

Somatske smetnje kod žena nakon gubitka trudnoće

Buljat, Daniela

Undergraduate thesis / Završni rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zadar / Sveučilište u Zadru**

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-13**



Sveučilište u Zadru
Universitas Studiorum
Jadertina | 1396 | 2002 |

Repository / Repozitorij:

[University of Zadar Institutional Repository](#)



Sveučilište u Zadru

Odjel za zdravstvene studije
Sveučilišni prijediplomski studij sestrinstva

Daniela Buljat

**SOMATSKE SMETNJE KOD ŽENA NAKON
GUBITKA TRUDNOĆE**

Završni rad

Zadar, 2023.

Sveučilište u Zadru
Odjel za zdravstvene studije
Sveučilišni prijediplomski studij sestrinstva

Somatske smetnje kod žena nakon gubitka trudnoće

Završni rad

Student/ica:
Daniela Buljat

Mentor/ica:
doc.dr.sc. Ivana Gusar

Zadar, 2023.



Izjava o akademskoj čestitosti

Ja, **Daniela Buljat**, ovime izjavljujem da je moj **završni** rad pod naslovom **Somatske smetnje kod žena nakon gubitka trudnoće** rezultat mojega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na izvore i radove navedene u bilješkama i popisu literature. Ni jedan dio mojega rada nije napisan na nedopušten način, odnosno nije prepisan iz necitiranih radova i ne krši bilo čija autorska prava.

Izjavljujem da ni jedan dio ovoga rada nije iskorišten u kojem drugom radu pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj, obrazovnoj ili inoj ustanovi.

Sadržaj mojega rada u potpunosti odgovara sadržaju obranjenoga i nakon obrane uređenoga rada.

Zadar, 18. rujna 2023.

ZAHVALA

Zahvaljujem mentorici doc. dr. sc. Ivani Gusar na velikoj pomoći i podršci tijekom izrade završnog rada. Zahvaljujem joj na savjetima koji su mi oblikovali ideju i pomogli u izradi završnog rada. Također se želim zahvaliti svim sudionicama u istraživanju koje su izdvojile svoje dragocjeno vrijeme i bez kojih ne bih mogla napisati završni rad.

I na kraju, zahvaljujem mojoj obitelji i bližnjima na podršci tijekom studiranja i izradi završnog rada.

SAŽETAK

Uvod: Gubitak trudnoće je spontani ili izazvani prekid trudnoće uz izbacivanje jajašca prije plodove sposobnosti za život. Često rezultira spektrom negativnih emocija i s njima povezanim simptomima. Njihov intenzitet i javljanje ovise o pojedincu, individualnim psihološkim čimbenicima, pozitivnoj psihijatrijskoj anamnezi i prethodnim iskustvima gubitaka trudnoće. Somatski se simptomi najčešće javljaju zajedno s neugodnim psihološkim čimbenicima te ih zajedno nazivamo psihosomatskim poremećajem. Prisutno je određeno zdravstveno stanje zbog kojeg se javljaju tjelesni simptomi.

Cilj: Ispitati pojavnost somatskih simptoma u žena nakon gubitka trudnoće te ispitati moguće razlike u pojavnosti somatskih simptoma s obzirom na sociodemografska obilježja ispitanica te ovisno o načinu na koji je gubitak trudnoće nastupio i stadiju gubitka trudnoće.

Materijali i metode: U presječnom istraživanju sudjelovalo je 355 žena s područja Republike Hrvatske s iskustvom gubitka trudnoće. Instrument istraživanja bio je anketni upitnik. Prvi dio anketnog upitnika odnosio se na opća i sociodemografska obilježja ispitanica. Drugi dio upitnika sastojao se od opstetrijskih podataka. Treći dio anketnog upitnika činile su čestice preuzete iz Hrvatske Verzije PHQ-15 upitnika somatskih simptoma.

Rezultati: Obrađeni su podatci ukupno 353 ispitanice. Ukupna prosječna razina somatskih simptoma kod ispitanica iznosila je 12,06 bodova. Izraženost somatskih simptoma razlikovala se s obzirom na razinu obrazovanja, način gubitka trudnoće te stadij trudnoće u kojem je gubitak nastupio.

Zaključak: Na temelju rezultata dobivenih ovim istraživanjem može se izvesti zaključak da su somatski simptomi kod žena nakon gubitka trudnoće prisutni. Također, postoje razlike u pojavnosti somatskih simptoma s obzirom na sociodemografska obilježja ispitanica, način na koji je gubitak trudnoće nastupio te stadij trudnoće.

Ključne riječi: *trudnoća, pobačaj, gubitak trudnoće, somatski simptomi, somatske smetnje*

SUMMARY

Title: Somatic disorders in women after pregnancy loss

Introduction: Pregnancy loss is a spontaneous or induced termination of pregnancy with the expulsion of the embryo before it reaches the capability for life. It often results in a range of negative emotions and associated symptoms. Their intensity and occurrence depend on the individual, individual psychological factors, positive psychiatric history, and previous experiences of pregnancy loss. Somatic symptoms commonly occur alongside distressing psychological factors, collectively termed a psychosomatic disorder. There is a certain health condition present that gives rise to bodily symptoms.

Aim: Examine the occurrence of somatic symptoms in women following pregnancy loss, and investigate potential differences in the prevalence of somatic symptoms based on participants' sociodemographic characteristics, as well as depending on the manner and stage of pregnancy loss.

Materials and methods: A cross-sectional study included 355 women from the area of the Republic of Croatia who had experienced pregnancy loss. The research instrument was a questionnaire. The first part of the questionnaire pertained to general and sociodemographic characteristics of the participants. The second part of the questionnaire consisted of obstetric data. The third part of the questionnaire comprised items adapted from the Croatian version of the PHQ-15 questionnaire for somatic symptoms.

Results: A total of 353 female participants were included in the analysis. The overall average level of somatic symptoms in the participants was 12.06 points. The severity of somatic symptoms varied based on the level of education, the manner of pregnancy loss, and the gestational stage at which the loss occurred.

Conclusion: Based on the results obtained from this study, it can be concluded that somatic symptoms are present in women after pregnancy loss. Furthermore, there are differences in the occurrence of somatic symptoms based on the sociodemographic characteristics of the participants, the manner in which pregnancy loss occurred, and the gestational stage of the pregnancy.

Key words: pregnancy, miscarriage, pregnancy loss, somatic symptoms, somatic disorders

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1 Trudnoća	1
1.2 Gubitak trudnoće	3
1.3 Sindrom intrauterine smrti djeteta	5
1.4 Postabortivni sindrom.....	6
1.5 Somatske smetnje	7
2. CILJ ISTRAŽIVANJA	8
3. MATERIJALI I METODE	9
3.1 Ustroj i protokol istraživanja	9
3.2 Ispitanici	9
3.3 Instrumenti istraživanja	9
3.4 Statističke metode.....	10
3.5 Odobrenje etičkog povjerenstva	10
4. REZULTATI.....	11
4.1 Karakteristike ispitanika	11
4.2 Prisutnost somatskih simptoma	13
4.3 Razlike u pojavnosti somatskih simptoma s obzirom na sociodemografska obilježja... ..	14
4.4 Razlike u pojavnosti somatskih simptoma s obzirom na način i stadij gubitka trudnoće	15
5. RASPRAVA.....	17
6. ZAKLJUČAK	21
7. LITERATURA.....	22

1. UVOD

Trudnoća je stanje kada se jajna stanica oplodi, implantira, raste i razvija u utrobi žene, najčešće unutar maternice. Da bi žena mogla zatrudnjeti treba proći kroz period razvijanja odnosno pubertet. To je životno razdoblje koje je obilježeno procesima koji rezultiraju spolnom i reprodukcijom zrelošću. Na nastup puberteta pretežito utječe genetika, ali značajnu ulogu imaju i drugi čimbenici poput općeg zdravstvenog stanja, prehrane, geografskog položaja, izloženost svjetlu te psihološki činitelji (1). Gravidnost ili trudnoća završava porodom novorođenčeta ili gubitkom trudnoće, tj. pobačajem.

