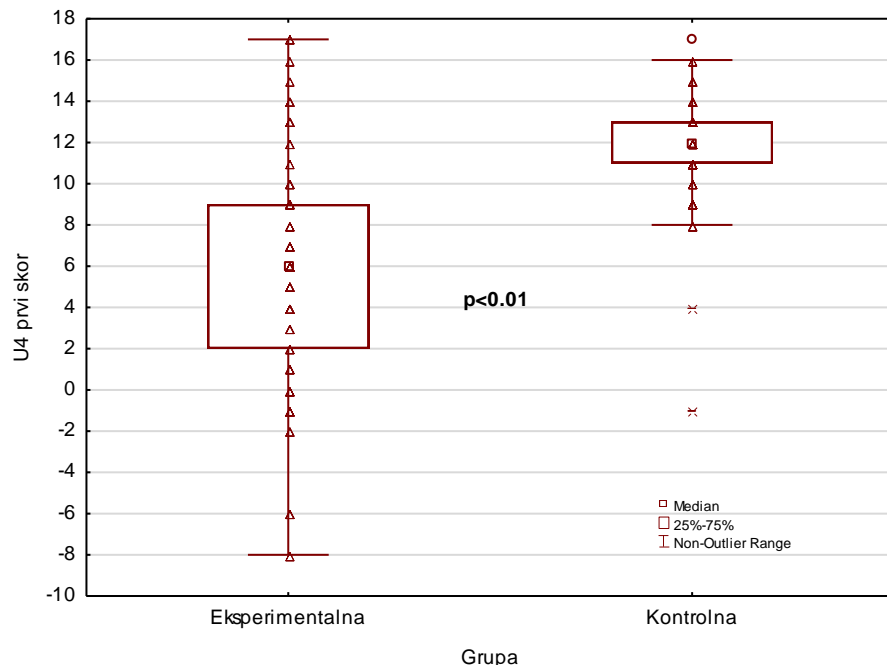
Tabela br. 73. Skala za procenu nivoaa blagostanja u periodu tugovanja –kontrolna grupa

Kontrola po redu	Kontrolna grupa				
	N	Prosek	Min.	Max.	SD
<i>Prva kontrola</i>	81	11.60	-1.00	17.00	2.51
<i>Druga kontrola</i>	81	13.29	2.00	18.00	2.79

Ukupan skor W-BQ 12 skale u kontrolnoj grupi dva sata nakon pobačaja iznosio je u proseku 11,60 +/- ,51, dok je posle 14 dana iznosio u proseku 13,29 +/- 2,79. (Tabela br. 73.)

Prema Mann Vitnjev-om testu postoji statistički značajna razlika između ispitivane i kontrolne grupe 2h nakon pobačaja ($z = -7.097$, $p < 0.001$). (Grafikon br. 13)

Grafikon br.13. **Rezultati skale za procenu nivoa blagostanja u periodu tugovanja nakon 2h od pobačaja- poređenje dve grupe**

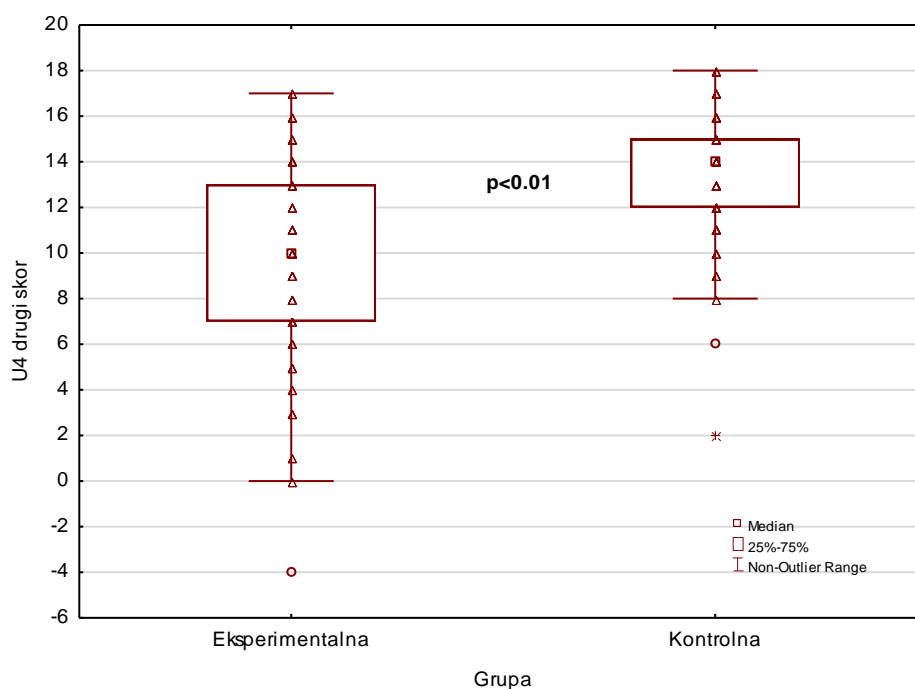


Četrnaest dana nakon pobačaja ukupan skor u ispitivanoj grupi iznosio je 11,6 +/- 2,51, dok je u kontrolnoj grupi iznosio 13,29 +/- 2,79.

Tabela br. 74. **Mann Vitnijev test za procenu nivoa blagostanja u periodu tugovanja nakon 14 dana od pobačaja - poređenje dve grupe**

	Mann-Whitney Test- poređenje dve grupe					
	Ispitivana grupa	Kontrolna grupa	U	Z	p-value	Z adjusted
14 dana	4539.000	8341.000	1379.000	-6.21145	0.000001	-6.23456

Prema Mann Vitnijev-om testu postoji statistički značajna razlika rezultata ispitivane i kontrolne grupe 14 dana nakon pobačaja (p<0.001) (z= -6.21, p= 0.000001) (Grafikon br 14).



Grafikon br. 14. **Rezultati skale za procenu nivoa blagostanja u periodu tugovanja - nakon 14 dana od pobačaja - poređenje dve grupe**

Tabela br. 75. **Skala procene nivoa blagostanja u period tugovanja u ispitivanoj grupi nakon prve i nakon druge kontrole**

	Ispitivana grupa				
	N	Prosek	Minimum	Maximum	SD
<i>I kontrola</i>	79	5.797468	-8.00000	17.00000	5.587027
<i>II kontrola</i>	79	9.544304	-4.00000	17.00000	4.005757

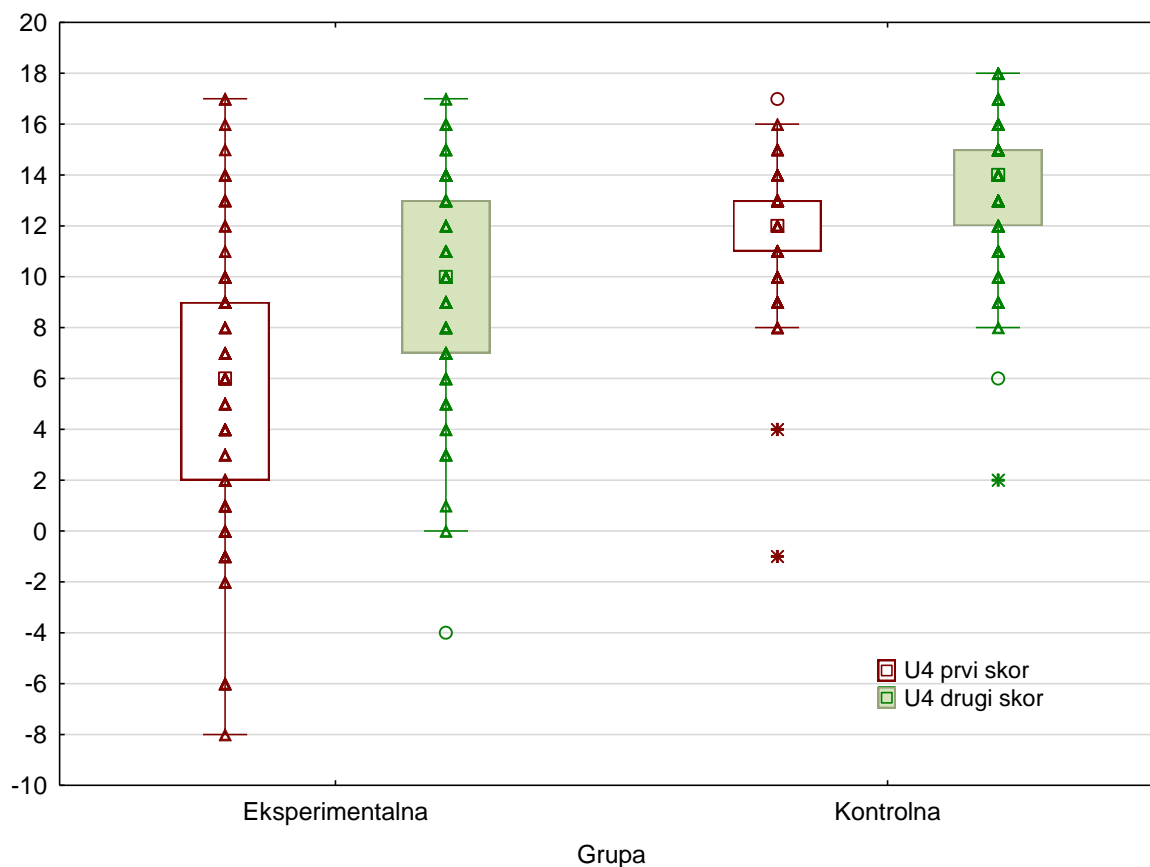
Na osnovu Vilkoksonovog testa parova utvrđeno je da postoje statistički značajna razlika u vrednosti W-BQ 12 skale kod ispitanica u ispitivanoj grupi na prvoj i drugoj kontroli (5,79+/- 5,59 vs 9,54 +/- 4,01) ($z=7.23$, $p < 0.01$). Na kontroli, 14 dana nakon pobačaja ispitanice su pokazivale veći nivo blagostanja (Tabela br. 75. Grafikon br. 15.).

Tabela br. 76. **Skala procene nivoa blagostanja u period tugovanja u kontrolnoj grupi nakon prve i nakon druge kontrole**

	+				
	N	Prosek	Minimum	Maximum	SD
<i>I kontrola</i>	81	11.60494	-1.00000	17.00000	2.513359
<i>II kontrola</i>	81	13.29630	2.00000	18.00000	2.785877

Takođe je utvrđeno da postoji statistički značajna razlika u vrednosti W-BQ 12 skale kod ispitanica u kontrolnoj grupi na prvoj i drugoj kontroli (11,60+/- 2,51 vs 13,29 +/- 2,79) ($z=4.50$, $p<0.01$). Na kontroli, 14 dana nakon pobačaja ispitanice su pokazivale veći nivo blagostanja (Tabela br. 76. Grafikon br. 15.).

Grafikon br. 15. **Rezultati skale za procenu nivoa blagostanja u periodu tugovanja**



6. DISKUSIJA

Jedan od načina kako trudnoća može da se završi jeste i pobačaj. Veći broj studija beleži podatak da od 12-15% svih trudnoća se završe upravo na ovaj način i to pre 20. nedelje gestacije. (116).

U toku iznalaženja uzroka pobačaja, neki autori su došli do saznanja da je jedan od uzročnika upravo starost majke. Naime, poznato je da nakon 30 godina starosti, fertilna sposobnost žene opada i ujedno dolazi do povećanja broja hromozomskih aberacija (117).

Naše istraživanje je sprovedeno u vidu prospektivne studije na Klinici za ginekologiju i akušerstvo u Novom Sadu. Za ispitivanje su korišćena četiri posebno konstruisana upitnika. Ispitanice su bile podeljene u dve grupe, i to ispitivanu koja je obuhvatala 79 žena sa spontanom pobačajem željene trudnoće i namernim pobačajem željene trudnoće iz zdravstvenih indikacija i kontrolnu grupu sa 81. ispitanicom koje su se javile radi prekida neželjene trudnoće. Dobijeni podaci su nam ukazali na to da je u obe grupe prosečna starost ispitanica iznosila oko 31. godinu.

