

Kazalo

| | |
|--|----|
| Uvod | 2 |
| Postabortivni sindrom | 3 |
| Simptomi postabortivnega sindroma | 4 |
| Krivda, jeza in bojazen | 4 |
| Depresija in občutek izgube | 5 |
| Zloraba substanc | 5 |
| Razvoj motenj prehranjevanja | 6 |
| Nagnjenja k samomoru in poskusi samomora | 6 |
| Spolna disfunkcija | 6 |
| Ponavljajoči se umetni splavi in podoživljanje umetnega splava | 7 |
| Krivda za preživetje in sindrom obletnice | 7 |
| Težave s spanjem in ostale težave | 7 |
| Vpliv umetnega splava na odnose v družini in družbi | 8 |
| Fizične posledice umetnega splava | 9 |
| Moški in umetni splav | 12 |
| Razprava | 14 |
| Sklep | 17 |
| Literatura | 18 |

Uvod

Umetni (inducirani) splav predstavlja moralni, socialni in medicinski problem že od prvih izpričanih začetkov v obdobju antike. Umetnemu splavu je namreč izrecno nasprotovala že Hipokratova prisega iz 4. stoletja pr. Kr. (»Ὁμοίως δὲ οὐδὲ γυναικὶ πεσσὸν φθόριον δώσω.« – »Ne bom nobeni ženski dal sredstva za uničenje plodu.«). Nasprotovala mu je tudi zdravniška Ženevska prisega iz l. 1948 oz. 1968 (»Brezpogojno bom spoštoval človeško življenje od samega spočetja.«).

V Evropi je bil umetni splav legaliziran šele v prvi polovici 20. stoletja, najprej leta 1919 v Sovjetski zvezi, v večini drugih držav pa šele v desetletjih po drugi svetovni vojni: v Jugoslaviji dokončno šele leta 1977 (umetni splav na zahtevo).

Danes se Hipokratova in Ženevska prisega pri nas ne upoštevata več dosledno. Medicinska stroka tako v svetu kot pri nas namenja premalo pozornosti problematiki psiho-fizičnih in socialnih posledic, ki se pojavijo pri ženskah, ki so splavile in tudi pri njihovih partnerjih.

Postabortivni sindrom

Izraz »postabortivni sindrom« je prvič uporabil psiholog in specialist za travme Rue (1981) pred kongresom, na katerem je izjavil, da je opazoval posttravmatski stres, ki se je razvil kot reakcija na umetni splav. Za opis tega pojava je predlagal ime »postabortivni sindrom« (PAS).

Danes je postabortivni sindrom definiran kot oblika posttravmatskega stresa, ki pa še ni uradno identificirana s strani medicinske stroke. Nekatere sekcije ga priznavajo, druge ne. Postabortivni sindrom spremljajo številni simptomi, ki se pojavijo ob različnem času, odvisno od ženske do ženske. Ni nujno, da se simptomi pojavijo hkrati, niti ni nujno, da bo ženska, ki je naredila umetni splav, doživela celoten seznam simptomov. Nekateri simptomi se lahko pojavijo nemudoma po umetnem splavu, nekateri pridejo na površje čez mesece, nekateri čez leta ali celo čez desetletja – v času menopavze, ko izginja možnost, da bi ženska lahko ponovno zanosila (Rooney in Calhoun, 2003).

Mnoge ženske preprosto ne povežejo svoje stiske z izkušnjo umetnega splava. Na umetni splav skušajo »pozabiti«, bolečino in žalost, ki sta lahko posledica te travme, pa zanikati in ignorirati. Nekatere ženske gredo celo skozi vso življenjsko dobo, ne da bi priznale svoje notranje boje (Kenneth, 2002). Toda spomini se vračajo in resnica o izgubi otroka ne more biti dolgo zanikana.

Simptomi postabortivnega sindroma

Krivda, jeza in bojazen

Občutki krivde sodijo med najbolj pogoste takojšnje kot tudi zakasnjene reakcije na umetni splav. Krivda je normalna reakcija, ki običajno pride na površje, ko ženska spozna, da je umetni splav nekaj slabega in da je odgovorna zanj, če ga stori. Do občutja krivde pridemo, ko začutimo, da smo prekršili svoj lastni moralni kodeks. Avtorja Reisser in Reisser (2000) ugotavljata, da je za žensko, ki verjame, da je ubila svojega nerojenega otroka, breme krivde nepopustljivo. Težko je potolažiti ženske, ki so prekršile enega od najmočnejših naravnih instinktov: materino zaščito lastnega otroka.

Pogosto ženske izrazijo občutek krivde in sramu skozi jezo nase in na ostale vpletene v odločitev za umetni splav: na otrokovega očeta, na svoje starše, prijatelje, zdravnika idr. Lahko so jezne tudi na svoje otroke, ki pogosto postanejo žrtve zlorabe (Burke in Reardon, 2002).