Pobačaj je izgon ili evakuacija embrija ili fetusa, plodovih ovoja i posteljice iz maternice prije nego je postignut stupanj razvoja za samostalan život izvan tijela žene (2). Bio on spontan ili induciran, javljaju se psihičke i somatske komplikacije ili simptomi u sklopu postabortivnog sindroma. Pojavnost simptoma i njihov intenzitet ovise o pojedincu, njezinim individualnim psihološkim čimbenicima, pozitivnoj psihijatrijskoj anamnezi i prethodnim gubitcima trudnoće (3). Somatski simptomi očituju se tjelesnim tegobama kao što je bol, menstrualni grčevi ili drugi problemi sa mjesečnicom, vrtoglavica, gubitak svijesti, osjećaj lupanja srca, gubitak daha, gastrointestinalni simptomi, malaksalost te problemi sa spavanjem. Njihova prisutnost, težina, trajanje te istovremeno postojanje više simptoma dovodi do učestalih medicinskih obrada (4). Unatoč prisutnosti postabortivnog sindroma i pripadajućih simptoma, on ne postoji kao samostalna psihijatrijska dijagnoza (3). Navedeno ukazuje potrebu za daljnjim istraživanjem somatskih smetnji koje se javljaju kod žena nakon gubitka trudnoće. Posebice je važno s obzirom na činjenicu da gotovo 30% svih trudnoća završava nekim oblikom pobačaja što podrazumijeva veliki broj žena s iskustvom pobačaja.

Stoga je cilj ovoga rada ispitati pojavnost somatskih simptoma u žena nakon gubitka trudnoće i moguće razlike u pojavnosti somatskih simptoma ovisno o sociodemografskim obilježjima žena te načinu na koji je gubitak trudnoće nastupio i stadiju gubitka trudnoće.

1.1 Trudnoća

Trudnoća je period ženina života u kojem se prethodno oplođeno jajašce nidira, raste i razvija najčešće unutar maternice (5). Izostanak menstruacije u reproduktivnoj dobi najčešće je uzrokovan trudnoćom. Normalna trudnoća nastupa začecem u jajovodu, a zatim se oplođena jajna stanica implantira u sekrecijski promijenjen endometrij. Prema podacima iz literature, dijagnozu trudnoće donosimo na temelju sigurnih i nesigurnih znakova. Pod nesigurne znakove

spadaju: izostanak menstruacije kod žene s redovitim menstruacijskim ciklusom, subjektivne promjene raspoloženja, mučnina i povraćanje, povećana i smekšana maternica, povećane i napete dojke. U sigurne znakove ubrajamo: dokaz humanog korionskog gonadotropina (HCG-a) u krvi ili mokraći trudnice, rad plodova srca i dokaz plodovih dijelova pomoću ultrazvuka (6). Normalna trudnoća traje 280 dana, 40 tjedana ili 10 lunarnih mjeseci, tj. 9 kalendarskih mjeseci. Završava rođenjem novorođenčeta i sekundina u razdoblju od 37. do 42. tjedna gestacije. Porod u tom razdoblju nazivamo terminskih porođajem, a dijete donošetom. Također, trudnoća može završiti prije ili poslije termina. Razlikujemo rani spontani pobačaj, 0.-16. tjedana trudnoće; kasni spontani pobačaj, 16.-22. tjedan trudnoće; rani prijevremeni porođaj, 22.-32. tjedan trudnoće; kasni prijevremeni porođaj, 32.-37. tjedan trudnoće i poslijeterminski porođaj, od 42. tjedna trudnoće (5).

Nastupom trudnoće dolazi do somatskih i psihičkih prilagodbi organizma na novonastalo stanje koje su uvjetovane djelovanjem metaboličkih i biokemijskih zbivanja odnosno utjecajem placentalnih hormona i metabolita, beta humanog korionskog gonadotropina (β -hCG), progesterona, estrogena i relaksina koji stvaraju brojne promjene na genitalnim i ekstragenitalnim organima (5).

Ako žena krvari, a trudna je, postoji nekoliko mogućih uzroka: implantacijsko krvarenje, decidualno krvarenje, decidualni polip, prijeteći pobačaj, pobačaj u tijeku, potpuni ili nepotpuni pobačaj, izvanmaternična trudnoća i trofoblastična bolest (1,5). Implantacijsko krvarenje se najčešće javlja u vrijeme kada bi se javila redovita menstruacija. U načelu traje 1 do 2 dana te je oskudnije od menstrualnog krvarenja (1). Decidualno krvarenje je učestala pojava nakon implatacijskog krvarenja. Također traje kratko i nema potrebe za liječenjem. Decidualni polip nastaje kada se dio decidue uleknje u cervikalni kanal i drži ga otvorenim. Radi njega tijekom trudnoće dolazi do kontaktnih ili spontanih krvarenja koja su po svojoj prirodi oskudna. Potrebno je mirovanje i tokosedacija magnezijem (5). Izvanmaternična trudnoća je svaka trudnoća koja se implantira izvan maternice. Najčešće se govori o tubarnoj trudnoći, ali javlja se i kornualna, intraligamentarna, abdominalna, ovarijska i cervikalna trudnoća. Nastaje vaginalno krvarenje radi odvajanja decidue od endometrija ili krvarenja u jajovodu. Trofoblastična bolest jest skup bolesti koje karakteriziraju proliferacijski procesi korijskog tkiva koji variraju od dobroćudnih do zloćudnih oblika. U literaturi pronalazimo klasifikaciju trudnoća s trofoblastičnom bolesti: potpuna mola, grozdasta potajnica; nepotpuna mola; invazivna, razarajuća mola; tumor ležišta posteljice te koriokarcinom. Sigurni znaci molarne

trudnoće su β -hCG viši od 100 000 i.j/L u ranoj trudnoći i ultrazvučna slika „snježne oluje“ u materištu (1,5).

1.2 Gubitak trudnoće

Gubitak trudnoće ili pobačaj, je spontani ili izazvani prekid trudnoće uz izbacivanje jajašca prije plodove sposobnosti za život. Postoje dvije podjele pobačaja. Prva podjela je prema trajanju trudnoće na rane pobačaje, prije 16. tjedna trudnoće i kasne pobačaje koji se dogode između 16. i 22. tjedna trudnoće. Druga podjela je prema nastanku pobačaja i dijeli se na spontani i izazvani, inducirani ili artificialni pobačaj. Kao karakteristični simptomi pobačaja u literaturi nalazimo kontrakcije maternice koje se reflektiraju bolovima, krvarenja različitog intenziteta, prsnuće vodenjaka i izlaženje dijelova jajašca, navedeni simptomi se mogu javiti u različitim kombinacijama (7).