Prema istraživanju koje je sprovedeno u period od 2000-2001. godine u Americi, na reprezentativnom uzorku od 10 000 žena, utvrđeno je da tinejdžerke i mlade žene od 15-19 godina starosti čine 19% svih pobačaja. Zatim, sa 33% slede mlade žene od 20-24 godina starosti, a 25% čine žene starije od 30 godina (118).

U Luizijani je od 1999. godine zakonom obavezno prijavljivanje svakog prekida trudnoće od strane lekara, tako da na osnovu ovih podataka uviđamo da je 1999. godine bilo ukupno 12008 prekida trudnoće, od toga je najveći broj ispitanica, njih 4253 bilo starosti 20-24 godine. Naredne godine, od 11,384 prekida trudnoće, 2,618 pacijentkinja je bilo starosti od 25-39 godina. Od 2001. godine i svake naredne pa sve do 2009. najveći broj pacijentkinja koje su imale prekid trudnoće bile su starosti od 20-24 godine (119).

U Sjedinjenim Američkim državama je tokom 2015. godine urađeno, prema CDC-u 638 169 pobačaja, od kojih je najveći procenat bio među ženama između 20.-24. godine -31,1% i ženama između 25. i 29. godine -27,6%. Taj procenat je mnogo manji kod žena između 30. i 34.

godine -17,7%, između 35. i 39. godine -10%, a najmanji među ženama starijim od 40 godina, svega 3,5% (120).

Milenković A. i saradnici u istraživanju koje su sprovedeli analizirajući podatke vezane za pobačaj neželjene trudnoće u period od 2009. do 2013. godine, došli su do zaključka da se između 20-29 godine života najčešće vrši prekid trudnoće. Povećanjem starosne granice, broj namernih prekida trudnoće se smanjuje (121).

U našem istraživanju, na osnovu dobijenih podataka smo utvrdili da najveći broj ispitanica u obe grupe i to u ispitivanoj 40,5% a u kontrolnoj 50,6% ima srednju stručnu spremu, nešto manji broj (35,44% i 23,46%) ima završen fakultet, dok je manje od 15% ispitanica u obe grupe završilo višu odnosno srednju školu.

Što se školskog obrazovanja tiče, Vukelić J. i saradnici u svom istraživanju tvrde da je najveći broj ispitanica koje su imale pobačaj, završilo srednju školu (72). Milenković A. i saradnici su dobili isti podatak u svom istraživanju kada je u pitanju nivo obrazovanja ispitanica koje su imale prekid trudnoće (121).

Podaci dobijeni iz registra u Luizijani u vremenskom periodu od 1999-2019 godine ukazuju na to da najveći broj žena koje su imale prekid trudnoće nisu bile u braku. Ovaj podatak se jedino razlikuje 2018. godine kada je najveći broj registovanih pacijentkinja izjavilo da je u braku (119).

U istraživanju koje je sprovedeno u Sjedinjenim Američkim državama najveći broj žena koje su imali terminaciju trudnoće nisu bile u braku (85,7%), dok su svega 14,3% ispitanice izjavile da su venčane (120).

Kathryn L Andersen i saradnici, u svom istraživanju koje je sprovedeno u Nepal u uzorku od 600 ispitanica tokom 2012. godine su došli do zaključka da 54% ispitanica nikada nije bilo u braku, dok preostalih 45% su bile u braku, razdvojene od bračnog partnera, razvedene, a 1% su činile udovice (122).

Nasuprot ovim navedenim podacima, u našem istraživanju najveći broj pacijentkinja je bilo u braku. Kada je poređenje dve grupe ispitanica u pitanju, ne postoji statistički značajna

razlika u bračnom statusu između dve grupe, gde je najveći broj pacijentkinja u ispitivanoj grupi, 60,76%, bilo udato, 21,52% neudato, 12,66% u vanbračnoj zajednici, dok je 5,06% ispitanica bilo razvedeno. U kontrolnoj grupi 62,96% pacijentkinja je bilo udato, 18,52% u vanbračnoj zajednici, 14,81% neudato, 2,47% razvedeno, dok je jedna pacijentkinja (1,23%) bila udovica.

Kada je u pitanju nedelja gestacije u kojoj je izvršen prekid trudnoće, postoje signifikantne razlike između ispitivane i kontrolne grupe. Naime, u ispitivanoj grupi prosečna nedelja gestacije kada je urađen pobačaj željene trudnoće, bila je 15, dok je u kontrolnoj grupi prosek bila 8 nedelja.

Tokom 2016. godine u Sjedinjenim Američkim državama najveći broj pobačaja izvršen je do šeste nedelje gestacije 34,5%, u sedmoj nedelji 17,7%, u osmoj 13,4%, u devetoj 9,2%, u desetoj 5,6%, a posle desete je taj procenta daleko manji (120).

Prema podacima iz Centra za kontrolu bolesti (CDC) u Sjedinjenim Američkim državama, utvrđeno je da među ženama koje su imale pobačaj u toku 2016. godine, 41% nije rađalo pre toga, 45 % je imalo jedno ili dvoje živorođene dece, a 14% troje ili više dece (120).

Statističkom obradom podataka dobijenih u toku našeg istraživanja utvrđeno je da nema razlike između grupa i da najveći broj žena ima jedno dete. U ispitivanoj grupi najveći broj pacijentkinja. Njih 29 (36,71%) je imalo jedno dete, njih 12 (15,19%) je imalo dvoje, dok je njih 5 (6,33%) imalo troje dece. U kontrolnoj grupi najveći broj ispitanica, 23 (28,4%) imalo je jedno dete, dvoje dece je imala 21 ispitanica (25,93%), troje dece 13 ispitanica (16,05%), dok je po jedna ispitanica (1,23%) imala četvoro odnosno sedmoro dece.

Podaci iz 39 oblasti Sjedinjenih Američkih država koje su u okviru prijave prekida trudnoće, navele i njihov prethodni broj za ispitanice u 2015. godini ukazuju na to da većina (56,3%) nije imala ranije abortusa, 35,4% je imalo jedan ili dva, a 8,2% su imale tri ili više prethodnih abortusa (123).

O istraživanju sprovedenom u Engleskoj i Velsu 2019. godine, tumači se na osnovu obrazaca prijave prekida trudnoće koji su dostavljeni Odeljenju za zdravstvo i socijalnu zaštitu.

Na osnovu dobijenih podataka zaključuje se da 40% žena koje su 2015. godine bile podvrgnute prekidu trudnoće, do tada je imalo jedan ili više abortusa (124).

Milenković A. i saradnici tokom istraživanja 2013. godine utvrdili su da od 148 pobačaja koliko je ukupno bilo, 48 žena je tada imalo prvi namerni pobačaj (32,4%), 39 žena je imalo već jedan namerni pobačaj (26,3%), pre istraživanja je 24 žena (16,2%) već imalo dva prethodna pobačaja, 3 pobačaja je imalo 15 žena (10,1%), 10 žena (6,7%) imalo je 4, 5 prethodnih pobačaja su imale 4 žene (2,7), 3 žene (2,1%) su imale 6, 7 prethodnih pobačaja su imale 2 žene (1,4), 2 žene (1,4%) su imale 9 i jedna žena je imala 10 prethodnih pobačaja (0,7%) (121).

U našem istraživanju utvrđeno je da ne postoji statistički značajna razlika između dve grupe i da je najveći broj ispitanica ranije imalo jedan prekid trudnoće. U ispitivanoj grupi 65,38% pacijentkinja imalo je jedan prekid trudnoće, dok je 30,77% imalo dva prekida trudnoće. U kontrolnoj grupi 54,55% pacijentkinja imalo je jedan prekid trudnoće, 30,30% dva prekida dok je tri i više prekida trudnoće imalo 15,15% pacijentkinja.

Brojni su razlozi zbog kojih se žene opredeljuju za prekid trudnoće. Studija koja je sprovedena od 2008.-2010. godine u Sjedinjenim Američkim državama obuhvatila je 954 ispitanice, koje su kao najčešće razloge navele: problem finansijske prirode (40%), odlaganje trudnoće dok se ne steknu svi neophodni uslovi (36%), problem i nerazumevanje od strane partnera (31%) (125).

Nilsson i saradnici su sprovedli kohortnu studiju koja je obuhvatala 90 000 trudnoća, od kojih je 3 177 završeno pobačajem. Nakon ove studije, utvrdili su da je razlog tome što se sve veći broj žena odlučuje za prvu trudnoću tek nakon tridesete godine starosti i samim tim su došli do zaključka da bi čak 25% pobačaja moglo biti sprečeno ukoliko bi se žene porađale od 25. do navršene 29. godine starosti (126).

U Američkoj studiji razlozi za pobačaj su bili sledeći: ispod 0,5% pobačaja je urađen zbog silovanja, 3% zbog anomalija ploda, 4% zbog psihičkih tegoba trudnice, 4% trudnica je prekinulo trudnoću jer su smatrale da će im ona praviti problem za napredovanje u karijeri, 7% je smatralo da nije dovoljno zrelo za roditeljstvo, 8% jer nisu želele da budu samohrane majke,

19% se odlučilo na prekid jer već ima dece, 23% zbog lošeg materijalnog statusa, 25% nije bilo spremno za decu, a 6 % iz drugih razloga (120).

Podaci iz našeg istraživanja pokazuju da su pacijentkinje kao razloge prethodnih prekida trudnoće navele da je to bila neželjena trudnoća (48,48%), zatim loša finansijska situacija (15,15%) kao i nezaposlenost (12,12%). Jedna pacijentkinja je kao razlog prekida trudnoće navela da trudnoću nije želeo partner, dok je druga kao razlog navela strah. Po dve pacijentkinje su imale spontani pobačaj i Missed ab, dok je jedna pacijentkinja prekinula trudnoću zbog Blighted ovuma.

Odsustvo podrške od strane partnera u period nakon pobačaja može dovesti do ozbiljnih promena u životu i ponašanju žene. Pritisak od strane partnera, uprkos želji da trudnoću održe, je upravo jedan od razloga za odlučivanje na pobačaj što u nekom kasnijem period može dovesti do pojave posttraumatskog stresnog poremećaja. Na ovu temu su sprovedena brojna istraživanja (127).

Kroelinger i saradnici su 2001. godine utvrdili da su usled hormonskih poremećaja trudnice veoma osetljive na negativne nadražaje. Zbog toga, pretnje napuštanjem od strane partnera kao i nedostatak podrške, može izazvati nastanak anksioznih poremećaja. Istom studijom je utvrđeno da ako je partner prisutan, ali ne pruža podršku ženi, stopa pobačaja je četiri puta veća, u odnosu na situacije kada u partnerskim odnosima postoji pomoć i podrška (128).

Žene koje su imale pobačaj trudnoće, proživele su veoma traumatično iskustvo. Ovaj događaj kao i same promene koje doživljavaju pre, u toku ili nakon pobačaja mogu biti ublažene pre svega prisustvom i podrškom od strane partnera. Postoje brojne studije koje dokazuju ovu tvrdnju, između ostalih Strahan 2002. god. koji je utvrdio da su negativno mišljenje i stav budućeg oca od velikog značaja i važan faktor za nastanak stresa, anksioznosti i depresije. Tokom trudnoće, posebno ako je u pitanju neželjena trudnoća, otac može da prihvati svoju moralnu odgovornost za očinstvo i da trudnicu podrži, ohrabri i pomogne joj u odluci, ali i da pokaže stav ohrabrenja i pomoći u dobijanju psihološke podrške (129).

Prema studiji Finera i saradnika iz 2005. godine, kao razlog pobačaja, 48% žena je navelo problem u komunikaciji sa partnerom kao i izbegavanje odgoja deteta kao samohrani roditelj (130).

Istraživanje Biggsa i saradnika iz 2013. godine ukazuju na to da 31% žena se odlučilo za pobačaj zbog nedostatka podrške od strane partnera, i shodno ovim istraživanjima može da se izvede zaključak koji govori u prilog tome da je uticaj partnera od velikog značaja kako za odluku o pobačaju tako i za psihološki ishod nakon pobačaja (131).

