

Odnos študentov do umetne prekinitve nosečnosti: vloga socialno-demografskih dejavnikov

Znanstveni članek

UDK 618.39-085:2

618.3.39-074+2:378

KLJUČNE BESEDE: umetna prekinitve nosečnosti, vera, družba, študentje

POVZETEK - V Sloveniji je splav dovoljen do desete tedna nosečnosti na pobudo ženske, potem pa splav lahko dovoli le posebna komisija. Cilj pričujoče raziskave je bil ugotoviti odnos študentov do umetne prekinitve nosečnosti. V raziskavi je sodelovalo 317 študentov Zdravstvene fakultete v Ljubljani. S statističnim programom SPSS 17.0 za Windows so bile izračunane frekvence in koeficient kontingence. Ugotovljeno je bilo, da verni študentje ne odobravajo umetne prekinitve nosečnosti ($p = ,003$), prav tako je za njih pomemben odnos okolja do umetne prekinitve nosečnosti ($p = ,005$) ter nasprotujejo umetni prekinitvi nosečnosti v drugem trimesečju nosečnosti ($p = ,003$). Prav tako je za verne študente značilno, da se strinjajo, da lahko ima umetna prekinitve nosečnosti psihične in fizične posledice na zdravju žensk ($p = ,046$). Rezultati kažejo, da so študentje, ki niso verni, bolj naklonjeni umetni prekinitvi nosečnosti. Na osnovi dobljenih podatkov je moč zaključiti, da ima vera pomemben vpliv na odnos posameznika do umetne prekinitve nosečnosti.

Scientific article

UDC UDK 618.39-085:2

618.3.39-074+2:378

KEY WORDS: artificial pregnancy termination, religion, society, students

ABSTRACT - In Slovenia, permission for performing abortion is limited to the tenth week of pregnancy on the initiative of women, after that time, abortion can only be authorized by a special commission. The aim of this study was to determine the attitude of students towards abortion. The study involved 317 students of the Faculty of Health Sciences Ljubljana. The statistical program SPSS 17.0 for Windows was used to calculate frequencies and the contingency coefficient. The results show that religious students do not approve of abortion ($p = ,003$), to them the attitude of environment towards abortion is also important ($p = ,005$) and they do not approve of abortion in the second trimester of pregnancy ($p = ,003$). The religious students also typically agree that an abortion can have psychological and physical effects on women's health ($p = ,046$), however, the atheist students are definitely more in favor of the abortion. Based on the data obtained it can be concluded that religion has an important influence on the individual's attitude towards abortion.

1 Uvod

Vsaka nosečnost ni načrtovana. Nenačrtovana nosečnost je zato lahko tudi neželela, tako je umetna prekinitve nosečnosti odgovor nanjo. Umetna prekinitve nosečnosti je žal še vedno pogosta kljub veliki izbiri kontracepcije. Nosečnice se odločijo za umetno prekinitve nosečnosti iz različnih razlogov. Pomemben problem je pomanjkanje znanja glede izbire prave kontracepcije, zato morajo zdravstveni delavci ženski pri tem pomagati, saj s tem preprečijo marsikatero umetno prekinitve nosečnice (Krajnc in Damiš, 2013). Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije vsako leto zanosi približno 210 milijonov žensk po svetu, od tega se 22 % nosečnosti konča z umetno

prekinitvijo nosečnosti (Pinter, 2004). V Sloveniji je splav dovoljen do desetega tedna nosečnosti, potem pa ga lahko dovoli le posebna komisija. Stroški izvedbe se krijejo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Leta 2010 je bilo v Sloveniji po podatkih Inštituta za varovanje zdravja opravljenih nekaj več kot 4.300 splavov, od tega 8 % po desetem tednu nosečnosti. Število splavov na 1.000 žensk v rodni dobi od leta 1982 v Sloveniji upada, zadnja maternalna smrt kot posledica dovoljenega splava pa je bila zabeležena leta 1986 (Razpotnik, 2012).

Umetna prekinitvev nosečnosti je odstranitev zarodka oz. plodu iz maternice, preden je ta sposoben samostojnega preživetja izven nje (Ljubič, Pavič, Pavlovič, Fleišman in Plazar, 2012). Je edino sredstvo za preprečitev rojstva po spočetju (Maček, 2004). Večina umetnih prekinitvev nosečnosti se opravi v prvih 12-ih tednih nosečnosti (ACOG, 2011). Umetna prekinitvev nosečnosti je medicinski poseg, ki se v Sloveniji do 10. tedna nosečnosti opravi na zahtevo nosečnice (Furjan, 2009).

1.1 Razlogi za umetno prekinitvev nosečnosti

Razloge, zakaj se ženske zatekajo k splavu, lahko delimo na naslednje kategorije: razlogi, osredotočeni na žensko, materialni in drugi razlogi (Kirkman, Rowe, Hardiman Mallett, and Rosenthal, 2009). Razlogi, osredotočeni na žensko, so neprimeren čas za nosečnost, kar pomeni, da si ženska lahko želi otroka, ima pa občutek, da ni pripravljena na materinstvo; ne želi prekiniti izobraževanja; dela ali pa so v ospredju drugi življenjski načrti; ne želi invalidnega otroka; jo je strah poroda; je mladoletna; ne želi več otrok, je prestara, da bi še imela otroka (Kirkman et al., 2009; Ljubič in sod., 2012). Materialni razlogi so povezani s finančno in stanovanjsko stisko. Med druge razloge pa spada odločitev ženske za umetno prekinitvev nosečnosti zaradi vpliva drugih oseb, kot sta otrokov oče ali drugi otrok, prisotno nasilje in spolne zlorabe (Kirkman et al., 2009; Ljubič in sod., 2012).