Prema podacima nađenim u literaturi, spontani pobačaj je nenamjerni prekid trudnoće do 22. tjedna trudnoće i masi djeteta do 500 grama. Simptomi koju ukazuju na spontani pobačaj su: vaginalno krvarenje, amenoreja, bolovi u donjem dijelu trbuha, skraćenje i otvaranje cervikalnog kanala i prerano prijevremeno prsnuće plodovih ovojnica (5). Bolovi u donjem dijelu trbuha, koji se javljaju zbog kontrakcija maternice mogu varirati od neprimjetnih do vrlo jakih i bolnih grčeva. Kod pojave krvarenja potrebno je isključiti sve druge moguće uzroke, kao što su izvanmaternična trudnoća, karcinom vrata maternice, polipi i funkcionalno krvarenje. Simptom kasnog pobačaja je prijevremeno prsnuće vodenjaka (7). Kao moguće uzroke nastanka spontanog pobačaja nalazimo: anomalije zametka, imunološke poremećaje prepoznavanja i podnošljivosti antigeno stranog fetalnog tkiva, insuficijencija vrata maternice, endokrinopatije, bolesti majke ili ploda, anomalije maternice, okolinska zagađenja i traume ploda (1). Razlikujemo nekoliko oblika spontanih pobačaja. Prvi oblik je prijeteći pobačaj (abortus imminens) kod kojeg je prisutno krvarenje, ugrušci se rijetko javljaju i cervikalni kanal je zatvoren. Još uvijek je prisutna mogućnost za održavanjem trudnoće. Zatim slijedi započeti pobačaj (abortus incipiens) kod kojeg je krvarenje i dalje prisutno i jače s obzirom na krvarenje kod prijetećeg pobačaja, ugrušci su rjeđe prisutni, ali je cervikalni kanal otvoren, odnosno dolazi do insuficijencije cerviksa. Potom pobačaj u tijeku (abortus in tractu) kod kojeg je zastupljeno krvarenje i ekspulzija gestacijske vrećice u kanal. Slijedi nepotpuni pobačaj (abortus incompletus) gdje nailazimo na krvarenje, ugruške, bolove i otvoreni cervikalni kanal. Produkt trudnoće nije u potpunosti izbačen. Naposljetku je potpuni pobačaj (abortus completus) gdje najčešće dolazi do naglog i kompletnog izbacivanja produkta začeca. Bol i

krvarenje su neznčajni (5,7). Liječenje i tretiranje pobačaja ovisi o samom tipu istog. Kod znakova prijetećeg pobačaja preporučuje se tokosedacija magnezijem 3-4 x 100 mg per os na dan zajedno s mirovanjem kako bi se smanjile kontrakcije maternice. Prilikom prijetećeg ili započetog pobačaja primjenjuje se potporna terapija gestagenima ili progesteronom ili mikroniziranim progesteronom. Započeti pobačaj podrazumijeva mirovanje s tokosedacijom. Kod pobačaja u tijeku i inkompletnog pobačaja potrebno je dovršenje pobačaja evakuacijom sadržaja i kiretaža maternice. Uz navedeno, mogu se ordinirati uterotonici i uterostiptici. Kod situacije kompletnog pobačaja, najprije se napravi ultrazvučna verifikacija te u većini slučajeva nije potrebna kiretaža. Ordiniraju se antibiotici i uterostiptici (5).

Habitualnim pobačajem nazivaju se dva ili više uzastopnih pobačaja. Dolazi do ponavljanja gubitka trudnoće do 22. tjedna gestacije. Riječ je o infertilnosti koja podrazumijeva da postoji mogućnost zanošenja, ali ne i iznošenja normalne trudnoće. Prema podacima u literaturi, incidencija ponavljanih pobačaja iznosi 1 : 300 trudnoća (5). Kada nastupi drugi uzastopni ponovljeni pobačaj potrebno je napraviti široku medicinsku obradu žene koja pokušava zatrudnjeti i njezinog partnera (7).

Inducirani abortus je umjetni prekid trudnoće tijekom prvih 22 tjedana gestacije. U literaturi nalazimo podatke da se između 80 i 90% induciranih pobačaja izvršava u prvom tromjesečju trudnoće, 10 do 12% nakon navršenih 12 tjedana od zadnje menstruacije, a 1 do 1,5% nakon 20 tjedana od zadnje menstruacije (2). Dijelimo ga na legalni i ilegalni. Ako se artifičijalni abortus izvrši u skladu s pravnim propisima koji vrijede na određenom području, govorimo o dopuštenom, tj. legalnom pobačaju. Ako se izvođenje induciranog prekida trudnoće kosi s važećim pravnim propisima, onda se taj čin smatra nedopuštenim ili ilegalnim. Način izvršenja induciranog pobačaja pretežito ovisi o trajanju trudnoće. Prekid trudnoće u trajanju do 6 tjedana vrši se aspiracijom sadržaja uterusa plastičnom kanilom i Karmanovom štrcaljkom. Ta metoda se naziva endometrijska aspiracija, menstruacijska regulacija ili intercepcija. Za prekid trudnoće u prvom tromjesečju primjenjuje se metoda dilatacije cervikalnog kanala dilatorima po Hegaru i Prattu, evakuacija sadržaja maternice pomoću aspiratora ili abortalnih kliješta i zatim abrazija maternice pomoću kirete. Nadalje, kako bi se prekinula trudnoća u drugom tromjesečju primjenjuju se razne metode za indukciju uterinih kontrakcija ili uklanjanje ploda operativnim putem. Za induciranje kontrakcija maternice primjenjuju se hipertonične otopine ili prostaglandini i njihovi analozi. Primjenjuju se intraamnijski ili ekstraamnijski, a prostaglandini se mogu primijeniti i intravenski ili intramuskularno. Pod operativno uklanjanje poda podrazumijeva se hysterotomija, ali se danas rijetko koristi (7).

Kao posljedica gubitka trudnoće javljaju se somatske i psihičke komplikacije. Učestalost javljanja komplikacija i njihova ozbiljnost ovisi o određenim čimbenicima. Gledamo zdravstveno stanje žene, njezinu životnu dob, broj prethodnih pobačaja i poroda, trajanje trudnoće u vrijeme kada je nastupio prekid iste, tehniku kirurškog zahvata, vrstu anestezije, iskustvo operatera i samu hospitalizaciju. S obzirom na vrijeme nastanka komplikacija one se dijele na rane i kasne. Rane se komplikacije zatim dijele na neposredne i naknadne. Neposredne komplikacije nastaju tijekom zahvata i 3 sata nakon njega. To mogu biti traumatske ozljede cerviksa i uterusa, komplikacije anestezije i krvarenja koja nastanu tijekom i neposredno nakon zahvata. Komplikacije koje nastanu 3 sata do mjesec dana nakon abortusa nazivamo naknadnima. U tu skupinu ubrajamo naknadna krvarenja, infekcije, tromboflebitis i psihičke smetnje. Pod pojmom psihičke smetnje misli se na depresiju i osjećaj krivnje zbog učinjenog abortusa. Većina kasnih komplikacija su povezane s budućom reprodukcijom žene (7).

1.3 Sindrom intrauterine smrti djeteta

Intrauterina smrt djeteta (intrauterine fetal death – IUFD) može nastupiti u bilo kojem od tri tromjesečja trudnoće. U razvijenim zemljama se javlja u 0,2-1%, a nerazvijenim zemljama u 3% slučajeva. Neki od čimbenika rizika na koje treba obratiti pozornost su: akutna i kronična perinatalna hipoksija, kongenitalne anomalije, perinatalne infekcije, mala posteljica, hidrops posteljice, abrupcija posteljice, infarkti, niska porođajna masa, trombofilija, višeplodna trudnoća, anomalije maternice, muški spol djeteta, loši socioekonomski uvjeti i starija prvorotkinja (5). Većina navedenih poremećaja uzrokuje hipoksiju koja dovodi do smrti ploda ili djeteta. S tim saznanjem, potrebno je voditi adekvatnu antenatalnu skrb o trudnici kod koje vidimo jedan ili više prisutnih čimbenika koji predstavljaju povećani rizik za javljanje hipoksije. Čimbenici na koje je potrebno obratiti posebnu pozornost su sistemski poremećaji majke poput EPH-gestoze, dijabetes, bolesti respiratornog i kardiološkog sustava, izolirana hipertenzija, bolesti bubrega, pušenje, teški oblici hipoproteinemije i anemije, stanja koja dovode do smanjenja utero-placentarnog protoka: miom, anomalije maternice, hipertonus i ležanje na leđima; poremećaji posteljice i pupkovine: mala posteljica, abrupcija, placenta previja, tromboza, čvor, kompresija ili torzija pupkovine te fetalni faktori: višeplodna trudnoća, Rh-senzibilizacija, srčane bolesti i infekcije (7). U prvom će se tromjesečju intrauterina smrt vidjeti ultrazvučnim nalazom izostanka srčane akcije te će maternica biti manja s obzirom na gestacijsku dob. U drugom i trećem tromjesečju, glavni znak intrauterine smrti je izostanak fetalnih pokreta. U literaturi nalazimo kriterije po kojima se, putem ultrazvuka, postavlja