Kalister koristi termin „nepodudarna tuga” koji se odnosi na rodne razlike u iskustvu perinatalnog gubitka, tvrdeći da majke imaju tendenciju da ispoljavaju duže i intenzivnije periode tuge i da su emocionalno izražajnije (132). Muškarci, s druge strane, svoju ulogu mogu tumačiti kao podršku partnerki, dok ograničavaju izražavanje sopstvenih osećanja (133-135). Iako su simptomi vezani za perinatalni gubitak veoma slični kod muškaraca i žena, manifestacije ovih osećanja su različite (44, 136). Međutim, osim rodni razlika, perinatalni gubitak je lično iskustvo, jedinstveno za svakog pojedinca (137-139).

Čak 83 % ispitanica, kažu da ne bi prekinule trudnoću da ih je podržavao partner, članovi porodice ili druge osobe koje su važne u njihovom životu (140).

Problemi mentalnog zdravlja i neprilagođenih odnosa kod žena nakon spontanog pobačaja, prema jednoj studiji uključuju: napetost u intimnim partnerskim odnosima, razvod braka ili raskid veze, uznemirenost u relaciji sa roditeljima ili decom kasnije, posttraumatski stresni poremećaj, depresiju, samoubilačke ideje, anksioznost sa i bez paničnog poremećaja, zloupotrebu supstanci, anoreksiju i profesionalna disfunkcija. Dva puta više žena je imalo probleme sa mentalnim zdravljem i neprijalagođenim odnosima kod kojih je prošlo više od godinu dana od njihovog pobačaja ili abortusa (141).

U našem istraživanju postoji statistički značajna razlika u promeni partnerskih odnosa između ispitivane i kontrolne grupe ($p < 0.05$). Kod značajno većeg broja pacijentkinja ispitivane grupe, koje su imale spontani pobačaj (26,58%) u odnosu na one koje su imale namerni prekid trudnoće (7,41%) partnerski odnos se pogoršao. Kod statistički značajno većeg broja

pacijentkinja koje su imale namerni prekid trudnoće (76,54%) u odnosu na one koje su imale spontani prekid trudnoće (60,76%) odnos je ostao nepromenjen.

Četrdeset i tri žene (26,2%) prijavile su razdor ili raspad intimnih partnerskih odnosa. Naknadne promene odnosa su opisane u različitim stepenima, od razdora do razvoda, preko udaljavanja zbog neusklađenosti emocionalnih reakcija i pogrešne komunikacije vezano za pobačaj pa sve do zlostavljanja. Nesklad u roditeljskim ili porodičnim odnosima prijavljen je kod 4,3% žena. One su uglavnom u momentu pobačaja bile maloletne osobe i zavisne od roditelja. Polovina njih je imala pritisak roditelja da prekinu trudnoću. Jedna pacijentkinja je izjavila: „11 godina sam patila sa besom, gorčinom i neopraštanjem prema svom tati, koji me je odveo na abortus, što je bila najteža stvar“. Nasuprot tome, dve žene u pričama o abortusu su pokazale olakšanje i priznale da je njihova teška situacija značajno iskustvo koje je ojačalo njihove odnose sa drugima (141).

Istraživanja u poslednje dve decenije pokazuju da emocionalna reakcija ili iskustvo tuge u vezi sa pobačajem i abortusom mogu biti produžene, uticati na mentalno zdravlje i/ili uticati na intimne ili roditeljske odnose. Posledice neprilagođenog mentalnog zdravlja povezane sa spontanom pobačajem uključuju depresiju, anksioznost i posttraumatski stres. (49, 115, 141, 142). Istraživanja o mentalnom zdravlju nakon ranog gubitka trudnoće kao rezultat elektivnih indukovanih abortusa su istorijski bila polarizovana, ali nedavna istraživanja ukazuju na povećanu korelaciju sa nastankom ili pogoršanjem zloupotrebe supstanci i afektivnih poremećaja uključujući suicidalne ideje (144, 145). Nekoliko nedavnih međunarodnih studija pokazalo je da je ponavljajući rani gubitak trudnoće, uključujući i pobačaj i indukovane abortuse, povezan sa povećanim nivoima uznemirenosti, depresije, anksioznosti i smanjenog kvaliteta života u kategorijama socijalnog i mentalnog zdravlja (146-149). Produžene reakcije tuge povezane sa drugim vrstama gubitka (supružnik ili starija deca) su povezane sa lošim mentalnim i fizičkim zdravstvenim ishodom, uključujući zloupotrebu supstanci, afektivne poremećaje, socijalna i funkcionalna oštećenja, nesreće, hipertenziju, kardiovaskularne bolesti, moždani udar, rak i samoubilačka ideja. (150-152).

Meta-analiza iz 2017. godine koja upoređuje putanje žalosti različitih tipova gubitaka otkrila je da je prevalenca komplikovanih reakcija tuge za perinatalni gubitak bila skoro tri puta veća u

poređenju sa drugim tipovima gubitka (153). U studijama zasnovanim na kohorti i populaciji, pokazalo se da intenzivne reakcije perinatalne tuge doprinose štetnim posledicama koje uključuju hipertenziju, povećanje telesne težine, dijabetes, probleme sa srcem, zloupotrebu supstanci i povećan rizik od samoubistva (154, 155).

Studije su preporučile standardizovani protokol za procenu emocionalnog blagostanja žena nakon reproduktivnog gubitka od strane primarnih pružalaca usluga uz naknadne posete ili telefonske pozive nekoliko meseci nakon što se gubitak dogodio (106, 156). Studije koje procenjuju dugoročni emocionalni uticaj reproduktivnog gubitka generalno su ograničene na 12 meseci, a reakcije na tugu sa odloženim početkom često se ne rešavaju.

Iskustvo tuge u vezi sa reproduktivnim gubitkom, posebno zbog pobačaja u prvom tromesečju i elektivnog abortusa, često nije priznata od strane društva i zdravstvenih radnika (140, 157, 158). Kada su razjašnjavali o obespravljenosti tuge koja se može javiti sa reproduktivnim gubitkom, istraživač Lang i njene kolege (140) su objasnile da, „Među zdravstvenim radnicima i društvom u celini, perinatalni gubitak se generalno posmatra kao manje traumatično ili produženo iskustvo od smrti starijeg deteta ili odrasle osobe ožalošćenih roditelja, često je teško da pomire svoja intenzivna osećanja sa nedostatkom validnosti od strane društva.” Štaviše, istraživač Farren i njene kolege (106) su rekli: „Svakodnevno izlaganje ranom gubitku trudnoće može dovesti do toga da kliničari normalizuju iskustvo i previde moguće duboke psihološke posledice.“ Dakle, bez obzira na način na koji se gubitak dogodio, brojne žene u tajnosti žale za gubitkom, a mnoge otkrivaju osećanja stida. (159, 160)

Shodno tome, obespravljena tuga upotpunjena nejasnoćom svojstvenom gubicima u prvom tromesečju može rezultirati putanjom tuge koja može biti produžena i komplikovana (40, 140).

Rezultati analize sadržaja otkrili su emocionalne, relacijske i tuge borbe koje mnoge žene trpe nakon pobačaja ili abortusa. Neke žene su se godinama ili čak decenijama borile sa neprilagođenim odnosom i problemima mentalnog zdravlja u vezi sa reproduktivnom tugom. Brojevi depresije, anksioznosti i PTSP reakcija na gubitak trudnoće iz ove studije malog uzorka (ukupno 164) uporedivi su sa većom kvantitativnom studijom sprovedenom u Ujedinjenom Kraljevstvu koja je ispitivala emocionalne reakcije 1.098 žena nakon pobačaja ili vanmaterične

trudnoće objavljene u 2020 (143). Ferran i njene kolege su otkrile da 15-25% žena koje su doživele reproduktivni gubitak, pokazuju dijagnostičke znakove anksioznosti, depresije ili posttraumatskog stresnog poremećaja do 9 meseci nakon gubitka trudnoće (143).

Nerazrešena ili produžena tuga ima potencijalni rizik od afektivnih poremećaja često povezanih sa štetnim komorbiditetima i potencijalnim, ekstenzivnim socioekonomskim posledicama. Depresija može dovesti do povećanog korišćenja zdravstvene zaštite, većih troškova, povećanog morbiditeta (161). Depresija doprinosi povećanju stope srčanih bolesti i inflamatornih autoimunih bolesti uključujući: dijabetes, artritis, glavobolje, nesanicu i hronični bol (162, 163).

Američko udruženje psihologa je na osnovu istraživanja zaključilo da pobačaj trudnoće ne uzrokuje poteškoće kada je u pitanju psihičko zdravlje žena. Ipak, spominje se da se u 17% slučajeva javljaju negativne emocije, kao što su osećaj sramote i krivice koje nastaju kao rezultat negativnog stava žene prema pobačaju usled nepostojanja podrške od strane partnera vezano za njenu odluku (157).

U američkoj studiji o psihičkim posledicama pobačaja koju su sproveli Adler i saradnici, ističe se da je stres mnogo veći pre pobačaja nego nakon, te da su negativne posledice nakon sprovedenog pobačaja veoma retke (159).

Prema istraživanju Vukelić J. i saradnika, izveden je zaključak da od ukupnog broja žena (40) koje su imale pobačaj neželjene trudnoće, 21 žena je ispunjavala kriterijume za nastanak ASP. Istom studijom je utvrđeno da skala akutne reakcije na stres predviđa pojavu PTSP kod 32,5% žena nakon abortusa (72).

U studiji koja je sprovedena na Klinici za ginekologiju i akušerstvo u Novom Sadu, se navodi da najveći procenat ispitanica sa ASP 28,57% smatra materijalne razloge kao razlog prekida trudnoće, dok najveći procenat ispitanica bez ASP 42,11% navodi kao razlog planiran broj dece (72).

Prema našem istraživanju u ispitivanoj grupi 2h nakon pobačaja 41 ispitanica (51,9%) ispoljila je znake akutnog stresnog poremećaja, dok je akutni stresni poremećaj bio prisutan kod

8 ispitanica (9,88%) kontrolne grupe. Na osnovu dobijenih podataka zaključujemo da 2h nakon pobačaja postoje statistički značajne razlike između ispitivane i kontrolne grupe u učestanosti pojavljivanja ASP-a nakon pobačaja trudnoće. U ispitivanoj grupi 17 ispitanica (21,52%) imalo je znake akutnog stresnog poremećaja 14 dana nakon pobačaja, dok je akutni stresni poremećaj bio prisutan kod samo 2 ispitanice (2,47%) kontrolne grupe. Dobijeno je da postoje statistički značajne razlike između dva grupe, ispitivane i kontrolne u učestalosti pojavljivanja ASP nakon 14 dana od pobačaja. Kada posmatramo i poredimo podatke ispitivane grupe, 2 sata i 14 dana nakon pobačaja, dobijeno je da postoje statistički značajne razlike u učestalosti pojave ASP-a.

Statistički značajno veći broj ispitanica ispoljilo je znake akutnog stresnog poremećaja 2 sata nakon pobačaja. Na isti način istraživanje je sprovedeno i u kontrolnoj grupi gde je 8 ispitanica (9,88%) imalo znake akutnog stresnog poremećaja dva sata nakon pobačaja dok je akutni stresni poremećaj bio prisutan kod samo dve ispitanice (2,47%) 14 dana nakon pobačaja. Na osnovu ovih podataka zaključujemo da postoje statistički značajne razlike u učestalosti pojave ASP-a u kontrolnoj grupu dva sata nakon pobačaja u odnosu na 14 dana nakon pobačaja. Statistički značajno veći broj ispitanica ispoljio je znake akutnog stresnog poremećaja 2 sata nakon pobačaja ($p < 0.0001$), ($\chi^2 = 65.33$, $p = 0.00001$).