1.2 Tehnike umetne prekinitvev nosečnosti

Umetna prekinitvev nosečnosti se lahko opravi kirurško, z zdravili (medikamentozni splav) in kombinirano. Pred posegom je potreben ginekološki pregled, zaželeno je tudi ultrazvočna preiskava, da se ugotovi trajanje nosečnosti in izključi morebitna izvenmaternična nosečnost (Borko in Žebeljan, 2006).

Kirurška prekinitvev nosečnosti je fizična odstranitev plodu iz maternice. Postopek se določi glede na trajanje nosečnosti (Royal, 2008). V prvem trimesečju se za prekinitvev nosečnosti uporabljajo vakuumska aspiracija ter dilatacija in kiretaža (Blakrishnan, 2010). V drugem trimesečju se za prekinitvev nosečnosti uporablja metoda dilatacije in evakuacije, ki se izvaja po vsem svetu (Ben-Ami, Stern, Vaknin, Smorgick, Schneider and Halperin, 2014). Povezana je z večjim številom zapletov, zato je zaželeno, da take posege opravljajo samo izkušeni ginekologi, in to izključno v bolnišnici (Borko in Žebeljan, 2006). Postopek je podoben dilataciji in kiretaži, vendar je treba maternični vrat bolj razširiti in uporabiti večjo sesalno cevko, saj je treba iz maternice izsesati več vsebine (Gordon and Sherk, 2015). Medikamentozna prekinitvev nosečnosti se izvaja z uporabo zdravil. Čeprav je veliko različnih zdravil, ki so bila uporabljena samostoj-

no ali v kombinaciji, je bila najučinkovitejša najpogosteje uporabljena kombinacija mifepristona in misopristola. WHO priporoča kombinacijo zdravil z začetnim odmerkom mifepristona, ki mu sledi misopristol 36 do 48 ur kasneje (Ngo, Hae Park, Shakur and Free, 2011). Mifepriston v kombinaciji z misopristolom je zelo učinkovita (98 %) in varna metoda prekinitve nosečnosti v prvem trimesečju (Kapamadžija, Vukelić, Bjelica and Kopitović, 2010).

1.3 Zapleti pri umetni prekinitvi nosečnosti

Možni zapleti pri umetni prekinitvi nosečnosti, zaradi katerih se mora ženska naročiti na pregled, so: vaginalna krvavitev; hude bolečine v trebuhu in bolečina v medenici, ki kljub priporočenemu odmerku analgetika ne popusti; povišana telesna temperatura nad 38° C, ki traja več kot 4 ure; slabost; bruhanje in/ali driska več kot 24 ur po prejemu misopristola (Hawkins, Stanley-Haney and Roberto-Nichols, 2012).

Borko in Žebeljan (2006) delita zaplete na zgodnje in pozne. Neposredni zgodnji zapleti nastanejo med posegom ali do tri ure po njem. Gre za poškodbe, kot so zatrganine/laceracija cerviksa, predrtje/perforacija uterusa in poškodbe drugih organov, močnejše krvavitve in zapleti z anestezijo. Zakasneli zgodnji zapleti se pojavijo od tretje ure po posegu do prve menstruacije, ki sledi umetni prekinitvi nosečnosti. Najpogostejše so krvavitve, vnetja in tromboza spodnjih okončin, zaradi občutka krivde pa se pojavijo tudi psihične težave.

Pozni ali kasni zapleti se pojavijo kasneje, med naslednjo nosečnostjo (spontani splav) ali porodom (prezgodnji porod, nizka porodna teža); prisotne so lahko tudi razne psihične težave. Po prekinitvi nosečnosti lahko pride do senzibilizacije Rh D negativnih nosečnic, zato se mora v 72 urah po umetni prekinitvi nosečnosti Rh D negativnim pacientkam aplicirati intramuskularno anti Rh D gama IgG (Rhesonativ) (Borko in Žebeljan, 2006).

1.4 Pravna ureditev umetne prekinitve nosečnosti v Sloveniji

V Sloveniji je umetna prekinitve nosečnosti dovoljena. To določa 55. člen Ustave Republike Slovenije, v katerem je navedeno, da je odločanje o rojstvu otrok svobodno. Država zagotavlja možnosti za uresničevanje te svoboščine in ustvarja razmere, ki omogočajo staršem, da se svobodno odločajo o rojstvu svojih otrok (55. člen, Uradni list RS 33/91). Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok (ZZUUP) v 1. členu navaja, da ima človek pravico svobodno odločati o rojstvu otrok. V 3. členu ZZUUP določa zdravstvene ukrepe, s katerimi se po tem zakonu uravnava rojstvo otrok, preprečevanje zanositve, umetna prekinitve nosečnosti ter ugotavljanje in zdravljenje zmanjšane plodnosti (Uradni list RS 11/77). V omenjenem zakonu je napisano, da je umetna prekinitve nosečnosti medicinski poseg, ki se opravi na zahtevo nosečnice, če nosečnost ne traja več kot deset tednov (17. člen, Uradni list RS 11/77). Če nosečnost traja več kot deset tednov, se umetna prekinitve nosečnosti lahko opravi na zahtevo nosečnice le, če je nevarnost posega za življenje in zdravje nosečnice ter za njena bodoča materinstva manjša od nevarnosti, ki grozi nosečnici ali otroku zaradi nadaljevanja nosečnosti in zaradi poroda (18. člen, Uradni list RS 11/77).