dijagnoza intrauterine smrti. Kriteriji su: izostanak srčane akcije i motorike, oligohidraminij ili anhidraminij, prazna aorta i mokraćni mjehur, nepravilni obrisi glave kao Spalding-Hornerov znak, kosti glave se preklapaju, i izostanak središnjeg intrakranijskog odjeka, edem oglavka poznat kao hallo-znak, na kralježnici su vidljivi kasni Kirchoffovi znakovi nakon 12-14 dana nakon smrti, torzija kralježnice prema Schmiemannu, abnormalni položaj kralježaka i vidljiva grba te je na udovima prisutna koštana salata ili Gauss-Schmiemannov znak (5). Dulja retencija mrtvog ploda u maternici može izazvati promjene na plodu i dovesti do opasnih posljedica za majku. Nastupom intrauterine smrti, na posteljici i fetusu kreću degenerativni procesi tijekom kojih dolazi do oslobađanja tromblastina koji može u majčinoj cirkulaciji započeti proces intravaskularne diseminirane koagulacije. Potrebno je što prije završiti trudnoću. Ako se trudnoća ne prekine, unutar mjesec dana nastaje koagulopatija. Literatura navodi da će u 75% žena nastupiti spontani porod unutar 2 tjedna nakon smrti fetusa. Ako ne dođe do spontanog poroda potrebno ga je inducirati. Prilikom poroda neživog djeteta važno je voditi računa o zrelosti cerviksa i gestacijskoj dobi. Porod se dovršava vaginalno i nastoji se da bude što pošteniji za majku. Iz tog razloga se primjenjuju lijekovi za sazrijevanje vrata maternice. Kako bismo prevenirali pojavu sindroma intrauterine smrti djeteta potrebno je provoditi adekvatnu antenatalnu skrb, antenatalni nadzor i praćenje trudnice te tako prevenirati prijevremene i poslijeterminske porode (5,7).

1.4 Postabortivni sindrom

Gubitak trudnoće označava gubitak ploda ili djeteta koji nerijetko rezultiraju nizom negativnih emocija i s njima povezanih simptoma. Javlja se poremećaji sna, apetita i libida, zatim ljutnja, noćne more, socijalna izolacija, krivnja, žaljenje, strah i na kraju izbjegavanje svoje i druge djece. Intenzitet simptoma i njihovo javljanje individualni su i ovise o pojedincu, njezinim individualnim psihološkim čimbenicima, pozitivnoj psihijatrijskoj anamnezi te prethodnim iskustvima gubitaka trudnoće. Literatura navodi kako su simptomi postabortivnog sindroma fenomenološki slični onima koje doživljavaju oboljeli od posttraumatskog stresnog poremećaja. Simptomi karakteristični za postabortivni sindrom ne moraju se razviti odmah nakon pobačaja. Moguće je da se jave mjesecima ili godinama nakon nastupa pobačaja (3). Komponente koje utječu na pojavu postabortivnog sindroma su: izloženost ili sudjelovanje u pobačaju, nekontrolirano, negativno i iznova ponavljano proživljavanje čina pobačaja, nemogućnost izbjegavanja i poricanja bolnog sjećanja na pobačaj te osjećanje simptoma koji su prisutni tek nakon izvršenog pobačaja (8). Unatoč njegovoj prisutnosti kod brojnih žena

postabortivni sindrom ne postoji kao samostalna psihijatrijska dijagnoza već se najčešće promatra kao dio prisutne anksioznosti ili depresije. Međutim, njegovo postojanje može se potvrditi postojanjem potrebe za suportivnim i konstruktivnim savjetovanjem žene (3).

1.5 Somatske smetnje

Somatske se smetnje ili simptomi u većini slučajeva javljaju zajedno s neugodnim psihološkim čimbenicima te ih zajedno nazivamo psihosomatskim poremećajem. U tom slučaju prisutno je određeno zdravstveno stanje radi kojeg se javljaju pojedini tjelesni simptomi. Oni su sastavni dio velikog spektra psihičkih problema i poremećaja, tako i depresije i anksioznosti koje se javljaju kao dio postabortivnog sindroma (9). Javljaju se recidivi tjelesnih tegoba koje se mogu očitovati poput boli, gastrointestinalnih, neuroloških i seksualnih simptoma (10). U većini slučajeva istovremeno se javlja više tjelesnih tegoba, ali postoje i slučajevi kada je prisutna i intenzivna samo jedna tjelesna tegoba. Nadalje, tegobe se razlikuju i s obzirom na težinu tegoba te kroz narušavanje svakodnevnog funkcioniranja (11). Prisutnost somatskih smetnji, porast njihovog broja, težine i trajanja dovodi do opetovanih medicinskih obrada. U literaturi pronalazimo kriterije za dijagnozu poremećaja somatskih simptoma, a to su najčešće tjelesne tegobe ili simptomi koji dovode do značajne kliničke patnje i ometaju svakodnevni život, zatim, simptomi koji su praćeni nerazmjernim i neprilagođenim mislima, osjećajima i ponašanjima povezanim sa simptomima te takvo stanje osobe traje dulje vremensko razdoblje. Prema DSM-5 klasifikaciji ne uzima se u obzir kriterij nepostojanja medicinskog objašnjenja tjelesnih simptoma nego se dijagnoza u većoj mjeri temelji na težini simptoma i oslabljenom funkcioniranju pojedinca (4).

2. CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj ovog rada jest ispitati pojavnost somatskih simptoma u žena nakon gubitka trudnoće. Također, utvrditi moguće razlike u pojavnosti somatskih simptoma s obzirom na sociodemografska obilježja ispitanica, način na koji je gubitak trudnoće nastupio te stadij gubitka trudnoće.

3. MATERIJALI I METODE

3.1 Ustroj i protokol istraživanja

Provedeno je presječno istraživanje (engl. Cross sectional study) u razdoblju od 03. lipnja 2023. do 10. srpnja 2023. godine. Zbog mogućnosti obuhvata većeg broja populacije, upitnik je distribuiran putem usluge Google obrasci (Google Forms). Ispitanice su poveznicu na upitnik zaprimile putem društvenih mreža.

3.2 Ispitanici

U istraživanju je dobrovoljno i potpuno anonimno sudjelovalo 355 žena s područja Republike Hrvatske. Kriterij uključenja je bio: ženski spol, stanovnica Republike Hrvatske, životna dob 18 i više godina te iskustvo gubitka trudnoće. Dvije su ispitanice isključene iz istraživanja jer nisu zadovoljavale uvjet iskustva gubitka trudnoće. Prosječna dob ispitanica je 34,92 godina (Sd=7,14) s rasponom od 20 do 60 godina. Odabirom opcije „slažem se“ svaka ispitanica potvrdila je kako je u potpunosti upoznata s detaljima istraživanja, dala je svoj informirani pristanak na sudjelovanje u istraživanju, te je potvrdila da bez prisile sudjeluje u istome.