Literatura klasifikuje perinatalnu tugu kao važan prediktor simptoma PTSP-a (164). Engelhard je na osnovu svog istraživanja dobio podatak da je PTSP dijagnostikovano kod 25% trudnica koje su pretrpele perinatalni gubitak u prvom mesecu nakon događaja (165). U sličnoj studiji, Horesh je zabeležio PTSP od 33,3% nakon perinatalnog gubitka. Ovaj autor je zaključio da gubitak trudnoće, bez obzira na gestacionu dob u kojoj se javlja, osim što izaziva depresiju, dovodi žene u rizik od PTSP-a i primetio je da do 25% žena može ispuniti kriterijume PTSP-a mesec dana kasnije, nakon pretrpljenog perinatalnog gubitka. Ponekad se simptomi PTSP-a javljaju tokom sledeće trudnoće, a 4% žena razvije hronični PTSP (166). Drugi istraživači su identifikovali doživotni rizik od PTSP-a od 29% nakon perinatalnog gubitka i do 21% prevalencije simptoma PTSP-a kod smrti ploda u trećem trimestru. Čak i godinu dana nakon rođenja zdrave bebe, nakon prethodnog perinatalnog gubitka, prijavljena je prevalencija PTSP-a u rasponu od 4% do 6% (167). Štaviše, gubitak neplanirane trudnoće povezan je sa razvojem PTSP-a i kod muškaraca i kod žena (51).

Armstrong, Hutti i Miers (2009) su ispitali depresiju, anksioznost i posttraumatski stresni poremećaj koji su se javili tokom aktuelne trudnoće i u postpartalnom periodu kod parova koji su prethodno pretrpeli perinatalni gubitak. Ovi autori su otkrili značajne korelacije između depresije, posttraumatskog stresnog poremećaja i anksioznosti. Veći intenzitet tuge bio je povezan sa višim nivoima PTSP-a (168).

Stanje tugovanja, ako se ne leči tokom perinatalnog perioda, može dovesti do različitih poremećaja, uključujući depresiju majke, lošu prenatalnu negu, rizične obrasce ponašanja, prekomerno povećanje telesne težine, probleme sa dojenjem i nedostatak vezanosti za novu bebu (169). Prema drugoj studiji, nivoi perinatalne tuge evoluiraju tokom vremena, i kod muškaraca i kod žena nakon naredne uspešne trudnoće (47). Veza između perinatalnog gubitka i povećanog nivoa anksioznosti i depresije tokom narednih trudnoća je dobro dokumentovana (47, 170, 171.). Na osnovu sličnih studija, tokom vremena se očekuje smanjenje PTSP-a i komplikovanih simptoma tuge, kao i smanjenje simptoma anksioznosti i depresije i simptoma tuge (129, 130) i PTSP-a (160).

U našem radu statistički značajno više pacijentkinja sa spontanim pobačajem ispoljio je znake posttraumatskog stresnog poremećaja u odnosu na pacijentkinje sa namernim prekidom trudnoće na prvoj, ali ne i na drugoj kontroli (29,11% vs 6,17%) ($p < 0.001$) što je u skladu sa rezultatima drugih autora.

Kako bi sprečili i na vreme otkrili pojavu akutnog stresnog poremećaja kod pacijentkinje koja se javlja na Kliniku radi prekida željene odnosno neželjene trudnoće, potrebno je uvesti kao redovnu proceduru, popunjavanje skale u vidu upitnika. Radi se o Skali akutne reakcije na stres koja je instrument za registrovanje razvoja akutnog stresnog poremećaja (ASP) i predviđanja razvoja posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP), a koja je korišćena i u našem istraživanju.

Zapaženo je da je pouzdanost rezultata vezanih za akutni stresni poremećaj najveća između 2. i 7. dana. Sastoji se od 19 pitanja i uključuje 5 disocijativnih simptoma, 4 simptoma ponovnog proživljavanja, 4 simptoma izbegavanja i 6 simptoma pobuđenosti.

Pacijenti odgovaraju na pitanja tako što rangiraju svaki od ovih simptoma na skali od 1- 5 (1- nimalo, 2- veoma malo, 3- osrednje, 4- jako, 5- veoma jako).

Skala se boduje tako što se posebno saberu odgovori na prvih 5 pitanja (disocijativni simptomi), a posebno na preostalih 14 (simptomi ponovnog proživljavanja, izbegavanja i pobuđenosti).

Dijagnoza ASP je potvrđena ako je skor prve grupe pitanja ≥ 9 , a druge grupe ≥ 28 .

PTSP se boduje tako što se saberu svi odgovori, a skor koji predviđa razvoj PTSP treba da je ≥ 56 (29).

Pacijentkinjama bi na prvom pregledu bilo ponuđeno da popune upitnik (u štampanoj formi, tabletu ili telefonu), nakon čega bi medicinska sestra unela podatke u Excel bazu i na jednostavan način izvršila skorovanje. Dobijen rezultat bi pokazao da li je pacijentkinji neophodna stručna pomoć psihologa i na ovaj način bi se sprečio razvoj ASP-a.

Редни број	Ваша осећања	нимало	веома мало	осредње	јак	веома јак	Уписати број који је заокружила пацијенткиња
1.	Да ли осећате да сте емотивно празни?	1	2	3	4	5	
2.	Да ли мислите да сте мање свесни стварности?	1	2	3	4	5	
3.	Да ли имате осећај да су ствари и догађаји око Вас нестварни или као у сну?	1	2	3	4	5	
4.	Да ли имате осећај као да се то не дешава Вама већ као да се дешава неком другом?	1	2	3	4	5	
5.	Да ли имате утисак да не можете да се сетите свих дешавања пре и током побачаја?	1	2	3	4	5	
6.	Да ли размишљања о побачају заокупљају ваше мисли?	1	2	3	4	5	
7.	Да ли имате ноћне море или лоше снове везане за побачај?	1	2	3	4	5	
8.	Да ли имате осећај као да стално размишљате о побачају?	1	2	3	4	5	
9.	Да ли се осећате веома узнемирено када мислите на побачај?	1	2	3	4	5	
10.	Да ли покушавате да не мислите о побачају?	1	2	3	4	5	
11.	Да ли се трудите да не причате о побачају?	1	2	3	4	5	
12.	Да ли се трудите да избегнете ситуације или људе који Вас подсећају на побачај?	1	2	3	4	5	

13.	Да ли се трудите да се не осећате узнемирено или потрешено због побачаја?	1	2	3	4	5	
14.	Да ли имате потешкоће са сном након побачаја?	1	2	3	4	5	
15.	Да ли се осећате раздражљиво због побачаја?	1	2	3	4	5	
16.	Да ли се теже концентришете због побачаја?	1	2	3	4	5	
17.	Да ли се плашите поновног побачаја?	1	2	3	4	5	
18.	Да ли сте постали нервозни након сазнања за побачај?	1	2	3	4	5	
19.	Кад се сетите побачаја да ли почнете да дрхтите, да се знојите или срце почне брже да вам куца?	1	2	3	4	5	

Dijagnoza akutnog stresnog poremećaja (ASP) je potvrđena ako je skor: prve grupe pitanja ≥ 9 , a druge grupe pitanja ≥ 28 .

Rezultati:

1. Skor prve grupe pitanja je ____

2. Skor druge grupe pitanja je ____

Da li postoji rizik od nastanka akutnog stresnog poremećaja (ASP)? **DA** ili **NE**
(zaokružiti)

Dijagnoza posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) se postavlja tako što se saberu bodovi obe grupe pitanja, a skor koji predviđa razvoj PTSP treba da je ≥ 56 .

Zbir obe grupe pitanja je _____

Da li postoji rizik od nastanka posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP)? **DA** ili **NE**
(zaokružiti)

7. ZAKLJUČAK

1. Ispitivana i kontrolna grupa nisu se razlikovale po starosti ispitanica, stepenu stručne spreme, obrazovanja niti po strukturi zanimanja ($p > 0.05$);
2. U ispitivanoj grupi prosečna nedelja gestacije, kada je urađen pobačaj željene trudnoće, bila je 15.01 ± 3.74 , što se statistički značajno razlikuje od kontrolne grupe (7.49 ± 1.22) ($p < 0.001$);
3. Najveći broj pacijentkinja ispitivane grupe, 11.39% je imalo pobačaj u 18. nedelji gestacije;
4. Postoje statistički značajne razlike u promeni partnerskih odnosa između ispitivane i kontrolne grupe ($p < 0.05$) Kod značajno većeg broja pacijentkinja ispitivane grupe (26,58%) u odnosu na kontrolnu grupu (7,41%) odnos sa partnerom se pogoršao, dok je odnos ostao nepromenjen kod statistički značajno većeg broja pacijentkinja kontrolne (76,54%) u odnosu na ispitivanu grupu (60,76%);
5. Kod pacijentkinja ispitivane grupe koje su imale pobačaj željene trudnoće dominirala su negativna osećanja, dok su kod pacijentkinja iz kontrolne grupe, koje su imale pobačaj neželjene trudnoće bila zastupljena pretežno pozitivna osećanja ($p < 0.01$);
6. Kod najvećeg broja pacijentkinja koje su imale pobačaj željene trudnoće, nakon 2h od intervencije dominirala su sledeća osećanja: nezadovoljstvo, tuga, sumorno i mrzovoljno raspoloženje kao i da im je dosta svega.
7. Dve nedelje nakon pobačaja, u obe grupe ispitanica dominiralo je pozitivno raspoloženje, ali je ono u kontrolnoj grupi, bilo značajno više ($p < 0,0001$);
8. Nakon dve nedelje od pobačaja, kod pacijentkinja ispitivane grupe i dalje su preovladavli osećaj tuge i nesrećno raspoloženje.
9. Dokazana je statistički značajna razlika u skor u Skale trenutnog raspoloženja na prvoj i drugoj kontroli u ispitivanoj grupi ($p < 0.000001$) kao i u kontrolnoj grupi ($p < 0.000001$);
10. Statistički značajno više pacijentkinja ispitivane grupe ispoljilo je znake akutnog stresnog poremećaja u odnosu na kontrolnu grupu u toku obe kontrole ($p < 0.001$);

11. Statistički značajno više pacijentkinja ispitivane grupe ispoljilo je znake akutnog stresnog poremećaja na prvoj kontroli, u odnosu na drugu kontrolu, odnosno 14 dana nakon pobačaja željene trudnoće ($p < 0,01$);

12. Statistički značajno više pacijentkinja ispitivane grupe ispoljilo je znake posttraumatskog stresnog poremećaja u odnosu na kontrolnu grupu na prvoj, ali ne i na drugoj kontroli (29,11% vs 6,17%) ($p < 0.001$).

8. LITERATURA

1. Dunkel Schetter C. Psychological Science on Pregnancy: Stress Processes, Biopsychosocial Models, and Emerging Research Issues. *Annual Review of Psychology*, 2011; 62(1): 531–558.
2. Grujić Z. Pobačaj. U: Novakov Mikić A, Vejnović T. *Akušertsvo*, Medicinski fakultet Novi Sad. Novi Sad, 2017: 100-10.
3. Bjelica A, Četković N, Trninić-Pjević A, Mladenović Segedi Lj. The phenomenon of pregnancy – a psychological view. *Ginekologia Polska*, 2018; 89, 2:102-6.
4. Finer LB, Zolna MR. Unintended pregnancy in the United States: incidence and disparities, 2006. *Contraception*, US Department of Health. 2011; 84 (5): 478–485.
5. Kotta S, Molangur U, Bipeta R, Ganesh R. A Cross-Sectional Study of the Psychosocial Problems Following Abortion. *Indian Journal of Psychiatry*, 2018; 60(2): 217-23.
6. Bearak J, Popinchalk A, Alkema L, Sedgh G. Global, regional, and subregional trends in unintended pregnancy and its outcomes from 1990 to 2014: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet global health*, 2018; 6: 380-389.
7. Sedgh G, Singh S, Hussain R. Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. *Studies in family planning*, 2014; 45: 301-314.
8. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp O, Beavin C et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *The Lancet Global Health*, 2020; 8(9): 1152-1161.
9. Horvat S, Schreiber CA. Unintended Pregnancy, Induced Abortion, and Mental health. *Current psychiatry reports*, 2017; 19: 77-82.
10. Chae S, Desai S, Crowell M, Sedgh G. Reasons why women have induced abortions: a synthesis of findings from 14 countries. *Contraception*, 2017; 96(4): 233–241.