Postopek za umetno prekinitev nosečnosti po desetem tednu nosečnosti vodita in o zahtevi nosečnice odločata komisiji prve in druge stopnje za umetno prekinitev nosečnosti (19. člen, Uradni list RS 11/77). Komisijo prve stopnje sestavljajo socialni delavec in dva zdravnika. Eden od zdravnikov mora biti specialist za ženske bolezni in porodništvo; ta je tudi predsednik komisije. Komisijo druge stopnje sestavljajo socialni delavec in trije zdravniki ustreznih specialnosti, od katerih je predsednik komisije specialist za ženske bolezni in porodništvo (20. člen, Uradni list RS 11/77). Če komisija meni, da za umetno prekinitev nosečnosti niso izpolnjeni pogoji po 18. členu tega zakonika, zavrne zahtevo za umetno prekinitev nosečnosti. V tem primeru lahko nosečnica predlaga, da o njeni zahtevi odloči komisija druge stopnje. Ta mora o tem odločiti v sedmih dneh (18. člen in 25. člen, Uradni list RS 11/77). Če je nosečnica nerazsodna, zahtevajo umetno prekinitev nosečnosti njeni starši ali skrbnik. »Če zahteva umetno prekinitev nosečnosti mladoletna nosečnica, praviloma obvesti zdravstvena organizacija, ki opravlja umetno prekinitev nosečnosti, o posegu starše oziroma skrbnika, razen če je nosečnica pred polnoletnostjo pridobila popolno poslovno sposobnost« (22. člen, Uradni list RS 11/77).

Medicinska sestra je odgovorna za naročanje žensk na umetno prekinitev nosečnosti in mora biti seznanjena z vsemi načini prekinitve nosečnosti, ki so v danem trenutku na voljo. Po pogovoru ženske z ginekologom medicinska sestra na kratko ponovi protokol izvedbe umetne prekinitve nosečnosti, vendar pri tem ne izraža svojega mnenja; ženski le svetuje pri pravilni izbiri vrste posega, seznanjeni jo z možnimi zapleti in posledicami, ki jih prinaša določen postopek, s trajanjem posega in z nadaljnjimi kontrolnimi pregledi (Jakopič in Kostoski, 2010).

Pred umetno prekinitvijo nosečnosti mora imeti vsaka ženska potrjeno višino nosečnosti z ultrazvočnim izvidom, ki je lahko star največ štiri dni. Pacientka ne sme biti slabokrvna, zato se preveri njen hemogramski izvid; vrednost hemoglobina mora biti višja od 90 g/l. Če je vstavljen maternični vložek, ga je treba pred postopkom odstraniti (Jakopič in Kostoski, 2010).

Umetna prekinitev nosečnosti je še vedno pogosta kljub veliki izbiri kontracepcije. Nosečnice se zanjo odločijo iz različnih razlogov. Problem je pomanjkanje znanja glede izbire kontracepcije, zato morajo zdravstveni delavci ženski pomagati pri tem, saj le tako lahko preprečijo marsikatero umetno prekinitev nosečnosti (Krajnc in Damiš, 2013). V kontekstu družbenih in kulturnih faktorjev smo ugotovili, da je razlika v odnosu posameznika do umetne prekinitve nosečnosti večinoma povezana z izobrazbo, odnosi med spoloma, vero oz. prepričanji in motivacijo, da imajo otroke (Wang and Buffalo, 2004). Cilj pričujoče raziskave je bil ugotoviti odnos študentov Zdravstvene fakultete do umetne prekinitve nosečnosti. Z raziskavo smo želeli odgovoriti na naslednja vprašanja:

- Kakšen odnos imajo študentje do umetne prekinitve nosečnosti - jo odobravajo ali zavračajo?
- Ali bi se študentke odločile za umetno prekinitev nosečnosti?
- Ali na odločitev za umetno prekinitev nosečnosti vplivajo smer in letnik študija, spol, starost, kraj bivanja in veroizpoved.

2 Metode dela

Raziskava je potekala na Zdravstveni fakulteti v Ljubljani v oktobru in novembru 2014. Vključeni so bili študentje zdravstvene nege, delovne terapije, babištva in fizioterapije. Sodelovanje v anketi je bilo prostovoljno in anonimno. Podatke smo pridobili s pomočjo delno strukturiranega anketnega vprašalnika. Vprašalnik je bil pripravljen na osnovi pregleda literature in je vseboval 11 vprašanj zaprtega tipa. V raziskavo je bilo vključenih 356 študentov Zdravstvene fakultete v Ljubljani. Ker 39 anket ni bilo pravilno izpolnjenih, smo jih izključili. V analizo podatkov je bilo tako vključenih 317 pravilno izpolnjenih anket.

Podatki so bili obdelani s statističnim programom SPSS 17.0 za Windows. Izračunane so bile frekvence in kontingenčne tabele (Crosstabs). Verjetnost povezave med spremenljivkami je bila testirana s koeficientom kontingence na ravni 5 % tveganja.

3 Rezultati

V raziskavi je sodelovalo 317 študentov Zdravstvene fakultete v Ljubljani. Socialno demografski podatki so prikazani v tabeli 1. V raziskavi ni bilo ugotovljenih statistično značilnih razlik glede na starost, spol, kraj bivanja, letnik in smer študija.