3.3 Instrumenti istraživanja

U istraživanju se kao instrument istraživanja koristio anketni upitnik. Prvi dio anketnog upitnika odnosio se na opća i sociodemografska obilježja ispitanica poput dobi, radnog statusa, bračnog statusa, mjesta stanovanja, zadovoljstva ekonomskim statusom te razine obrazovanja. Drugi dio upitnika sastojao se od opstetrijskih podataka poput broja trudnoća, broja vaginalnih poroda, broja poroda carskim rezom, broja izgubljenih trudnoća, stadija posljednje izgubljene trudnoće, je li izgubljena trudnoća bila planirana i broja djece. Treći dio anketnog upitnika činile su čestice preuzete iz „Hrvatske verzije PHQ-15 upitnika somatskih simptoma“ autorica Slišković A., Šimunić A. i Ombla J. iz 2022. godine. Preuzeti instrument sadržavao je 15 čestica. Odgovori na sve čestice izražavali su se na Likertovoj mjernoj ljestvici od nula do dva. Procjeni 0 odgovara kategorija „uopće mi nije smetalo“; 1 – „malo mi je smetalo“ i 2 – „jako mi je smetalo“. Čestice upitnika podrazumijevaju najčešće somatske simptome kao što su kardiopulmonalni i gastrointestinalni simptomi, bolovi na različitim dijelovima tijela i simptomi povezani s umorom. Ukupni rezultat upitnika se formira zbrojem rezultata na svim

česticama. Raspon iznosi od 0 do 30, viši rezultat ukazuje na višu razinu težine somatskih simptoma. Vrijednosti ≥ 5 upućuju na blagu razinu, ≥ 10 na umjerenu te ≥ 15 na visoku razinu težine somatskih simptoma (4). Pouzdanost upitnika iznosi $\alpha = 0,87$.

3.4 Statističke metode

Deskriptivna statistika prikazana je udjelima i postotcima, a brožani podatci s osnovnim mjerama prosječne vrijednosti i raspršenja (aritmetičke sredine i standardne devijacije). Normalnost raspodjele numeričkih varijabli testirala se Kolmogorov-Smirnovljevim testom. Zavisna varijabla slijedila je normalnu raspodjelu stoga je za ispitivanje razlika korišten t-test. Statistička obrada podataka učinjena je u programu Statistica 13 computer application (TIBCO Software Inc., 2017), te je korišten kriterij značajnosti od $p < 0,05$.

3.5 Odobrenje etičkog povjerenstva

Provođenje ovoga istraživanja odobreno je od strane Etičkog povjerenstva Sveučilišta u Zadru na III. redovitoj sjednici održanoj 26. travnja 2023. godine (KLASA: 114-06/23-01/16. Ur.broj: 15-23-01).

4. REZULTATI

4.1 Karakteristike ispitanika

U provedenom istraživanju obrađeni su podaci ukupno 353 ispitanice. Prosječna dob ispitanica je 34,92 godina, s rasponom od 20 do 60 godina ($Sd=7,14$). Većina ispitanica, njih 277 (78,47%), bile su zaposlene, 55 (15,58%) nezaposlene, 8 (2,27%) učenice te 13 (3,68%) pripada skupini „ostalo“. Njih 293 (83%) navodi da su udane. Ispitanice pretežito stanuju u gradu, 216 (61,19%), dok njih 99 (28,05%) na selu. Svojim ekonomskim statusom je umjereno zadovoljna 216 (61,19%) ispitanica. Malo manje od polovice ispitanica, 167 (47,31%), činile su žene sa srednjom školom, a 106 (30,03%) završilo je diplomski studij. Sociodemografske karakteristike ispitanica detaljno su prikazane u Tablici 1.

Tablica 1. Sociodemografske karakteristike ispitanica (N=353)

Varijabla	Broj (N)	Postotak (%)
Radni status		
Zaposlena	277	78,47
Nezaposlena	55	15,58
Učenica/studentica	8	2,27
Ostalo	13	3,68
Bračni status		
Udana	293	83
Neudana	16	4,53
Izvanbračna zajednica	37	10,48
Razvedena	7	1,98
Mjesto stanovanja		
Grad	216	61,19
Predgrađe	38	10,76
Selo	99	28,05
Zadovoljstvo ekonomskim statusom		
Nisam zadovoljna	68	19,26
Umjereno zadovoljna	216	61,19
Jako sam zadovoljna	69	19,54
Razina obrazovanja		
Osnovna škola	9	2,55
Srednja škola	167	47,31
Preddiplomski studij	51	14,45
Diplomski studij	106	30,03
Poslijediplomski studij	20	5,67

Većina ispitanica, njih 214 (60,62%), izjavilo je da se jako dobro sjeća razdoblja nakon gubitka trudnoće te 117 (33,14%) da se sjeća. Najviše ispitanica, njih 206 (58,36%), imalo je jednu do tri trudnoće. Od 353 ispitanica, njih 127 (35,98%) nije imalo iskustvo vaginalnog poroda, a 176 (49,86%) jedan do dva puta. Zatim, 246 (69,7%) nije imalo iskustvo poroda carskim rezom. U broju izgubljenih trudnoća najviše ispitanica, 211 (59,77%), doživjelo je jedan gubitak trudnoće, a dva do četiri gubitka njih 129 (36,54%). U gotovo svim slučajevima, 332 (94,05%), je gubitak zadnje trudnoće nastupio spontano. U vremenu do 13. tjedna trudnoće, ukupno je 236 (66,86%) ispitanica izgubilo trudnoću, a u razdoblju od 27-40 tjedna 48 (13,60%) ispitanica. Kod 264 (74,79%) ispitanice je posljednja izgubljena trudnoća bila planirana. Na pitanje koliko djece imaju, 132 (37,39%) navodi da ima jedno dijete, a broj ispitanica bez djece je 89 (25,21%), te sa dvoje djece 84 (23,79%) ispitanice. Opstetrijske karakteristike ispitanica detaljno su prikazane u Tablici 2.

Tablica 2. Opstetrijske karakteristike ispitanica (N=353)

Varijabla	Broj (N)	Postotak (%)
Koliko se sjećate razdoblja nakon gubitka trudnoće?		
Uopće se ne sjećam	3	0,85
Malo se sjećam	19	5,38
Sjećam se	117	33,14
Jako dobro se sjećam	214	60,62
Ukupan broj trudnoća		
1-3	206	58,36
4-6	128	36,26
7+	19	5,38
Broj vaginalnih poroda		
0	127	35,98
1-2	176	49,86
3-4	47	13,31
5+	3	0,85
Broj poroda carskim rezom		
0	246	69,69
1-2	96	27,20
3-4	11	3,12
Broj izgubljenih trudnoća		
1	211	59,77
2-4	129	36,54
5+	13	3,68
Kako je nastupio gubitak zadnje trudnoće?		
Spontano	332	94,05
Namjerno	21	5,94
Stadij posljednje izgubljene trudnoće		
0-13 tjedana	236	66,86
14-26 tjedana	69	19,54

	27-40 tjedana	48	13,60
Je li posljednja izgubljena trudnoća bila planirana?	Da	264	74,79
	Ne	89	25,21
Koliko djece imate	0	89	25,21
	1	132	37,39
	2	84	23,79
	3+	48	13,60

4.2 Prisutnost somatskih simptoma

Ukupna prosječna razina somatskih simptoma kod ispitanica iznosila je 12,06 bodova (tablica 3).

Tablica 3. Prikaz prosječne razine somatskih simptoma (N = 353)

Varijabla	Srednja vrijednost	Min	Max	Sd
Razina somatskih simptoma	12,06	0,00	30,00	6,83

Kao najizraženiji somatski simptom kod ispitanica je zabilježen osjećaj umora ili niske razine energije dok je kao najmanje izražen zabilježeno padanje u nesvijest. Detaljan prikaz izraženosti somatskih simptoma nalazi se u Tablici 3.