11. Askelson NM, Losch ME, Thomas LJ & Reynolds JC. "Baby? Baby not?" Exploring women's narratives about ambivalence towards an unintended pregnancy. *Women and Health*, 2015; 55: 842-858.
12. Kirkman M, Rowe H, Hardiman A, Rosenthal D. Abortion is a difficult solution to a problem: A discursive analysis of interviews with women considering or undergoing abortion in Australia. *Women's Studies International forum*, 2011; 34: 121-129.
13. Baron C, Cameron S, Johnstone A. Do women seeking termination of pregnancy need pre-abortion counselling? *Journal of family planning and reproductive health care*, 2015; 41: 181-185.
14. Söderberg H, Janzon L & Sjöberg NO. Emotional distress following induced abortion. A study of its incidence and determinants among abortees in Malmö, Sweden. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and reproductive biology*, 1998; 79: 173-8.
15. Pallitto CC, García-Moreno C, Jansen HAFM, Heise L, Ellsberg M, Watts C. Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2013; 120: 3-9.
16. Gray J. Social support communication in unplanned pregnancy: Support types, messages, sources, and timing. *Journal Health Communication*, 2014; 19: 1196-1211.
17. Škrablin-Kučić S, Kuvačić I. Spontani i ponavljani pobačaj. U: V. Šimunić (Ur.), *Ginekologija*. Zagreb 2001; 177– 182.
18. Adolfsson AS, Larsson PG, Wijma B, Bertero C. Guilt and emptiness: Women's experiences of miscarriage. *Health Care for Women International*, 2004; 25(6): 543–560.
19. Magnus MC, Wilcox A J, Morken NH, Weinberg CR, Håberg SE. Role of maternal age and pregnancy history in risk of miscarriage: prospective register based study. *British Medical Journal*, 2019; 1869.

20. Yatsenko SA, Quesada-Candela C, Saller DN, Beck S, Jaffe R et al. Cytogenetic signatures of recurrent pregnancy losses. *Prenatal Diagnosis*, 2021; 41(1): 70–78.
21. Ke RW. Endocrine basis for recurrent pregnancy loss. *Obstetric Gynecology Clinic North America*, 2014; 41(1): 103-12.
22. Polona Ž, Perdan Pirkmajer K, Tomšič M, Kveder Tanja, Božič B, et al. Anti-phosphatidylserine/prothrombin antibodies are associated with adverse pregnancy outcomes. *Journal of Immunology Research*, 2015; 1–8.
23. Gebhart J, Posch F, Koder S, Quehenberge, Perkmann T, et al. High risk of adverse pregnancy outcomes in women with a persistent lupus anticoagulant. *Blood Advances*, 2019; 3(5), 769–776.
24. Min-A Kim, Hyo Sun Kim, Young-Han Kim. Reproductive, Obstetric and Neonatal Outcomes in Women with Congenital Uterine Anomalies: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 2021; 10(21): 4797.
25. Salmanov AG, Ishchak OM, Shostak YM, Kozachenko VV, Rud VO, et al. Bacterial infection causes of pregnancy loss and premature birth in the women in Ukraine. *Wiadomości Lekarskie*, 2021; 74(6): 1355-1359.
26. Oechsle A, Wensing M, Ullrich C, Bombana M. Health Knowledge of Lifestyle-Related Risks during Pregnancy: A cross-sectional study of pregnant women in Germany *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020; 17: 8626.
27. Trinder, Brocklehurst P, Porter R, Read M, Vyas S, et al. Management of miscarriage; Expectant, medical or surgical? Results of random control trial miscarriage treatment (MIST) trial. 2006; 332(7552): 1235-40.
28. Laurino MY, Bennett RL, Saraiya DS, Baumeister L, Doyle DL, et al. Genetic evaluation and counseling of couples with recurrent miscarriage: recommendations of the National Society of Genetic Counselors. *Journal of Genetic Counseling*, 2005; 14: 165-81.

29. Zakon o postupku prekida trudnoće u zdravstvenim ustanovama. Službeni glasnik RS, br. 16/95 i 101/2005-dr. zakon.
30. Kapamadžija A. Prekid trudnoće. Đurđević S. Ginekologija, Medicinski fakultet Novi Sad, Novi Sad, 2019: 189-190.
31. Nacionalni vodič dobre kliničke prakse. Bezbedni prekid trudnoće; Beograd 2015; 31-34.
32. Sagili H, Divers M. Modern management of miscarriage. *The Obstetrician and Gynaecologist* 2007; 9: 102–108.
33. Koopmans L, Wilson T, Cacciatore J, Flenady V. Support for mothers, fathers and families after perinatal death. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013; (6): 452.
34. MacDorman MF, Gregory ECW. Fetal and perinatal mortality: United States, 2013. *National Vital Statistics Reports*, 2015; 64(8): 1–24.
35. Astbury-Ward E. Emotional and psychological impact of abortion: a critique of the literature. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2008; 34: 175-80.
36. Qin C, Chen WT, Deng Y, Li Y, Mi C, Sunfet al. Cognition, emotion, and behaviour in women undergoing pregnancy termination for foetal anomaly: A grounded theory analysis. *Midwifery*, 2019; 68: 84-90.
37. Stroebe M, Schut H, Stroebe W. Healt outcomes of bereavement. *The Lancet*, 2007; 370: 1960-73.
38. Ribeiro da Fonseca Domingos S, Aparecida Barbosa Merighi M, Pinto de Jesus MC. Expirience and care in miscarriage: a qualitative study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 2011; 10: 2.
39. Farren J, Mitchell-Jones N, Verbakel JY, Timmerman D, Jalmbrant M, et al. The psychological impact of early pregnancy loss. *Human Reproduction Update*, 2018; 24(6): 731–749.
40. Brier N. Grief Following Miscarriage: A comprehensive review of the literature. *Journal of Women’s Health*, 2008; 17: 451-464.
41. Zotović M. Stres i posledice stresa: prikaz transakcionističkog teorijskog modela. *Psihologija*, 2002; 35(1-2): 3-23.

42. Bhat A, Byatt. Infertility and perinatal loss: When the bough breaks. *Current psychiatry reports*, 2016; 18(3): 31.
43. Meaney S, Corcoran P, Spillane N, O'Donoghue K. Experience of miscarriage; An interpretative phenomenological analysis. *British Medical Journal open*, 2017; 7(3): 011382.
44. Volgsten H, Jansson C, Skoog A, Svanberg E, Darj E, et al. Longitudinal study of emotional experiences, grief and depressive symptoms in women and men after miscarriage. *Midwifery*, 2018; 64: 23–28.
45. Toffol E, Koponen P, Partonen T. Miscarriage and mental health: Results of two population-based studies. *Psychiatry Research*, 2013; 205(1–2): 151–158.
46. Tsartsara E, Johnson MP. Pregnancy concerns and the fear of miscarriage: A miscarriage-specific implication or a social fear of failing in terms of womanhood? *Hellenic Journal of Psychology*, 2006; 3(3): 197–226.
47. Johnson MP, Johnston RL. The psychological implications of a subsequent pregnancy outcome in couples with a history of miscarriage. *J Reprod Infant Psychol* 2021; 39(1): 16–29.
48. Quenby S, Gallos ID, Dhillon-Smith, et al. Miscarriage matters: The epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *The Lancet* 2021, 397: 1658–1667.
49. Farren J, Jalmbant M, Falconieri N, et al. Posttraumatic stress, anxiety and depression following miscarriage and ectopic pregnancy: A multicenter, prospective, cohort study. *The American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2020; 222: 367.
50. Geller PA, Kerns D, Klier CM. Anxiety following miscarriage and the subsequent pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 2004; 56(1): 35–45.
51. Daugirdaitė V, van den Akker O, Purewal S. Posttraumatic stress and posttraumatic stress disorder after termination of pregnancy and reproductive loss: A Systematic Review. *Journal of Pregnancy*, 2015: 1–14.
52. Evans R. Emotional care for women who experience miscarriage. *Nursing Standard*. 2012; 26(42): 35-41.
53. Kersting A, Wagner B. Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues Clinical Neuroscience*. 2012; 14(2): 187-194.

54. Adamović V. Emocije i telesne bolesti. Nolit. Beograd, 1983.
55. Qu F, Wu Y, Zhu YH, Barry J, Ding T, et al. The association between psychological stress and miscarriage: A systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, 2017; 7: 1731.
56. Murlikiewicz M, Sieroszewski P. Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following miscarriage. *Archives of Perinatal Medicine*, 2012; 18(3): 157-62.
57. Dienstbier RA. Arousal and physiological toughness: Implications for mental and physical health. *Psychological Bulletin*, 1989; 96: 84-100.
58. Jakšić M. Gubitak, tugovanje i pružanje potpore s posebnim osvrtom na nesretno okončanu trudnoću. *Služba Božja* 54, 2014; 3/4: 353 – 371.
59. Arambašić L. Gubitak. Tugovanje. Podrška. Naklada Slap, Jastrebarsko, 2008: 72-73.
60. Salajpaj T. Ranjeni životi, Suočavanje s gubicima. *Alinea*, Zagreb, 2008: 13 - 15.
61. Hutti MH, Armstrong DS, Myers J, Hall LA. Grief intensity, psychological well-being, and the intimate partner relationship in the subsequent pregnancy after a perinatal loss. *Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing*, 2015; 44(1): 42–50.
62. Worden JW. Savjetovanje i terapija u tugovanju. Priručnik za stručnjake u području zaštite mentalnog zdravlja. Psihoterapijski niz. Naklada Slap, Jastrebarsko, 2005: 15 – 37.
63. Broen AN, Moum T, Bødtker AS, Ekeberg O. Predictors of anxiety and depression following pregnancy termination: a longitudinal five-year follow-up study. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 2006; 85(3): 317-23.
64. Bandenhorst W, Hughes P. Psychological aspects of perinatal loss. *Best practice and research clinical obstetrics and gynaecology*, 2007; 21: 249–259.
65. Blackmore ER, Cote-Arsenault D, Tang W, Glover V, Evans J, et al. Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. *The British journal of psychiatry*, 2011; 198: 373-8.
66. Marčinko VM, Marčinko D, Đorđević V, Orešković S. Anxiety and depression in pregnant women with previous history of spontaneous abortion. *Collegium antropologicum*, 2011; (35): 225-8.
67. Bryant R, McNally R, Ehlers A. Acute stress disorder. *Psychological science in the public interest*, 2003; 4(2): 53-5.

68. Bowles SV, James LC, Solursh DS, Yancey MK, Epperly TD, et al. Acute and post-traumatic stress disorder after spontaneous abortion. *Journals - American academy of family physicians*, 2000; 61: 1689-96.
69. Lok IH, Neugebauer R. Psychological morbidity after miscarriage. *Best practice and research in clinical obstetrics and gynaecology*, 2007; 21: 229-47.
70. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington DC; 1994.
71. Kuljić B. Psihobiološke osnove akutnog stresnog poremećaja i posttraumatskog stresnog poremećaja. *Psihijatrija danas*, 2000; 32 (2-3): 73-93.
72. Vukelić J, Kapamadzija A, Kondić B. Investigation of risk factors for acute stress reaction following induced abortion. *Medicinski Pregled*; 2010; 63(5-6): 399-403.
73. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, fifth edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013: 280-6.
74. Walker TM, Davidson KM. A preliminary investigation of psychological distress following surgical management of early pregnancy loss detected at initial ultrasound scanning: A trauma perspective. *Journal of reproductive and infant psychology*, 2001; 19: 7-16.
75. Engelhard IM, van den Hout MA, Arntz A. Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *General hospital psychiatry*, 2001; 23: 62-6.
76. Bowles SV, Bernard RS, Epperly T, Woodward S, Ginzburg K, et al. Traumatic stress disorders following first-trimester spontaneous abortion. A pilot study of patient characteristics associated with these disorders. *The Journal of family practice*, 2006; 55 (11): 969-73.
77. McFarlane AC, Weber DL and Clark CR. Abnormal stimulus processing in PTSD. *Biological Psychiatry*, 1993; 34: 311-320.
78. Guttmacher Institute. *State policies in brief: counseling and waiting periods for abortion*. State policies in brief. New York, NY: Guttmacher Institute, 2015.
79. Robinson GE, Stotland NL, Russo NF, et al. Is there an “abortion trauma syndrome”? Critiquing the evidence. *Harv Rev Psychiatry*, 2009; 17: 268–90.
80. Bianchi-Demicheli F. Psychiatric and psychological consequences of abortion. *Revue Médicale Suisse*, 2007; 3: 401–402, 404, 406–7.