Tabela 1: Opis vzorca

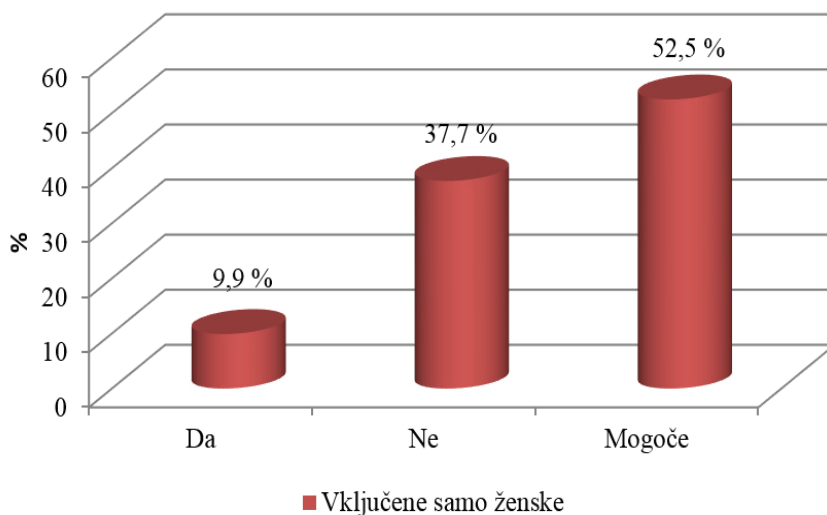
<i>Socialno demografske spremenljivke</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Starost</i>		
19 let	144	45,4
20 let	66	20,8
21 let	65	20,5
22 let in več	42	13,2
<i>Spol</i>		
Ženski	284	89,6
Moški	33	10,4
<i>Kraj bivanja</i>		
Mesto	121	38,2
Vas	196	61,8
<i>Letnik študija</i>		
Prvi	159	50,2
Drugi	64	20,2
Tretji	94	29,7
<i>Smer študija</i>		
Zdravstvena nega	141	44,5
Delovna terapija	113	35,6
Babištvo	24	7,6
Fizioterapija	39	12,3

Vera		
Katoliška	243	76,7
Pravoslavna	5	1,6
Islam	15	4,7
Ateist	54	17

V raziskavi je sodelovalo 144 študentov, starih 19 let, 66 študentov, starih 20 let, in 65 študentov, starih 21 let. Med njimi je bilo 284 študentk in 33 študentov. 121 študentov biva v mestu, ostalih 196 biva na vasi (Tabela 1). Ugotovljeno je bilo, da na vasi statistično značilno živi največji delež študentov katoliške vere (71,6 %), v mestu pa je največji delež študentov, ki niso verni (63 %) ($CC = ,359$; $p < 0.001$). V raziskavi je sodelovalo 159 študentov prvega, 64 drugega in 94 tretjega letnika. Največ je bilo študentov zdravstvene nege (141) in delovne terapije (113). Večina študentov (243) je katoliške vere, 54 se jih je opredelilo kot ateisti.

Med anketiranimi študentkami se jih dobra tretjina ne bi odločila za umetno prekinitve nosečnosti; 149 študentk bi se morda odločilo za umetno prekinitve nosečnosti, medtem ko 107 študentk ne bi naredilo umetne prekinitve nosečnosti (graf 1). Ugotovljeno je bilo, da bi se statistično značilno za umetno prekinitve nosečnosti odločile študentke, ki niso verne ($CC = ,254$; $p = ,003$).

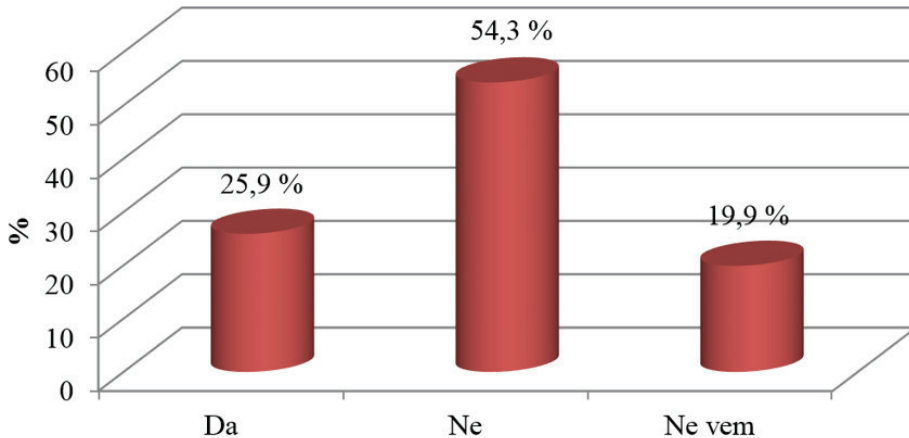
Graf 1: Odločitev za umetno prekinitve nosečnosti



Odnos okolja do umetne prekinitve nosečnosti ni pomemben 172 študentom, 82 študentom pa je pomembno, kakšno je mnenje okolice do umetne prekinitve nosečnosti (graf 2). Statistično značilno je odnos okolja pomemben za študente pravoslavne

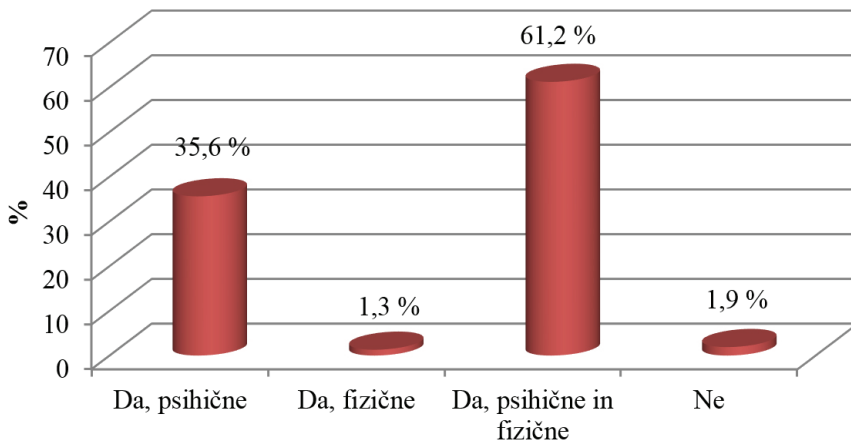
(40 %) in katoliške vere (30 %), medtem ko je najmanj pomemben študentom, ki niso verni (11,1 %) (CC = ,235; p = ,005).