Tablica 3. Prikaz izraženosti somatskih simptoma (N=353)

Varijabla	Srednja vrijednost	Min	Max	Sd
Osjećaj umora ili niske razine energije	1,37	0,00	2,00	0,70
Problemi sa spavanjem	1,24	0,00	2,00	0,77
Bol u trbuhu	1,10	0,00	2,00	0,78
Menstrualni grčevi ili drugi problemi s mjesečnicom	1,07	0,00	2,00	0,78
Osjećaj lupanja ili užurbanog rada srca	0,92	0,00	2,00	0,82
Bol u leđima	0,82	0,00	2,00	0,81
Glavobolje	0,80	0,00	2,00	0,81
Pomanjkanje daha	0,76	0,00	2,00	0,81
Mučnina, nadutost ili problemi s probavljanjem hrane	0,70	0,00	2,00	0,77
Bol ili problemi tijekom spolnog odnosa	0,70	0,00	2,00	0,74
Zatvor, proljev ili drugi problemi s crijevima	0,65	0,00	2,00	0,77
Bol u prsima	0,64	0,00	2,00	0,79
Vrtoglavica	0,61	0,00	2,00	0,76

Bol u rukama, nogama ili zglobovima (koljenima, kukovima itd.)	0,50	0,00	2,00	0,69
Padanje u nesvijest	0,16	0,00	2,00	0,46

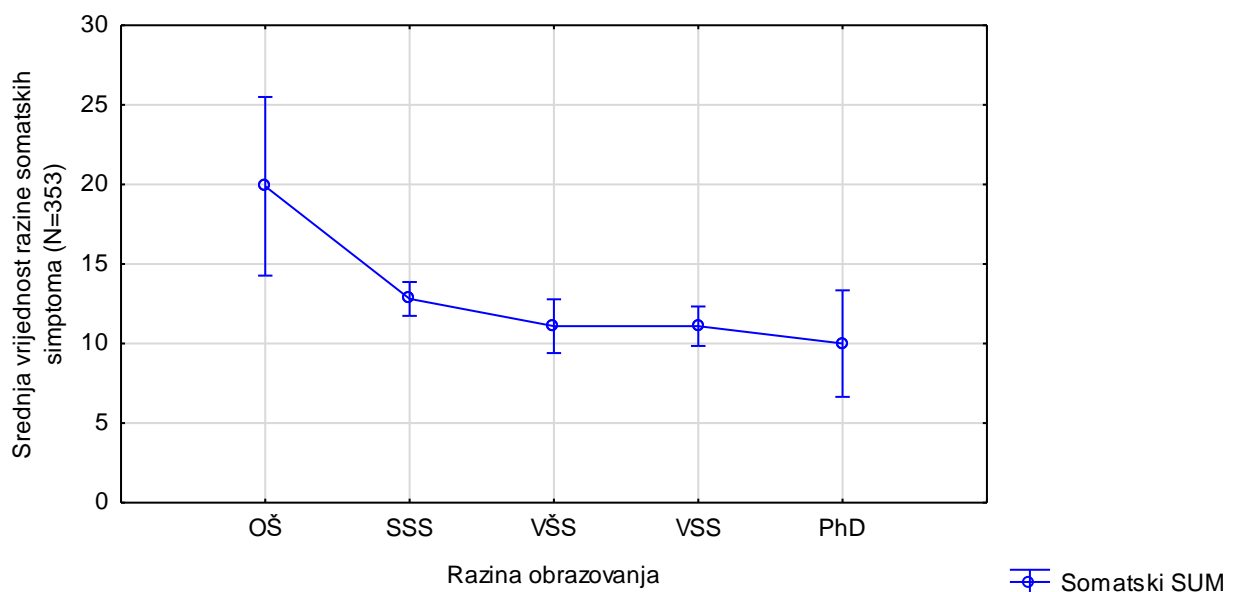
Veći broj ispitanica, njih 122 (32,30%), ima visoku razinu, a 52 (14,73%) imaju minimalnu razinu težine somatskih simptoma. Raspodjela po razini somatskih simptoma prikazana je u Tablici 4.

Tablica 4. Podjela ispitanika prema razini somatskih simptoma (N=353)

Razina somatskih simptoma	Broj (N)	Postotak (%)
Minimalna (< 5)	52	14,73
Blaga (≥ 5)	86	24,36
Umjerena (≥ 10)	93	26,35
Visoka (≥ 15)	122	32,30

4.3 Razlike u pojavnosti somatskih simptoma s obzirom na sociodemografska obilježja

Zabilježeni rezultati ukazuju kako je izraženost somatskih simptoma nakon gubitka trudnoće izraženija kod ispitanica s nižom razinom obrazovanja u odnosu na ispitanice više razine obrazovanja. Detaljan prikaz prosječnih vrijednosti razine somatskih simptoma prikazan je na Slici 1. S obzirom na ostala sociodemografska obilježja nije zabilježena razlika u pojavnosti somatskih simptoma.



Slika 1. Prikaz razine somatskih simptoma s obzirom na razinu obrazovanja ispitanica

4.4 Razlike u pojavnosti somatskih simptoma s obzirom na način i stadij gubitka trudnoće

Zabilježeni rezultati ukazuju kako nije utvrđena razlika ($P=0,211$) u ukupnoj razini somatskih simptoma žena s obzirom na to jesu li trudnoću izgubile spontano ili namjerno (tablica 5).

Tablica 5. Razlike u pojavnosti somatskih simptoma s obzirom na način i stadij izgubljene trudnoće (N=353)

Variabla	Srednja vrijednost		P*
	Spontani gubitak trudnoće	Namjerni gubitak trudnoće	
Ukupna razina somatskih simptoma	12,16	10,20	0,211

*t-test

Detaljnijim uvidom u rezultate zabilježene su razlike u pojavnosti pojedinih somatskih simptoma poput problema sa spavanjem s obzirom na način izgubljene trudnoće (tablica 6).

Tablica 6. Razlike u pojavnosti pojedinih somatskih simptoma s obzirom na način i stadij izgubljene trudnoće (N=353)

Variabla	Srednja vrijednost		P*
	Spontani gubitak trudnoće	Namjerni gubitak trudnoće	
Problemi sa spavanjem	1,25	0,90	0,039

*t-test

S obzirom na stadij izgubljene trudnoće zabilježene su razlike u pojavnosti somatskih simptoma između ispitanica koje su trudnoću izgubile u razdoblju do 13 tjedana trudnoće u odnosu na ispitanice koje su trudnoću izgubile u razdoblju od 14 do 26 tjedna trudnoće te u razdoblju od 27 do 40 tjedana. Rezultati su prikazani u tablicama 7. i 8. Između ispitanica koje su trudnoću izgubile u razdoblju od 14 do 26 tjedana i ispitanica u razdoblju od 27 do 40 tjedana nije zabilježena značajna razlika ($P= 0,520$) u pojavnosti somatskih simptoma.