81. Kong GW, Lok IH, Lam PM, Yip AS, Chung TK. Conflicting perceptions between health care professionals and patients on the psychological morbidity following miscarriage. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2010; 50: 562–567.
82. Women should be offered post-abortion psychological care. *The Lancet*, 2008; 372(9639): 602.
83. Rees DI, Sabia JJ. The relationship between abortion and depression: new evidence from the fragile families and child wellbeing study. *Medical Science Monitor*, 2007; 13: 430–6.
84. Cougle JR, Reardon DC, Coleman PK. Generalized anxiety following unintended pregnancies resolved through childbirth and abortion: a cohort study of the 1995 National Survey of Family Growth. *Journal of Anxiety Disorders*, 2005; 19: 137–42.
85. Steinberg JR, Russo NF. Abortion and anxiety. What's the relationship? *Social science and medicine journals*, 2008; 67: 238–52.
86. Pedersen W. Childbirth, abortion and subsequent substance use in young women: a population-based longitudinal study. *Addiction*, 2007; 102: 1971–8.
87. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder E. Abortion in young women and subsequent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2006; 47: 16–24.
88. McSpedden M, Mullan B, Sharpe L, Breen J, Lobb EA. The presence and predictors of complicated grief symptoms in perinatally bereaved mothers from a bereavement support organization. *Death Studies*, 2017; 41(2): 112–117.
89. Loane M, Morris JK, Addor MC, Arriola L, Budd J, et al. Twenty-year trends in the prevalence of Down syndrome and other trisomies in Europe: impact of maternal age and prenatal screening. *European Journal of Human Genetics*, 2013; 21: 37-33.
90. Magnus MC, Wilcox AJ, Morken NH, Weinberg CR, Håberg SE. Role of maternal age and pregnancy history in risk of miscarriage: prospective register based study. *British Medical Journal*, 2019: 1869.
91. Yatsenko SA, Quesada-Candela C, Saller DN, Beck S, Jaffe R, et al. Cytogenetic signatures of recurrent pregnancy losses. *Prenatal Diagnosis*, 2021; 41(1): 70–78.
- 92.
93. Škrablin-Kučić S, Kuvačić I. Spontani i ponavljani pobačaj. V. Šimunić (Ur.), *Ginekologija*. Zagreb 2001; 177 – 182.

94. Nikčević AV, Kuczmierzky AR, Nicoladies KH. Personal coping resources, responsibility, anxiety and depression after early pregnancy loss. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynecology*, 1998; 19: 145–154.
95. Fernández-Ordoñez E, González-Cano-Caballero M, Guerra-Marmolejo C, Fernández-Fernández, E, García-Gámez M. Perinatal grief and post-traumatic stress disorder in pregnancy after perinatal loss: A longitudinal study protocol. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021; 18(6): 2874.
96. Bellieni CV, Buonocore G. Abortion and subsequent mental health: Review of the literature. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 2013; 67: 301-310.
97. Stotland NL. Induced abortion and adolescent mental health. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 2011; 23: 340–3.
98. Maker C, Ogden, J. The miscarriage experience: more than just a trigger to psychological morbidity? *Psychology and Health*, 2003; 18: 403 – 415.
99. Coleman PK. Author reply to “Abortion and mental health: guidelines for proper scientific conduct ignored.” *The British Journal of Psychiatry*, 2012; 200: 74-83.
100. Poisinger H. Aspekte der betreuung von frauen nach einer fehlgeburt im setting krankenhaus. Neobjavljeni diplomski rad. Sveučilište u Beču, 2012.
101. Abboud LN, Liamputtong, P. Pregnancy Loss. *Social Work in Health Care*, 2003; 36 (3): 37–62.
102. De Montigny F.; Verdon C.; Meunier S.; Dubeau D. Women’s persistent depressive and perinatal grief symptoms following a miscarriage: The role of childlessness and satisfaction with healthcare services. *Archives of Women's Mental Health* 2017; 20: 655–662.
103. Kulathilaka S, Hanwella R, de Silva VA. Depressive disorder and grief following spontaneous abortion. *BMC Psychiatry*, 2016; 16: 100–106.
104. Peterson BD, Pirritano M, Christensen U, Boivin J, Block J, and al. “The longitudinal impact of partner coping in couples following 5 years of unsuccessful fertility treatments,” *Human Reproduction*, 2009; 24(7): 1656–1664.
105. Farren J, Jalmbrant M, Falconieri N, Mitchell-Jones N, et al. Differences in post-traumatic stress, anxiety and depression following miscarriage or ectopic pregnancy between women

- and their partners: Multicenter prospective cohort study. *Ultrasound in obstetrics and gynecology*, 2021; 57: 141–148.
106. Farren J, Mitchell-Jones N, Verbakel JY, Timmerman D, Jalmbrant M, et al. The psychological impact of early pregnancy loss. *Human Reproduction Update*, 2018; 24(6): 731–749.
107. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002; 80 (12).
108. Armstrong DS. Perinatal loss and parental distress after the birth of a healthy infant. *Advances in neonatal care*, 2007; 7(4): 200–206.
109. Ellis A, Chebsey C, Storey C, Bradley S, Jackson S, et al. Systematic review to understand and improve care after stillbirth: A review of parents' and healthcare professionals' experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2016; 16(16): 1–19.
110. Heazell AE, Siassakos D, Blencowe H, Burden C, Bhutta ZA, et al. Stillbirths: Economic and psychosocial consequences. *The Lancet*, 2016; 387: 604–616.
111. Benute GG, Gollop TR. O que acontece com os casais após o diagnóstico de malformação fetal? *Femina*, 2002; 30(9): 661–63.
112. Burden C, Bradley S, Storey C, Ellis A, Heazell AEP, et al. From grief, guilt, pain, and stigma to hope and pride. A systematic review and meta-analysis of mixed method research of the psychosocial impact of stillbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2016; 16(9): 1–12.
113. Natoli JL, Ackerman DL, McDermott S, Edwards JG. Prenatal diagnosis of Down syndrome: a systematic review of termination rates (1995–2011). *Prenatal diagnosis*, 2012; 32(2): 142–153.
114. Korenromp MJ, Page-Christiaens GCML, Van den Bout J, Mulder EJH, Hunfeld JAM, et al. A prospective study on parental coping 4 months after termination of pregnancy for fetal anomalies. *Prenatal diagnosis*, 2007; 27(8): 709–716.
115. Dingle K, Alati R, Clavarino A, Najman JM, Williams GM. Pregnancy loss and psychiatric disorders in young women: An Australian birth cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, 2008; 193: 455–60.
116. Poorolajal J, Cheraghi P, Cheraghi Z, Ghahramani M, Irani AD. Predictors of miscarriage: a matched case-control study. *Epidemiology and Health*, 2014; 36: 2014031.

117. Toedter LJ, Lasker JN, Janssen HJEM. International comparison of studies using the Perinatal Grief Scale: A decade of research on pregnancy loss. *Death Studies*, 2001; 25: 205–228.
118. Jones RK, Darroch JE, Henshaw SK, Patterns in the socioeconomic characteristics of women obtaining abortions in 2000-2001: Guttmacher Institute, Perspectives on sexual and reproductive health. A journal of peer-reviewed research, 2002; 34 (5): 226 – 235.
119. Induced Terminations of Pregnancy by Weeks of Gestation, Race, Age, and Marital Status, Reported Occurring in Louisiana, 2018.
120. Jatlaoui CT, Boutot EM, Mandel GM, Whiteman KM, Ti A, et al. Abortion Surveillance- United States, 2015. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2018; 67(13): 1-45.
121. Milenković A, Milovanović RD, Arsić J, MAcanović G, Arsić D. Namerni prekidi trudnoće u Topličkom okrugu kao javnozdravstveni problem. *PONS Medicinski časopis* 2014; 11(1); 8-13.
122. Andersen LK, Khanal RC, Teixeira A, Neupane S, Sharma S, et al. Marital status and abortion among young women in Rupandehi, Nepal. *BMC Women's Health*, 2015; 15(17).
123. Jatlaoui CT, Boutot EM, Mandel GM et al. Abortion surveillance — United States, 2015. *Surveillance Summaries*, 2018; 67(13): 1-48.
124. Department of health and social care. Abortion Statistics, England and Wales: 2019. Summary information from the abortion notification forms returned to the Chief Medical Officers of England and Wales. January to December 2019.
125. Biggs et al. Understanding why women seek abortions in the USBMC Women's Health, 2013: 13: 29.
126. Nilsson SF, Andersen PK, Strandberg-Larsen K, Nybo Andersen AM. Risk factors for miscarriage from a prevention perspective: a nationwide follow-up study. First published, 2014: 1375-85.
127. Gentile A, The impact of partner support in abortion 2014. *Social Work Theses*. 95.
128. Kroelinger CD, Oths KS. Partner support and pregnancy wantedness. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 2001; 27(2): 112-119.
129. Strahan T. Male role is frequently crucial in abortion decision. *National right to life*. 2002.

130. Finer BL, Frohwirth FL, Dauphinee AL, et al. Timing of steps and reasons for delays in obtaining abortions in the United States, 2006: 334 – 344.
131. Biggs MA, Rowland B, McCulloch CE, Diana G Foster. Does abortion increase women's risk for post-traumatic stress? Findings from a prospective longitudinal cohort study, 2016; 6(2).
132. Callister LC. Perinatal Loss. *J. Périnat. Neonatal nursing*, 2006; 20: 227–234.
133. Due LO, Oxlad M, Middleton P. Men's grief following pregnancy loss and neonatal loss: A systematic review and emerging theoretical model. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020; 20: 11–17.
134. Due C, Chiarolli S, Riggs DW. The impact of pregnancy loss on men's health and wellbeing: A systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017; 17: 1–13.
135. Kersting A, Nagl M. Grief after Perinatal Loss. *Genetic Disorders and the Fetus*. 2015: 1048–1062.
136. Fertl KI, Bergner A, Beyer R, Klapp BF, Rauchfuss M. Levels and effects of different forms of anxiety during pregnancy after a prior miscarriage. *European Journal of obstetrics and gynecology and reproductive biology*, 2009; 142: 23–29.
137. Moore T, Parrish H, Black BP. Interconception care for couples after perinatal loss. *J. Périnat. Neonatal nursing*, 2011; 25: 44–51.
138. Fredenburg M. Reproductive loss: Giving permission to grieve. *Issues in Law and Medicine*, 2017; 32: 353–359.
139. Huffman CS, Schwartz TA, Swanson KM. Couples and Miscarriage: The Influence of gender and reproductive factors on the impact of miscarriage. *Women's Health Issues*, 2015; 25: 570–578.
140. Lang A, Fleischer AR, Duhamel F, Sword W, Gilbert KR, et al. Perinatal loss and parental grief: the challenge of ambiguity and disenfranchised grief. *Omega*, 2011; 63: 183–196.
141. Grauerholz KR, Berry SN, Capuano RM, Early JM. Uncovering prolonged grief reactions subsequent to a reproductive loss: implications for the primary care provider. *Frontiers in Psychology*, 2021; 12: 673050.
142. Kaulathilaka S, Hanwella R, de Silva VA. Depressive disorder and grief following spontaneous abortion. *BMC Psychology*, 2016; 16: 100.