Graf 2: Pomembnost odnosa okolja do umetne prekinitve nosečnosti



Umetne prekinitve nosečnosti v drugem trimesečju ne odobrava 229 študentov, medtem ko jo odobrava 35 študentov. Ugotovljene so statistično značilne razlike v odobranju umetne prekinitve nosečnosti v drugem trimesečju glede na veroizpoved. Statistično značilno polovica vernih in polovica nevernih študentov temu nasprotuje, medtem ko je največji delež študentov, ki odobrava umetno prekinitvev nosečnosti v drugem trimesečju nevernih (CC = ,241; p = ,003).

Graf 3: Posledice umetne prekinitve nosečnosti za zdrave ženske



Da umetna prekinitvev nosečnosti pusti psihične in fizične posledice, se strinja 194 študentov, da pusti samo psihične težave, meni 113 študentov (graf 3). Ugotovljene so statistično značilne razlike v mnenju o posledicah umetne prekinitve nosečnosti za zdravje ženske glede na veroizpoved. Da ima umetna prekinitvev nosečnosti tako psihične kot fizične posledice za zdravje žensk, statistično značilno meni največji de-

lež študentov islamske vere (80 %), da ima samo psihične posledice, značilno meni 37,9 % študentov krščanske vere in 29,6 % nevernih študentov ($CC = ,227$; $p = ,046$).

Tabela 2 prikazuje razloge odločitve za umetno prekinitev nosečnosti, pri čemer minimalna vrednost 1 pomeni najbolj pomemben razlog in vrednost 6 najmanj pomemben razlog. Študentje so na prvo mesto ($M = 1,16$) med razlogi odločitve za umetno prekinitev nosečnosti postavili zdravje matere, na drugo mesto ($M = 1,37$) okvaro zarodka, na tretje mesto ($M = 2,09$), če otroka ne bi mogli preživljati, na četrto mesto ($M = 2,96$), če bi jih prisilili drugi, na peto mesto ($M = 3,58$), če bi že imeli otroka. Študentje so za najmanj pomemben razlog ($M = 3,67$) za umetno prekinitev nosečnosti navedli razlog, če ne bi bili poročeni. 93 študentov se v nobenem primeru ne bi odločilo za umetno prekinitev nosečnosti.

Tabela 2: Razlogi pri odločitvi za umetno prekinitev nosečnosti

<i>Odločitev oz. svetovanje partnerki za abortus</i>	<i>Frekvenca n (%)</i>	<i>Minimalna vrednost</i>	<i>Maksimalna vrednost</i>	<i>Srednja vrednost (M)</i>	<i>Standardni odklon</i>
Če bi bilo zdravje ženske ogroženo zaradi nosečnosti	116 (36,6)	1	6	1,16	1,01
Če bi imel zarodek okvaro	97 (30,6)	1	6	1,37	1,19
Če ne bi mogel/-a otroka preživljati	126 (39,7)	1	6	2,09	1,55
Če bi me v to prisilili drugi	91 (28,7)	1	6	2,96	1,19
Če bi že imel/-a otroka	97 (30,6)	1	6	3,58	2,42
Če ne bi bil/-a poročen/-a	93 (29,3)	1	6	3,67	2,48

4 Razprava

V raziskavi, ki smo jo opravili na Zdravstveni fakulteti, je bilo največ anketiranih študentov iz smeri zdravstvene nege, kar ne preseneča, saj je ta oddelek največji. V vzorcu so prevladovali študentke. Polovica študentov je bila v prvem letniku študija. Med anketiranimi študentkami se jih dobra tretjina ne bi odločila za umetno prekinitev nosečnosti. Pričujoča študija ugotavlja, da so umetni prekinitvi nosečnosti naklonjene študentke, ki so se opredelile za neverne. Misra in Hohman (2000) ugotavljajta, da je pogostost obiskovanja verskih obredov najmočnejši napovedovalec odklonilnega odnosa do splava, saj se vera ne strinja z umetno prekinitvijo nosečnosti. Prav tako ugotavljamo, da tri četrtine študentov ne odobrava umetne prekinitve nosečnosti v drugem trimesečju. V švedski raziskavi, ki je bila izvedena med ginekologi in babcami, je bilo ugotovljeno, da tako babice kot ginekologi podpirajo in odobravajo umetno prekinitev nosečnosti, četudi ni iz zdravstvenih razlogov (Hammarstedt et al., 2005). Ben Natan in Melitz (2011) ugotavljata, da študentje zdravstvene nege pogosteje kot medicinske sestre menijo, da bi bilo treba umetno prekinitev nosečnosti po 22. tednu

prepovedati. Omenjena avtorja prav tako ugotavljajta, da osebna verska prepričanja študentov vplivajo na njihova stališča do splava.

Odnos okolja do umetne prekinitve nosečnosti je statistično značilno pomemben za študente pravoslavne in katoliške vere, kar je bilo pričakovano. Flere (2001) meni, da je religioznost element zavesti in vedenja, ki ga je težko analitično razčleniti. Čeprav intenzivna religioznost ni omejena na vaško okolje, se podvoji verjetnost, da jo bomo našli ravno tam. Znana je povezava višje izobrazbe s pozitivnim odnosom in podporo umetni prekinitvi nosečnosti. Izobraženi ljudje so ponavadi bolj odprti, z bolj egalitarnim prepričanjem in bolj strpni do različnih spolnih perspektiv (Carlton, Nelson and Coleman, 2000). Da ima umetna prekinitvev nosečnosti tako fizične kot tudi psihične posledice na zdravje žensk, statistično značilno menijo študentje islamske vere, da umetna prekinitvev nosečnosti pusti samo psihične posledice, statistično značilno menijo anketiranci krščanske vere in ateisti. Raziskave kažejo, da lahko nekatere ženske po splavu zapadejo v depresijo, iščejo tolažbo v alkoholu, drogi, zbolijo za bulimijo, anoreksijo, postanejo nagnjene k samomoru, imajo spolno disfunkcijo. Prav tako splav lahko pušča tudi fizične posledice, kot so: povečano tveganje za prezgodnji porod, nizka porodna teža otroka, spontani splavi, izvenmaternična nosečnost, rak na dojki, jajčnikih in materničnem vratu (Mann and Reardon, 2002).