Tablica 7. Razlike u razini somatskih simptoma između ispitanica s obzirom na stadij izgubljene trudnoće

Variabla	Srednja vrijednost		P*
	0-13 tjedana	14-26 tjedana	
Ukupna razina somatskih simptoma	11,02	13,82	0,002

*t-test

Tablica 8. Razlike u razini somatskih simptoma između ispitanica s obzirom na stadij izgubljene trudnoće

Variabla	Srednja vrijednost		P*
	0-13 tjedana	27-40 tjedana	
Ukupna razina somatskih simptoma	11,02	14,68	< 0.001

*t-test

5. RASPRAVA

Provedeno presječno istraživanje kojim se ispitivala prisutnost somatskih smetnji kod žena nakon gubitka trudnoće prvo je takvo istraživanje na području Republike Hrvatske. U istraživanju su sudjelovale 353 ispitanice s iskustvom gubitka trudnoće. Prosječna dob ispitanica bila je 34,92 godine s rasponom od 20 do 60 godina. Slično istraživanje provedeno u Bangladešu koje je ispitivalo prisutnost simptoma depresije i anksioznosti kod žena nakon gubitka trudnoće navodi nižu prosječnu dob ispitanica (12) što se može objasniti znatno ranijim stupanjem u bračne odnose (13) u odnosu na područje Hrvatske. Nadalje, rezultati objavljeni u preglednom radu koji prikazuje psihološki utjecaj ranog gubitka trudnoće u prikazima životne dobi ispitanica navodi prilično širok raspon dobi. Naime, raspon životne dobi kretao se od 26 do 37 godina (14). Zaposleno je bilo 78,47% ispitanica, što je podatak obrnut podatku koji je objavljen u rezultatima istraživanja provedenog u Bangladešu koje navodi kako je većina ispitanica, točnije njih 70% bilo nezaposleno (12). Takva razlika moguća je zbog društvenih i kulturnih čimbenika koji imaju veliku ulogu u oblikovanju zaposlenosti žena u Bangladešu. U nekim ruralnim područjima, tradicionalni rodni stereotipi i obiteljske uloge mogu ograničiti pristup žena radu izvan kuće. Nadalje, u presječnom istraživanju provedenom u Kini koje je proučavalo prevalenciju i faktore povezane s antenatalnom depresijom među svim trudnicama koje po prvi put pristupaju antenatalnoj skrbi gotovo sve ispitanice, njih 87% su bile udane. Slično tome, u ovom istraživanju 83% ispitanica bilo je udano. Također, u ovom i istraživanju čiji je predmet prevalencija i faktori povezani s antenatalnom depresijom među svim trudnicama koje po prvi put pristupaju antenatalnoj skrbi više od polovice ispitanica živi u gradu (15). Ispitanice obuhvaćene ovim istraživanjem uglavnom su imale srednjoškolsko obrazovanje i pretežito su bile umjereno zadovoljne svojim ekonomskim statusom.

Većina ispitanica se jako dobro sjećala razdoblja nakon gubitka trudnoće. U ovom istraživanju, više od pola ispitanica bilo je trudno između jedan i tri puta. Slične rezultate nalazimo u istraživanju iz Kine, gdje je također više od polovice ispitanica imalo iskustvo više od jedne trudnoće (15). Gotovo je 50% ispitanica imalo jedan ili dva vaginalna poroda, a skoro 70% nije imalo iskustvo poroda carskim rezom. Većina ispitanica, njih približno 60%, imalo je iskustvo samo jedne izgubljene trudnoće. Sličan rezultat pronalazimo u istraživanju o posttraumatskom stresnom poremećaju nakon gubitka trudnoće koje navodi kako 63% ispitanica nije imalo prethodno iskustvo gubitka trudnoće, tj. izgubile su trudnoću jednom (16). Većina ispitanica u provedenom istraživanju navodi kako je gubitak zadnje trudnoće nastupio spontano. Najčešći period u kojem se gubitak trudnoće dogodio je prvo tromjesečje. U

istraživanju je prisutno kod približno 67% ispitanica. Sličan rezultat pronalazimo u prethodno navedenom istraživanju, čiji je predmet posttraumatski stresni poremećaj nakon gubitka trudnoće, gdje je 73% žena izgubilo trudnoću u prvom tromjesečju (16). Razlog tomu je što se većina pobačaja dogodi u prvom tromjesečju radi genetskih čimbenika, anomalija maternice, autoimunih i endokrinih čimbenika, genitalne infekcije i uroinfekcije, imunoloških čimbenika te trauma, prekonceptijskih i perokonceptijskih abuzus lijekova, droge, nikotina itd. „Incidencija spontanih pobačaja je od 8 do 20% klinički dokazanih trudnoća, a 80% njih pobaci do 12. tjedna, dakle u 1. tromjesečju.“ (5). Zatim, tri četvrtine ispitanica navele su da je posljednja trudnoća bila planirana. Njih približno 25% navelo je da nema djece, a oko 37% da ima jedno dijete. Rezultate koji se ne razlikuju pretjerano od navedenih nalazimo u istraživanju o posttraumatskom stresnom poremećaju nakon gubitka trudnoće. Djece nema 29%, a jedno dijete ima 37% ispitanica (16).

Prosječna razina somatskih simptoma kod ispitanica je iznosila 12,06 bodova što predstavlja umjerenu razinu težine somatskih simptoma (4). Najizraženiji somatski simptom kod ispitanica bio je osjećaj umora ili niske razine energije, a odmah iza njega slijedili su problemi sa spavanjem. Učestali i, u ovom istraživanju, nezanemarivi somatski simptomi bili su bol u trbuhu te menstrualni grčevi ili drugi problemi s mjesečnicom. Najrjeđe prisutan somatski simptom bilo je padanje u nesvijest. Visoku razinu somatskih simptoma imalo je približno 32% ispitanica. Drugačiji rezultat pronalazimo u istraživanju koje je provedeno radi ispitivanja valjanosti PHQ-15 upitnika za procjenu ozbiljnosti somatskih simptoma. U navedenom istraživanju 8-10% ispitanika imalo je visoku razinu somatskih simptoma što je vidno niži udio. Razlog značajne razlike u rezultatima jest taj što gubitak trudnoće ne predstavlja samo gubitak ploda, odnosno djeteta, nego i gubitak izbora, temeljnih vrijednosti, ispunjavanja bioloških uloga i na kraju dijela sebe. Upravo iz navedenih razloga razdoblje nakon gubitka trudnoće obuhvaća cijeli spektar emocija od tuge, žalosti, melankolije i može dovesti do anksioznih, depresivnih i traumom povezanih simptoma (3). Također, ispitanici u istraživanju provedenom radi ispitivanja valjanosti PHQ-15 upitnika za procjenu ozbiljnosti somatskih simptoma su bili pacijenti iz primarne zdravstvene zaštite i ginekološke pacijentice, dok su u ovom istraživanju to isključivo žene s iskustvom gubitka trudnoće. Posebna pažnja se pridaje grupi ispitanika koji prilikom rješavanja upitnika imaju 15 ili više bodova. Razlog tomu je što se to smatra donjom granicom za procjenu prevalencije klinički značajne somatizacije u primarnoj zdravstvenoj skrbi (17). Nadalje, zabilježeni rezultati su prikazali kako je izraženost somatskih simptoma nakon gubitka trudnoće izraženija kod ispitanica s nižom razinom