143. Farren J, Jalmbrant M, Falconieri N, Mitchell-Jones N, Bobdiwala S, et al. Posttraumatic stress, anxiety and depression following miscarriage and ectopic pregnancy: a multicenter, prospective, cohort study. *American Journal of obstetrics and gynecology*, 2020: 222-367.
144. Sullins DP. Abortion, substance abuse and mental health in early adulthood: thirteen-year longitudinal evidence from the United States. *SAGE open medicine*, 2016; 4: 2050312116665997.
145. Sullins DP. Affective and substance abuse disorders following abortion by pregnancy intention in the United States: a longitudinal cohort study. *Medicina*, 2019: 55741.
146. Kolte AM, Olsen LR, Mikkelsen EM, Christiansen OB, Nielsen HS. Depression and emotional stress is highly prevalent among women with recurrent pregnancy loss. *Human Reproduction*, 2015; 30: 777–782.
147. Gao L, Qu J, Wang AY. Anxiety, depression and social support in pregnant women with a history of recurrent miscarriage: a cross-sectional study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 2020;
148. Chen SL, Chang SM, Kuo PL, Chen CH. Stress, anxiety and depression perceived by couples with recurrent miscarriage. *International Journal of Nursing Practice*, 2020; 26: 12796.
149. Tavoli Z, Mohammadi M, Tavoli A, et al. Quality of life and psychological distress in women with recurrent miscarriage: a comparative study. *Health and quality of life Outcomes*, 2018; 16: 150.
150. Nielsen MK, Christensen KS, Neergaard MA, Bidstrup PE, Guldin MB. Exploring functional impairment in light of prolonged grief disorder: a prospective, population-based cohort study. *Frontiers in Psychiatry*, 2020; 11: 537674.
151. Buckley T, Sunari D, Marshall A, Bartrop R, McKinley S, et al. Physiological correlates of bereavement and the impact of bereavement interventions. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2012; 14: 129–139.
152. Jones MP, Bartrop RW, Forcier L, Penny R. The long-term impact of bereavement upon spouse health: a 10-year follow-up. *Acta Neuropsychiatrica*, 2010; 22: 212–217.

153. Lundorff M, Holmgren H, Zachariae R, Farver-Vestergaard I, O'Connor M. Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 2017; 212: 138–149.
154. Lega I, Maraschini A, D'Aloja P, Andreozzi S, Spettoli D, et al. Maternal suicide in Italy. *Arch. Women's Mental Health*, 2020; 23: 199–206.
155. Hvidtjørn D, Wu C, Schendel D, Thorlund Parner E, Brink Henriksen T. Mortality in mothers after perinatal loss: A population-based follow-up study. *British Journal of obstetrics and gynaecology*, 2016; 123(3): 393–398.
156. Nynas J, Narang P, Kolikonda MK, Lippmann S. Depression and anxiety following early pregnancy loss: recommendations for primary care providers. *Primary Care Companion for CNS Disorders*, 2015; 17: 10.
157. Bellhouse C, Temple-Smith MJ, Bilardi JE. "It's just one of those things people don't seem to talk about." women's experiences of social support following miscarriage: a qualitative study. *BMC Women's Health* 2018; 18: 176.
158. De Montigny F, Verdon C, Meunier S, Dubeau D. Women's persistent depressive and perinatal grief symptoms following a miscarriage: the role of childlessness and satisfaction with healthcare services. *Archives of Women's Mental Health*, 2017; 20: 655–662.
159. Bommaraju A, Kavanaugh ML, Hou MY, Bessett D. Situating stigma in stratified reproduction: abortion stigma and miscarriage stigma as barriers to reproductive healthcare. *Sexual and reproductive health care*, 2016; 10: 62–69.
160. Rafferty KA, Longbons T. Abortion changes you: a case study to understand the communicative tensions in women's medication abortion narratives. *Health Communication*, 2020: 10.
161. Greenberg PE, Fournier AA, Sisitsky T, Pike CT, Kessler RC. The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States (2005 and 2010). *Journal of Clinical Psychiatry*, 2015; 76: 155–162.
162. Karling P, Wikgren M, Adolfsson R, Norrback KF. Hypothalamus-pituitary-adrenal axis hypersuppression is associated with gastrointestinal symptoms in major depression. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, 2016; 22: 292–303.

163. Miller AH, Raison CL. The role of inflammation in depression: from evolutionary imperative to modern treatment target. *Nature reviews immunology*, 2016; 16: 22–34.
164. Krosch DJ, Shakespeare-Finch JE. Grief, traumatic stress, and posttraumatic growth in women who have experienced pregnancy loss. *Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*. 2017; 9: 425–433.
165. Engelhard IM, Hout MAVD, Arntz A. Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *General Hospital Psychiatry*, 2001; 23: 62–66.
166. Horesh D, Nukriani M, Bialik Y. To lose an unborn child: Post-traumatic stress disorder and major depressive disorder following pregnancy loss among Israeli women. *General Hospital Psychiatry*, 2018; 53: 95–100.
167. Turton P, Hughes P, Evans CDH, Fainman D. Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. *The British Journal of Psychiatry*, 2001; 178: 556–560.
168. Armstrong DS, Hutti MH, Myers J. The Influence of Prior Perinatal Loss on Parents' Psychological Distress after the Birth of a Subsequent Healthy Infant. *Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing*, 2009; 38: 654–666.
169. Vignato J, Georges JM, Bush RA, Connelly C.D. Post-traumatic stress disorder in the perinatal period: A concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 2017; 26: 3859–3868.
170. Hunter A, Tussis L, Macbeth A. The presence of anxiety, depression and stress in women and their partners during pregnancies following perinatal loss: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 2017; 223: 153–164.
171. Bergner A, Beyer R, Klapp BF, Rauchfuss M. Pregnancy after early pregnancy loss: A prospective study of anxiety, depressive symptomatology and coping. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 2008; 29: 105–113.

9.PRILOG

TEKST INFORMISANOG PRISTANKA

Poštovane,

zamoljene ste da učestvujete u ispitivanju koja procenjuje psihološke posledice i kvalitet života posle prekida trudnoće. Poznato je da je prekid trudnoće stresni događaj u životu žene koji izaziva različite reakcije. Te reakcije – osećanja mogu biti uobičajena kao što su osećaj tuge, bola, praznine, gubitka itd., i traju određeni vremenski period i ubrajaju se u normalnu reakciju na stresni događaj. U nekim slučajevima reakcija na prekid trudnoće kao stresogeni događaj može biti veoma intenzivna ili da jako dugo traje i tada zahteva pružanje stručne pomoći pacijentkinji u savladavanju istih.

Informacije u daljem tekstu detaljno objašnjavaju postupke koji će uslediti ukoliko odlučite da učestvujete u studiji. Biće Vam ostavljeno odgovarajuće vreme da pažljivo pročitate i shvatite ove informacije. Zamolite lekara koji vodi ispitivanje da Vam objasni sve što vam nije jasno. Ispitivanje je odobrio Etički odbor kako bi se zaštitila Vaša prava i osigurala bezbednost. Vaše učešće je potpuno dobrovoljno. Ukoliko se saglasite sa učešćem u ovoj studiji potrebno je da potpišete Obrazac pristanka koji se nalazi u prilogu. Svoj pristanak možete povući u bilo kom momentu, a razloge nećete morati da opravdavate. To neće imati nikakav uticaj na Vašu medicinsku negu ili zakonska prava. Ukoliko odlučite da prekinete učešće u studiji, o tome morate obavestiti osobu koji vodi studiju.

Značaj ovog ispitivanja je u saznanjima do kojih će se doći prikupljanjem i obradom. Svi učesnici studije će imati zadatak da odgovore na pitanja u pisanoj formi koje će im uručiti osobe koje učestvuju u ispitivanju. Ispitivanje će se vršiti prilikom prvog pregleda na Klinici, posle izvršenog prekida trudnoće. Isti postupak će biti ponovljen na kontrolnom pregledu nakon dve nedelje i 6 meseci posle pobačaja.

Od sveg osoblja koje je uključeno u ovu studiju se zahteva da čuvaju u tajnosti vašu medicinsku dokumentaciju kao i podatke u bilo kom momentu. Vaše ime neće biti navedeno ni u jednom studijskom izveštaju, a ti izveštaji će se koristiti samo u istraživačke svrhe. Neki podaci iz ove

studije će možda biti objavljeni. U tom slučaju Vaš identitet neće biti otkriven, ali će rezultati studije biti šire dostupni.

Svojim potpisom na Obrascu pristanka, koji se nalazi u prilogu, potvrđujete da ste dobili kopiju teksta informisanog pristanka, kao i da ste pristali da učestvujete u ovoj studiji.

OBRAZAC PRISTANKA

Prekid trudnoće kao faktor rizika za nastanak akutnog stresnog poremećaja

Ime i prezime ispitanika:..... **Datum rođenja:**

(štampanim slovima)

(Dan/Mesec/Godina)

1.Potvrđujem da mi je (osoba koja obezbeđuje Informisani pristanak) objasnio prirodu i ciljeve ove kliničke studije, kao i moguće rizike koji su u vezi sa njom.

2.Dobila sam kopiju Teksta informisanog pristanka. Razumela sam sve informacije koje sam dobila usmeno i pismeno i saglasna sam da ću se pridržavati uslova ispitivanja koji su definisani u Tekstu informisanog pristanka.

3.Razumela sam da je moje učešće potpuno dobrovoljno i da mogu da prekinem svoje učešće u ovoj kliničkoj studiji u bilo kom momentu i da to neće uticati na moju buduću medicinku negu ili zakonska prava..

4.Dajem svoju saglasnost da se anonimni podaci o meni mogu čuvati i elektronski obrađivati radi naučne procene.

5.Ovim izjavljujem da sam dobrovoljno pristala da učestvujem u ovoj kliničkoj studiji.

6.Dobila sam kopiju ovog obrasca pristanka.

Potpisuje **Ispitanik**

Potpis:.....

Datum:.....

Pacijent

Potpisuje **Osoba koja obezbeđuje Informisani pristanak**

Ja, dole potpisani, u celosti sam objasnio imenovanom pacijentu sve pojedinosti ove kliničke studije kako je opisano i Tekstu informisanog pristanka.

Ime i prezime:

(štampanim slovima)

Potpis:

Datum:.....

Упитник бр 1.

Овај упитник је саставни део докторске дисертације који се бави проблемом утицаја побачаја жељене трудноће као изазивача стреса на квалитет живота жене. Упитник је анониман и резултати ће бити коришћени искључиво у научне сврхе. Молимо Вас да будете искрени, јер од тога зависи успех истраживања.

Хвала на сарадњи

1. Године старости_____

2. Школска спрема

- 1) без школе
- 2) основна школа
- 3) средња школа
- 4) виша школа
- 5) факултет

3. Занимање_____

4. Брачно стање

- 1) неувдата
- 2) увдата
- 3) разведена
- 4) удовица
- 5) ванбрачна заједница

5. Која Вам је ово трудноћа по реду?

- 1) прва

2) друга

3) _____

6. У којој недељи трудноће ће бити извршен прекид ове трудноће? _____

7. Да ли имате деце?

1) немам

2) имам _____ (колико?)

8. Да ли сте раније имали прекид трудноће?

1) не

2) да _____ (колико и који је разлог?)

9. Како оцењујете Ваше друштвене односе и прилагођеност околини?

1) осећам се усамљено и тешко комуницирам

2) лако ступам у комуникацију и остварујем добре односе са другима

3) _____

10. Да ли се Ваш однос са партнером променио од тренутка сазнања да је неопходно прекинути трудноћу?

1) погоршао се

2) побољшао се

3) није се променио

11. Да ли пушите?

1) не

2) да _____ (колико цигарета дневно?)

12. Како бисте описали Вашу материјалну ситуацију?

- 1) веома лоша
- 2) лоша
- 3) задовољавајућа
- 4) доста добра
- 5) веома добра

Упитник бр.2. Скала тренутног расположења

Молим Вас да одговорите на свако од ових питања заокруживањем броја, које најбоље

Описује Ваше тренутно расположење

Бројеви имају следећа значења: уопште се не осећам-1; осећам се -2; благо се осећам -3; потпуно се осећам -4.

Редни број	Ваша осећања	уопште се не осећам	осећам се	благо се осећам	потпуно се осећам
1.	Живо	1	2	3	4
2.	Срећно	1	2	3	4
3.	Тужно	1	2	3	4
4.	Уморно	1	2	3	4
5.	Забринuto	1	2	3	4
6.	Задовољно	1	2	3	4
7.	Суморно	1	2	3	4
8.	Узнемирено	1	2	3	4
9.	Поспано	1	2	3	4
10.	Мрзовољно	1	2	3	4
11.	Енергично	1	2	3	4
12.	Нервозно	1	2	3	4
13.	Смирено	1	2	3	4
14.	Заљубљено	1	2	3	4
15.	Доста ми је свега	1	2	3	4

,

16.	АКТИВНО	1	2	3	4
------------	----------------	---	---	---	---

Упитник бр.3 Скала акутне реакције на стрес

Молим Вас да одговорите на свако од ових питања - како се осећате током последњих седам дана, тако што ћете заокружити број испод одговора који највише одговара вашем осећају.