V raziskavi smo si zastavili tri vprašanja, na katera smo želeli na podlagi ankete odgovoriti. Na prvo vprašanje, kakšen odnos imajo študentje Zdravstvene fakultete do umetne prekinitve nosečnosti, smo ugotovili, da jo po večini odobravajo in menijo, da je le-ta legalna in sprejemljiva tudi, ko odločitev zanjo nima zdravstvenega razloga. Medicinske sestre in babice na splošno ne želijo sodelovati pri umetni prekinitvi nosečnosti in pogosto poročajo tudi o zavračanju asistence pri izvajanju umetne prekinitve nosečnosti (Rehnstrom Loi et al., 2015). Na drugo vprašanje, ali bi se študentke odločile za umetno prekinitvev nosečnosti, smo ugotovili, da se 37,7 % študentk za to ne bi odločilo, medtem ko je bilo 52,5 % študentk neopredeljenih. Na tretje vprašanje, ali vplivajo na odločitev za umetno prekinitvev nosečnosti smer in letnik študija, spol, starost, kraj bivanja in veroizpoved, smo ugotovili, da na to odločitev najbolj vpliva veroizpoved, saj se študentke, ki so verne, zanjo ne bi odločile, medtem ko imajo neverne o tem bolj liberalno mnenje. Odločitev o umetni prekinitvi nosečnosti pomeni tehtanje med dvema spornima vprašanjsma: proti življenju ali proti odločitvi. Slednja pa je pomemben sestavni del ženskih reproduktivnih pravic, da imajo nadzor nad svojim telesom (Rehnstrom Loi, Gemzell-Danielsson, Faxelid and Klingberg-Allvin, 2015).

5 Zaključek

Ker odločitev za umetno prekinitvev nosečnosti nikoli ni enostavna, menimo, da bi bilo dobro, če bi obstajala še kakšna posvetovalnica pred izvedbo umetne prekinitve nosečnosti, ki ne bi bila v sestavi zdravstvene ustanove. Pomembno je, da bi svetovanje temeljilo na prostovoljni osnovi. Posvetovalnica bi lahko imela tudi zaupni telefon za pomoč ženskam, ki se znajdejo v tej situaciji.

Marija Zobec, Rosanda Rašković Malnaršič, Suzana Mlinar, PhD

Attitude of Students towards Abortion: the Role of Sociodemographic Factors

Each pregnancy is not a planned pregnancy. Unplanned pregnancy can also be undesired. Thus, the abortion is a response to an unwanted pregnancy. In Slovenia, on the initiative of women, abortion is permitted until the tenth week of pregnancy, after that time it can only be authorized by a special commission. Induced abortion is unfortunately still common, despite the large choice of contraception. Pregnant women opt for artificial termination of pregnancy due to various reasons. A major problem is the lack of knowledge regarding the choice of contraception, so healthcare professionals should assist women in choosing the right contraceptive, as this prevents many artificial terminations of pregnancy (Krajnc and Damiš, 2013).

Induced abortion is the removal of the embryo or fetus from the uterus before it is capable of its independent survival outside the womb (Ljubič et al., 2012). It is the only means to prevent birth after conception (Macek, 2004). Most abortions are performed in the first twelve weeks of pregnancy (The American, 2011). An induced abortion is a medical procedure performed on the request of pregnant women. In Slovenia it is allowed in the first 10 weeks of pregnancy (Furjan, 2009). The reasons why women resort the abortion can be divided into the following categories: law, focus on women, law and other material (Kirkman et al., 2009). The reason of "focus on women" category is the inadequate time for pregnancy, which means that a woman may wish for a child, but has a feeling that she is not ready for motherhood, not wishing to interrupt education, work or other life plans are in the forefront. What is more, they do not want to have a disabled child, they are afraid of childbirth, a minority does not want any more children, and some are too old to have a baby (Kirkman et al., 2009; Ljubič et al., 2012). The induced abortion can be done surgically, with medications (medication-abortion) and combined. Before the procedure, a gynecological examination is necessary, with preferably an ultrasound to determine the duration of pregnancy and exclusion of the possible ectopic pregnancy (Borko and Žebeljan, 2006). Surgical abortion is the natural removal of the fetus from the uterus. Surgical procedure is determined by the duration of pregnancy (Royal, 2008). In the first trimester of pregnancy, termination is mostly performed using vacuum aspiration as well as dilation and curettage (Blakrishnan, 2010). In the second trimester of pregnancy, termination is performed by using dilation and evacuation method, which is carried out around the world (Ben-Ami et al., 2014). Medicament abortion is the termination of pregnancy using medications. Many different medications which have been used alone or in combination were the most effective and most commonly used, were the combinations of mifepristone and misoprostol (Kapamadžija et al., 2010). Possible complications of abortion, which are the most common: vaginal bleedings; severe abdominal and pelvic pain, despite the recommended dose of analgesic; fever over 38°C, which lasts more than 4 hours; nausea; vomiting and/or diarrhea for more than 24

hours after receiving misoprostol (Hawkins et al., 2012). Borko and Žebeljan (2006) divide the complications to the early and the late. The immediate early complications arise during surgery or up to three hours afterwards. It is an injury, such as laceration of the cervix, rupture/perforation of the uterus, and damage to other organs, increased bleeding and complications with anesthesia. Delayed early complications arise in the third hour after the procedure until the first menstrual period following the abortion. The most common are bleeding, inflammation and thrombosis of the lower limbs, which may lead to guilt or even to experience mental health problems. Late or delayed complications arise later, during a subsequent pregnancy (miscarriage) or delivery (premature birth, low birth weight); they can also cause various psychological problems. After the termination of pregnancy, sensitization of Rh D negative pregnant can occur; therefore, the Rh D negative patients must be administered anti Rh D IgG gamma (Rhesonativ) intramuscularly 72 hours after the abortion (Borko and Žebeljan, 2006). Before the artificial termination of pregnancy every woman should have a confirmed amount of the pregnancy by ultrasound diagnosis, which can be used up to four days. The patient may not be anemic, and the hemogram value should be higher than 90 g/l. If the cartridge is inserted into the womb, it must be removed before the procedure (Jakopič and Kostoski, 2010). The aim of this study was to determine the attitude of students towards abortion at the Faculty of Health Sciences Ljubljana. The study was to answer the following questions:

- What kind of attitude do students have towards abortion – do they approve it or not?
- Should students opt for artificial termination of pregnancy?
- Is the decision for the artificial termination of pregnancy influenced by the course and year of study, gender, age, place of residence and religion?

The survey was conducted among the students of the Faculty of Health Sciences in Ljubljana in October and November 2014. Participation in the survey was voluntary and anonymous.

The questionnaire was prepared on the basis of literature review and included 11 close-ended questions. The study included 356 students of the Faculty of Health Sciences. Since 39 surveys had not been properly completed, we excluded them. Correctly completed questionnaires were 317, and included in the data analysis. The statistical program SPSS 17.0 for Windows was used to calculate frequencies and the contingency coefficient. The probability of links between variables was tested by a contingency coefficient at the level of 5% risk.

The study involved 144 students, aged 19 years, 66 students, aged 20 and 65 students, aged 21 years. There were 284 male and 33 female students. 121 students live in the city, the other 196 students live in the country. We found out that the a significantly large share of students from the countryside are of the Catholic religion (71.6%), and of those living in the city, the largest proportion of students are atheists (63%) ($CC = 359$; $p < 0.001$). The study involved 159 students from the first academic year, 64 from the second academic year and 94 from the third academic year. The most students were from the Department of Nursing (141) and the Department of Occupational the-

rapy (113). The majority of students (243), are Catholics, 54 are identified as atheists. Among the interviewed female students, a third would have not decided for abortion. It was found statistically significant that the atheist students would decide for abortion ($CC = .254$; $p = .003$). The attitude of environment to abortion is not important for 172 students, whereas 82 students find the opinion of environment important. Statistically significant result is that for the students of the Orthodox and the Roman Catholic religion, the importance of environment is large, while the least important it is for the students who are atheists ($CC = .235$; $p = .005$). 229 students do not agree with abortion in the second trimester, while it is approved by 35 students. The largest proportion of students approving abortion in the second trimester are atheists ($CC = .241$; $p = .003$). That an abortion leaves both mental and physical consequences, is accepted by 194 students, 113 students think that an abortion has consequences on mental health.. Among the reasons for the abortion decision, 116 students put the mother's health in the first place ($M = 1.16$), the event of the embryo defects in the second place - 97 students ($M = 1.37$), and in the third place ($M = 2.09$) the event that the child would not be able to survive was listed (126 students). More than a third of female students would not decide for abortion. In the Swedish study, which was conducted among gynecologists and midwives, it was found that both midwives and gynecologists support and approve of abortion, even if it is for medical reasons (Hammarstedt et al., 2005). Attitude of the environment towards abortion is significantly important for the students of the Orthodox and the Roman Catholic religion, which was expected. Flere (2001) believes that the religiosity element of consciousness and behavior is difficult to analytically break down. With this study, three research questions were answered. For the first question on the attitude of students towards abortion, we found out that they mostly approve it, and believe that it is legal and acceptable even when it is not a decision according to the health reason. For the second question whether students would opt for abortion, we found out that 37.7% of students would not decide for abortion, while 52.5% of students was undecided. The third question, if the decision for abortion is impacted by the course and year of study, gender, age, place of residence and religion, showed that religion has the greatest influence on the decision for abortion, since students who are religious, would not decide for abortion. The decision on abortion is never easy; we believe that it would be good if there was some further counseling before performing abortions, organized by the medical institutions. It is important that advice is given on a voluntary basis. Counseling could have a confidential helpline for women when they find themselves alone in such situation.

LITERATURA

1. Ben Natan, M. and Melitz, O. (2011). Nurses' and nursing students' attitudes towards late abortions. *International Nursing Review*, 58, pp. 68–73.
2. Ben-Ami, I., Stern, S., Vaknin, Z., Smorgick, N., Schneider, D. and Halperin, R. (2014). Prevalence and risk factors of inadequate cervical dilation following laminaria insertion in second-trimester abortion — case control study. *Contraception*, 91, pp. 308–12.