obrazovanja u odnosu na ispitanice više razine obrazovanja. Ovaj se rezultat može pripisati socijalno-ekonomskim okolnostima. Nije uvijek slučaj, međutim žene niže razine obrazovanja nerijetko imaju i niže socio-ekonomske statusne pozicije i uvjete. Navedena situacija može rezultirati dodatnim stresom, ograničenim pristupom adekvatnoj zdravstvenoj skrbi i na kraju pogoršanju somatskih simptoma. Zatim, stres i negativne emocije mogu utjecati i na percepciju i osjećaj somatskih simptoma. U istraživanju koje je proučavalo povezanost osobnog doživljaja stresa, sindroma sagorijevanja i stilova suočavanja sa stresom kod medicinskih sestara/tehničara u zavodu za hitnu medicinu karlovačke županije nalazimo povezanost razine obrazovanja i razine stresa, odnosno povezanost razine stresa i stupnja obrazovanja. Kao i u provedenom istraživanju, ispitanici sa nižom razinom obrazovanja, odnosno srednjim stručnim obrazovanjem, pokazivali su najviše razine stresa (18). Značajne razlike u ukupnoj pojavnosti somatskih simptoma s obzirom na način gubitka trudnoće nije bilo. Bez obzira na način, gubitak trudnoće zasigurno je iznimno stresan za ženu. Javljaju se isti simptomi tijekom samog pobačaja bio on spontan ili induciran. Također se javljaju isti somatski simptomi naknadno jer bez obzira na uzrok pobačaja žena prolazi kroz iste procese. Međutim, pominjim uvidom u rezultate utvrđene su razlike u pojavnosti pojedinih somatskih simptoma, preciznije problema sa spavanjem, s obzirom na način izgubljene trudnoće. Problemi sa spavanjem češće su se javljali kod ispitanica kod kojih je nastupio spontani gubitak trudnoće. Možemo pretpostaviti da su ispitanice kod kojih je nastupio spontani gubitak trudnoće htjele zadržati dijete te iznijeti trudnoću do kraja. S obzirom da je nastupio neplanirani gubitak ploda, djeteta, osjećaju veliku tugu i krivnju te dolazi do promjena u svakodnevnom funkcioniranju (3). Prirodna reakcija na gubitak uključuje depresiju, anksioznost, posttraumatski stres i na kraju poremećaje spavanja (19). Zatim, zabilježene su razlike u pojavnosti i izraženosti somatskih simptoma između ispitanica koje su trudnoću izgubile u razdoblju do 13 tjedana trudnoće u odnosu na ispitanice koje su je izgubile u razdoblju od 14 do 26 tjedana trudnoće i od 27 do 40 tjedana. Ispitanice koje su izgubile trudnoću u razdoblju od 14 do 26 tjedana imale su izraženije somatske simptome od ispitanica koje su izgubile trudnoću u razdoblju do 13 tjedana trudnoće. Također, ispitanice koje su izgubile trudnoću u razdoblju od 27 do 40 tjedana imale su izraženije somatske simptome nego ispitanice koje su izgubile trudnoću u razdoblju do 13 tjedana trudnoće. Vidljivo je da što je viši stadij trudnoće u trenutku gubitka to su somatski simptomi izraženiji. Iako roditelji, odnosno posebice majka, nisu imali priliku upoznati svoje dijete, gubitak je intenzivniji što je žena dulje vrijeme bila trudna jer su zasigurno osjećali snažniju i dugotrajniju povezanost sa svojim nerođenim djetetom. Roditelji, a posebice majka, žale za

onime što su mogli imati u budućnosti. Kod žena se također nerijetko mogu pojaviti i osjećaji da je učinila nešto što je prouzročilo smrt djeteta pa se duboka tuga, depresija, anksioznost i somatski simptomi koje oni izazivaju dodatno pojačavaju (3,19).

6. ZAKLJUČAK

Kod žena nakon gubitka trudnoće prisutni su somatski simptomi. Prosječna razina somatskih simptoma bila je umjerena razina težine somatskih simptoma. Najviše izražen somatski simptom bio je osjećaj umora ili niske razine energije. Primijećene su razlike u izraženosti somatskih simptoma nakon gubitka trudnoće s obzirom na razinu obrazovanja. Somatski simptomi bili su izraženiji kod ispitanica s nižom razinom obrazovanja u odnosu na ispitanice više razine obrazovanja. Nadalje, nije utvrđena značajna razlika u ukupnoj pojavnosti somatskih simptoma s obzirom na način gubitka trudnoće. Međutim, utvrđene su razlike u pojavnosti problema sa spavanjem s obzirom na način izgubljene trudnoće. Problemi sa spavanjem bili su učestaliji kod ispitanica kod koji je gubitak trudnoće nastupio spontano. Zabilježene su razlike u pojavnosti i izraženosti somatskih simptoma s obzirom na stadij izgubljene trudnoće. S porastom stadija izgubljene trudnoće proporcionalno se povećavala izraženost prisutnih somatskih simptoma.

7. LITERATURA

1. Šimunić V, i suradnici. Ginekologija. Zagreb: Naklada Ljevak; 2001.
2. Inducirani i spontani prekid trudnoće. Datum pristupa: 28.7.2023. Dostupno na: <https://znajznanje.pariter.hr/o-znajznanje-org-projektu/artificijalni-i-spotani-prekid-trudnoce/>.
3. Peitl V, Gall V. Psihosomatska medicina u ginekologiji i porodništvu. Zagreb: Naklada Slap; 2022.
4. Nikolić Ivanišević M, Macuka I, Nekić M, Ombla J, Šimunić A. Zbirka psihologijskih skala i upitnika. Zadar: Morepress; 2022.
5. Habek D. Ginekologija i porodništvo za visoke zdravstvene studije. Zagreb: Medicinska Naklada; 2013.
6. Trudnoća. In: Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslava Krlež; 2021. Datum pristupa: 20.07.2023. Dostupno na: <https://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=62531..>
7. Dražančić A, i suradnici. Porodništvo. Zagreb: Školska knjiga; 1994.
8. Kvaka M. Moralno-etičke konotacije postabortivnog sindroma i duhovno-pastoralne intervencije. Đakovo; 2019.
9. Vulić-Prtorić A. Upitnik psihosomatskih simptoma: Priručnik, normativni podatci i upitnici. Zadar: Morepress; 2019.
10. Silić A. Somatizacijski poremećaji. Cybermed. Datum pristupa: 25.7.2023. Dostupno na: https://www.cybermed.hr/clanci/somatizacijski_poremecaj.
11. Dimsdale JE. Poremećaj sa somatskim simptomima. HeMed. Datum pristupa: 19.7.2023. Dostupno na: <https://www.hemed.hr/Default.aspx?sid=12651>.
12. Koly KN, Saba J, Billah MA, McGirr A, Sarker T, Haque M, Mustary E, Hanifi SMMA, Begum F. Depressive symptoms and anxiety among women with a history of abortion living in urban slums of Bangladesh. BMC Psychol. 2023 Jul 4;11(1):197. doi: 10.1186/s40359-023-01224-0
13. Bangladeš: Borba protiv brakova maloljetnica. Al Jazeera. Datum pristupa: 20.7.2023. Dostupno na: <https://balkans.aljazeera.net/news/world/2015/3/5/banglades-borba-protiv-brakova-maloljetnica>.
14. Farren J, Mitchell-Jones N, Verbakel JY, Timmerman D, Jalbrant M, Bourne T. The psychological impact of early pregnancy loss. Hum Reprod Update. 2018;24(6):731-749. doi:10.1093/humupd/dmy025

15. Guo J, Zheng A, He J, et al. The prevalence of and factors associated with antenatal depression among all pregnant women first attending antenatal care: a cross-sectional study in a comprehensive teaching hospital. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):713. Published 2021 Oct 26. doi:10.1186/s12884-021-04090-z
16. Engelhard IM, van den Hout MA, Arntz A. Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *Gen Hosp Psychiatry*. 2001;23(2):62-66. doi:10.1016/s0163-8343(01)00124-4
17. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med*. 2002;64(2):258-266. doi:10.1097/00006842-200203000-00008
18. Cerjak V. Povezanost osobnog doživljaja stresa, sindroma sagorijevanja i stilova suočavanja sa stresom kod medicinskih sestara/tehničara u zavodu za hitnu medicinu karlovačke županije: rad s istraživanjem [Diplomski rad]. Rijeka: Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci; 2022. Datum pristupa: 1.8.2023. Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:055757>.
19. Haramina S. Psihološka podrška paru nakon gubitka djeteta. *Primaljski vjesnik*. 2021. Datum pristupa: 1.8.2023. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/259687>.