Бројеви имају следећа значења: нимало-1; веома мало-2; осредње-3; јако-4; веома јако-5.

Редни број	Ваша осећања	нимало	веома мало	осредње	јако	веома јако
20.	Да ли осећате да сте емотивно празни?	1	2	3	4	5
21.	Да ли мислите да сте мање свесни стварности?	1	2	3	4	5
22.	Да ли имате осећај да су ствари и догађаји око Вас нестварни или као у сну?	1	2	3	4	5
23.	Да ли имате осећај као да се то не дешава Вама већ као да се дешава неком другом?	1	2	3	4	5
24.	Да ли имате утисак да не можете да се сетите свих дешавања пре и током побачаја?	1	2	3	4	5
25.	Да ли размишљања о побачају заокупљају ваше мисли?	1	2	3	4	5
26.	Да ли имате ноћне море или лоше снове везане за побачај?	1	2	3	4	5
27.	Да ли имате осећај као да стално размишљате о побачају?	1	2	3	4	5
28.	Да ли се осећате веома узнемирено када мислите на побачај?	1	2	3	4	5
29.	Да ли покушавате да не мислите о побачају?	1	2	3	4	5
30.	Да ли се трудите да не причате о побачају?	1	2	3	4	5

31.	Да ли се трудите да избегнете ситуације или људе који Вас подсећају на побачај?	1	2	3	4	5
32.	Да ли се трудите да се не осећате узнемирено или потрешено због побачаја?	1	2	3	4	5
33.	Да ли имате потешкоће са сном након побачаја?	1	2	3	4	5
34.	Да ли се осећате раздражљиво због побачаја?	1	2	3	4	5
35.	Да ли се теже концентришете због побачаја?	1	2	3	4	5
36.	Да ли се плашите поновног побачаја?	1	2	3	4	5
37.	Да ли сте постали нервозни након сазнања за побачај?	1	2	3	4	5
38.	Кад се сетите побачаја да ли почнете да дрхтите, да се знојите или срце почне брже да вам куца?	1	2	3	4	5

Упитник бр. 4. Скала за процену нивоа благостања у периоду туговања

(Well-being questionnaire 12 (W-BQ 12))

Пред Вама је низ тврдњи које људи користе да би описали како се осећају. Прочитајте сваку тврдњу и означите како сте се осећали у претходне две недеље.

Бројеви имају следећа значења: никад-0; понекад-1; скоро увек-2; увек-3

Ред. број	Ваша осећања	никад	понекад	скоро увек	увек
1.	Имам епизоде плакања или желим да плачем	0	1	2	3
2.	Осећам се као да ми је „сломљено срце“ и тужна сам	0	1	2	3
3.	Осећам страх без икаквог разлога	0	1	2	3
4.	Лако се узнемирим и успаничим	0	1	2	3
5.	Осећам се пуна енергије, активна сам	0	1	2	3
6.	Осећам да сам без енергије и слаба	0	1	2	3
7.	Осећам се уморно, истрошено и исцрпљено	0	1	2	3
8.	Будим се одморна и свежа	0	1	2	3
9.	Срећна сам, задовољна својим личним животом	0	1	2	3
10.	Имам живот какав сам увек желела да имам	0	1	2	3
11.	Осећам да сам способна да се изборим са свакодневним стварима или када доносим неку одлуку	0	1	2	3
12.	Осећам да могу лако да се изборим са озбиљним проблемима или великим променама у животу	0	1	2	3

План третмана података

Назив пројекта/истраживања
Прекид жељене трудноће као фактор ризика за настанак акутног стресног поремећаја
Назив институције/институција у оквиру којих се спроводи истраживање
а) Клинички центар Војводине, Клиника за гинекологију и акушерство, Нови Сад
Назив програма у оквиру ког се реализује истраживање
Докторске академске студије – Клиничка истраживања, Медицински факултет Универзитета у Новом Саду
1. Опис података
<p>1.1 Врста студије</p> <p>Истраживање је спроведено у виду проспективне студије на Клиници за гинекологију и акушерство, Клиничког центра Војводине у периоду од јануара 2017. до јула 2018. године. Испитивану групу су чиниле жене које су имале спонтани побачај жељене трудноће и намерни побачај жељене трудноће из здравствених индикација, док су контролну групу чиниле пацијенткиње са намерним побачајем нежељене трудноће. Све испитанице су добровољно пристале да учествују у истраживању, што су потврдиле потписивањем информисаног пристанка. У истраживању је учествовало 160 испитаница подељених у две групе, а све су испуњавале унапред утврђене критеријуме за укључивање у истраживање. Подаци су сакупљени директним анонимним анкетањем испитаница код којих је урађен прекид трудноће. Истраживање је спроведено кроз три посете и коришћена су четири упитника.</p>
<p>1.2 Врсте података</p> <p>а) квантитативни б) квалитативни</p>
<p>1.3. Начин прикупљања података</p> <p>а) анкете, упитници, тестови б) клиничке процене, медицински записи, електронски здравствени записи в) генотипови: навести врсту _____ г) административни подаци: навести врсту _____ д) узорци ткива: навести врсту _____ ђ) снимци, фотографије: навести врсту _____ е) текст: оригинални чланци и сва наведена литература ж) мапа, навести врсту _____ з) остало: описати _____</p>

1.3 Формат података, употребљене скале, количина података

1.3.1 Употребљени софтвер и формат датотеке:

- a) Excel фајл, датотека ____ .xlsx__
- b) SPSS фајл, датотека _____
- c) PDF фајл, датотека ____ .pdf__
- d) Текст фајл, датотека ____ .docx_____
- e) JPG фајл, датотека _____
- f) Остало, датотека _____

1.3.2. Број записа (код квантитативних података)

- a) број варијабли: **велики број**
- b) број мерења (испитаника, процена, снимака и сл.) **160 испитаница, велики број анкетирања**

1.3.3. Поновљена мерења

- a) да
- b) не

Уколико је одговор да, одговорити на следећа питања:

- a) временски размак између поновљених мера су: **2 сата и 14 дана након побачаја трудноће**
- b) варијабле које се више пута мере односе се **на упитнике са социодемографским подацима, Скалу тренутног расположења (Brief Mood Introspection Scale (BMIS)), Скалу акутне реакције на стрес, Скалу за процену нивоа благостања у периоду туговања (Well-being questionnaire 12 (W-BQ 12)). Врши се поређење између добијених вредности скала током три посете.**

в) нове верзије фајлова који садрже поновљена мерења су именоване **арапским бројевима и речима**

Напомене: _____

Да ли формати и софтвер омогућавају дељење и дугорочну валидност података?

- a) **Да**
- b) **Не**

Ако је одговор не, образложити _____

2. Прикупљање података

2.1 Методологија за прикупљање/генерисање података

2.1.1. У оквиру ког истраживачког нацрта су подаци прикупљени?

- а) експеримент, навести тип _____
- б) корелационо истраживање, навести тип _____
- ц) анализа текста, навести тип – **преглед научне литературе која је доступна и актуелна у овом моменту**
- д) остало - **подаци сакупљени директним анонимним анкетирањем пацијенткиња**

2.1.2 Навести врсте мерних инструмената или стандарде података специфичних за одређену научну дисциплину (ако постоје).

Посебно конструисан упитник са социодемографским подацима и три упитника (скеле): Скала тренутног расположења (Brief Mood Introspection Scale (BMIS)), Скала акутне реакције на стрес, Скала за процену нивоа благостања у периоду туговања (Well-being questionnaire 12 (W-BQ 12)),

2.2 Квалитет података и стандарди

2.2.1. Третман недостајућих података

- а) Да ли матрица садржи недостајуће податке? Да **Не**

Ако је одговор да, одговорити на следећа питања:

- а) Колики је број недостајућих података? _____
- б) Да ли се кориснику матрице препоручује замена недостајућих података? Да **Не**
- в) Ако је одговор да, навести сугестије за третман замене недостајућих података

2.2.2. На који начин је контролисан квалитет података? Описати

Квалитет података је контролисан помоћу статистичке обраде података

2.2.3. На који начин је извршена контрола уноса података у матрицу?

Статистичком контролом добијеног резултата

3. Третман података и пратећа документација

3.1. Третман и чување података

3.1.1. Подаци ће бити депоновани у Заједнички портал свих докторских дисертација и извештаја комисија о њиховој осеци на универзитетима у Србији (NaRDUS) и у репозиторијуму докторских дисертација у Новом Саду (CRIS).

3.1.2. URL адреса: <https://cris.uns.ac.rs/searchDissertations.jsf>.

3.1.3. DOI _____

3.1.4. Да ли ће подаци бити у отвореном приступу?

а) Да

б) Да, али после ембарга који ће трајати до _____

в) Не

Ако је одговор не, навести разлог _____

3.1.5. Подаци неће бити депоновани у репозиторијум, али ће бити чувани.

Образложење

3.2 Метаподаци и документација података

3.2.1. Који стандард за метаподатке ће бити примењен? _____

3.2.1. Навести метаподатке на основу којих су подаци депоновани у репозиторијум.

Ако је потребно, навести методе које се користе за преузимање података, аналитичке и процедуралне информације, њихово кодирање, детаљне описе варијабли, записа итд.

3.3 Стратегија и стандарди за чување података

3.3.1. До ког периода ће подаци бити чувани у репозиторијуму? **Трајно**

3.3.2. Да ли ће подаци бити депоновани под шифром? Да **Не**

3.3.3. Да ли ће шифра бити доступна одређеном кругу истраживача? Да **Не**

3.3.4. Да ли се подаци морају уклонити из отвореног приступа после извесног времена? Да **Не**
Образложити

4. Безбедност података и заштита поверљивих информација

Овај одељак МОРА бити попуњен ако ваши подаци укључују личне податке који се односе на учеснике у истраживању. За друга истраживања треба такође размотрити заштиту и сигурност података.

4.1 Формални стандарди за сигурност информација/података

Истраживачи који спроводе испитивања с људима морају да се придржавају Закона о заштити података о личности (https://www.paragraf.rs/propisi/zakon_o_zastiti_podataka_o_licnosti.html) и одговарајућег институционалног кодекса о академском интегритету.

4.1.2. Да ли је истраживање одобрено од стране етичке комисије? Да **Не**

Ако је одговор Да, навести датум и назив етичке комисије која је одобрила истраживање

1. Етички одбор Клиничког центра Војводине (број одобрења 00-08/332 од 18.09.2013. године)

2. Комисија за етичност испитивања на људима, Медицинског факултета Универзитета у Новом Саду одржана дана 03. 10.2013. године

4.1.2. Да ли подаци укључују личне податке учесника у истраживању? Да **Не**

Ако је одговор да, наведите на који начин сте осигурали поверљивост и сигурност информација везаних за испитанике:

- a) Подаци нису у отвореном приступу
 - б) **Подаци су анонимизирани**
 - ц) Остало, навести шта
-

5. Доступност података

5.1. Подаци ће бити

- a) **јавно доступни**
- б) *доступни само уском кругу истраживача у одређеној научној области*
- ц) *затворени*

Ако су подаци доступни само уском кругу истраживача, навести под којим условима могу да их користе:

Ако су подаци доступни само уском кругу истраживача, навести на који начин могу приступити подацима:

5.4. Навести лиценцу под којом ће прикупљени подаци бити архивирани.

Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима

6. Улоге и одговорност

6.1. Навести име и презиме и мејл адресу власника (аутора) података

Sladjana Koledin, sladjana.koledin@kcv.rs

6.2. Навести име и презиме и мејл адресу особе која одржава матрицу с подацима

Sladjana Koledin, sladjana.koledin@kcv.rs

6.3. Навести име и презиме и мејл адресу особе која омогућује приступ подацима другим истраживачима

Sladjana Koledin, sladjana.koledin@kcv.rs