3. Blakrishnan, S. (2010). Surgical methods for first trimester termination of pregnancy. Geneva: World Health Organization. Pridobljeno dne 2. 6. 2015 s svetovnega spleta: http://apps.who.int/rhl/fertility/abortion/CD002900_Blakrishnans_com/en/.
4. Borko, E. and Žebljan, I. (2006). Umetna prekinitiv nosečnosti. V: Borko, E. and Takač, I. (ur.) Ginekologija. 2. izd. Maribor: Visoka zdravstvena šola, str. 269–76.
5. Carlton, C. L., Nelson, E. S. and Coleman, P. K. (2000). College students' attitudes toward abortion and commitment to abortion. *The Social Science Journal*, 37, pp. 619–25.
6. Flere, S. (2001). Merjenje in korelati celostne religioznosti v katoliškem okolju. *Teorija in praksa*, 38, str. 484–504.
7. Furjan, M. (2009). Umetna prekinitiv nosečnosti včeraj in danes – abortivna tabletki. V: Čeh, A. (ur.). Izbrana poglavja v babištvu: zbornik predavanj, Ptuj, 3. April 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, str. 28–34.
8. Gordon, D. and Sherk, S. D. (2015). Abortion, induced. *Encyclopedia of Surgery*. Pridobljeno dne 2. 6. 2015 s svetovnega spleta: <http://www.surgeryencyclopedia.com/A-Ce/Abortion-Induced.html>.
9. Hammarstedt, M., Jacobsson, L., Wulff, M. and Lalos, A. (2005). Views of midwives and gynecologists on legal abortion – a population-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 84, pp. 58–64.
10. Hawkins, J. W., Stanley-Haney, J. L. and Roberto-Nichols, D. M. (2012). Guidelines for nurse practitioners in gynecologic settings. New York: Springer Publishing Company, pp. 159–62.
11. Jakopič, K. and Kostoski, J. (2010). Zdravstvena nega žensk ob prekinitivi nosečnosti z zdravili v 1. trimesečju nosečnosti. V: Tul Mandić, N. and Štolfa Gruntar, A. (ur.). Prekinitiv nosečnosti z zdravili v 1. in 2. trimesečju nosečnosti. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino, str. 21–4.
12. Kapamadžija, A., Vukelić, J., Bjelica, A. and Kopitović, V. (2010). Abortus lekovima – savremena metoda prekida trudnoće. *Medicinski Pregled*, 63, str. 63–7.
13. Kirkman, M., Rowe, H., Hardiman, A., Mallett, S. and Rosenthal, D. (2009). Reasons women give for abortion: a review of the literature. *Arch Womens Ment Health*, 12, pp. 365–78.
14. Krajnc, L. and Damiš, M. (2013). Umetna prekinitiv nosečnosti je v današnjem času pogosta oblika dokončanja nezaželene nosečnosti. V: Klemenc, D., Majcen Dvoršak, S. and Štemberger Kolnik, T. (ur.). Zbornik predavanj z recenzijo 9. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Brdo pri Kranju, 9.-10. maj 2013. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, str. 33–9.
15. Ljubič, A., Pavič, K., Pavlovič, A., Fleišman, S. and Plazar, N. (2012). Raziskava o povezavi med splavom in bruto nacionalnim dohodkom v Sloveniji. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 46, str. 276–80.
16. Maček, M. (2004). Pravni vidiki umetne prekinitve nosečnosti v Sloveniji. V: Pinter, B. and Pretnar-Darovec, A. (ur.). Umetna prekinitiv nosečnosti v Sloveniji: 1. spominski sestanek prof. dr. Lidije Andolšek-Jeras, Ljubljana, 19. november 2004. Ljubljana: Ginekološka klinika, Klinični center, str. 29–33.
17. Mann, N. and Reardon, D. C. (2002). *Aborted woman: Silent nomore*. Nashville: Springfield, Acorn Books, pp. 57–70.
18. Misra, R. and Hohman, S. (2000). Trends in abortion attitude among young adults: 1977–1993. *American Journal of Health Statistics*, 16, pp. 85–98.
19. Ngo, T. D., Hae Park, M., Shakur, H. and Free, C. (2011). Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review. *Bull World Health Organ*, 89, pp. 360–70.
20. Pinter, B. (2004). Umetna prekinitiv nosečnosti v Sloveniji in Evropi. V: Pinter, B. and Pretnar-Darovec, A. (ur.). Umetna prekinitiv nosečnosti v Sloveniji: 1. Spominski sestanek prof. dr. Lidije Andolšek-Jeras, Ljubljana, 19. november 2004. Ljubljana: Ginekološka klinika, Klinični center, str. 15–20.
21. Razpotnik, B. (2012). Svetovni dan prebivalstva 2012. Statistični urad Republike Slovenije. Pridobljeno dne 6. 6. 2015 s svetovnega spleta: <http://www.stat.si/StatWeb/glavnanaavigacija/podatki/prikazistaronovico?IdNovice=4835>.

22. Rehnström Loi, U., Gemzell-Danielsson, K., Faxelid, E. and Klingberg-Allvin, M. (2015). Health care providers' perceptions of and attitudes towards induced abortions in sub-Saharan Africa and Southeast Asia: a systematic literature review of qualitative and quantitative data. *BMC Public Health*, 15, pp. 1–13.
23. Royal College of Nursing (2008). *Abortion care: RCN guidance for nurses, midwives and specialist community health nurses*. London: Royal College of Nursing. Pridobljeno dne 2. 6. 2015 s svetovnega spleta: http://www.healthcaretoday.co.uk/doclibrary/documents/pdf/121_abortion_care.pdf.
24. The American College of Obstetricians and Gynecologists (2011). *Induced Abortion: ACOG*. Washington. Pridobljeno dne 2. 3. 2015 s svetovnega spleta: <http://www.acog.org/Patients/FAQs/Induced-Abortion>.
25. Ustava Republike Slovenije (1991). *Uradni List Republike Slovenije* 33. Pridobljeno dne 4. 6. 2015 s svetovnega spleta: <https://www.dz-rs.si/wps/portal/Home/PoliticniSistem/URS/UstavaRepublikeSlovenije>.
26. Wang, G.-z. and Buffalo, M. D. (2004). Social and cultural determinants of attitudes toward abortion: a test of Reiss' hypotheses. *The Social Science Journal*, 41 pp. 93–105.
27. *Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok* (1977). *Uradni List SRS* 11/77.

Marija Zobec, diplomantka Zdravstvene fakultete Univerze v Ljubljani.

E-naslov: mojca.zobec@gmail.com

Rosanda Raškovič Malnaršič, predavateljica na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani.

E-naslov: rosanda.malnarsic@zf.uni-lj.si

Dr. Suzana Mlinar, profesorica zdravstvene vzgoje na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani.

E-naslov: suzana.mlinar@zf.uni-lj.si