Nekatere pa doživljajo občutek bojazni. Le-ta je definirana kot neprijetno čustveno in fizično stanje strahu. Ženske, ki so splavile in čutijo bojazen, lahko doživijo nekaj od naslednjega: napetost, nezmožnost za sprostitev, razdražljivost, vrtoglavica, povišan srčni utrip, težave z želodcem, glavobol, zaskrbljenost glede prihodnosti in težave s spanjem (Reisser in Reisser, 2000).

Veliko te bojazni ustvarja konflikt med ženskinimi moralnimi standardi in njeno odločitvijo za umetni splav. Zelo pogosto ženska ne bo povezala svoje bojazni z umetnim splavom, a vendar se bo nezavedno začela izogibati vsemu, kar ima zveze z otroki (Reisser in Reisser, 2000).

Depresija in občutek izgube

Burke in Reardon (2002) navajata, da je depresija razpoloženje, napolnjeno z občutki žalosti, krivde in obupa. Depresije, ki so posledica umetnega splava, popustijo v nekaj mesecih, toda po drugi strani globoke in dolgotrajne depresije niso nekaj neobičajnega. Nekatere ženske omenjajo, da se počutijo popolnoma paralizirane od svojega čustvenega stanja in da jih od umetnega splava naprej ne zanima nič in nihče. Nenaden in nekontroliran jok je lahko vsakodneven. Včasih ženska joka ure in ure in tak nekontroliran jok lahko traja še leta. Njihova čustva nihajo od melanholije do popolnega brezupa. Poslabša se samopodoba – počutijo se nesposobne funkcionirati kot »normalne« ženske.

Ženske, ki omenjajo občutek izgube, opisujejo številne podobne reakcije, kot so nezmožnost gledati otroke in nosečnice in ljubosumje na matere. Mnoge zavestno iščejo nadomestno nosečnost.

Zloraba substanc

Uporaba alkohola in drog lahko sprva služi kot oblika samozdravljenja – kot način obvladovanja bolečine ob spominu na umetni splav. Na žalost pa ženska, ki se zateče k alkoholu in/ali drogam, naposled spozna, da ima ne samo še več problemov, ampak tudi še manj sredstev, s katerimi bi jih rešila. Mentalne in psihične posledice zlorab alkohola in drog le še razširijo obseg večine simptomov, ki jih ženska že doživlja. Poleg tega je zloraba drog povezana z okrepljenim tveganjem za okužbo z virusom humane imunske pomanjkljivosti, za genetske nepravilnosti še nerojenega otroka in za napadalno vedenje. Z zlorabo alkohola pa se poveča tveganje za nasilno vedenje, ločitev, prometne nesreče in izgubo službe (Gmel et al., 2003).

Pri ženskah, ki so imele enega ali več induciranih abortusov, so ugotovili, da so bolj nagnjene k temu, da bodo kadile v poznejših nosečnostih, v katerih želijo otroka donositi (Obel, 1979), in da obstaja pri njih večje tveganje, da postanejo težke kadilke (Meirik, 1984). Kajenje v času nosečnosti lahko povzroči okvare na še nerojenem otroku, kot sta malformacija (Drews et al., 1996) ali smrt (Fielding, 1987).

Razvoj motenj prehranjevanja

Nekatere ženske po splavu zbolijo za anoreksijo, bulimijo ali preobjedanjem. Občutna pridobitev ali izguba teže je najprej povezana z neprivlačnostjo, ki zmanjša možnosti za ponovno nosečnost. Nadalje lahko rastoča neprivlačnost služi kot oblika samokaznovanja in pomaga utrditi prepričanje, da je ženska nevedna pozornosti s strani kogar koli. Poleg tega lahko prehranjevalne skrajnosti predstavljajo obliko nadzora za žensko, ki ima občutek, da je njeno življenje povsem izpod nadzora. In nenazadnje lahko drastična izguba teže zaustavi menstrualni cikel, s čimer se prepreči nadaljnje nosečnosti (Burke in Reardon, 2002).

Nagnjenja k samomoru in poskusi samomora

Občutki zavrnitve, nizko samospoštovanje, krivda in depresija – vse to so sestavine samomora. Približno 60 % žensk, ki so naredile umetni splav, pripoveduje, da imajo samomorilne misli, 28 % jih je dejansko poskušalo narediti samomor, polovica od teh pa je samomor skušala narediti dvakrat ali večkrat. Na Finskem je bila med letoma 1987 in 2000, narejena študija na vzorcu 5000 žensk. Pokazala je, da obstaja pri ženskah, ki so imele nenačrtovano nosečnost in so splavile, šestkrat večja verjetnost, da bodo naredile samomor, kot pri ženskah, ki so rodile (Gissler et al., 1996). Poskusi samomora pa so najpogostejši med najstnicami (Hooks, 2003).

Spolna disfunkcija

Ti problemi lahko vključujejo enega ali več od naslednjih: izguba užitka pri spolnem odnosu, okrepljena bolečina, odklonilen odnos do partnerja ali do moških nasploh, pojav promiskuitetnega življenjskega stila. Do podobnih ugotovitev sta prišla na podlagi izvedene ankete tudi avtorja Burke in Reardon (2002).

Ponavljajoči se umetni splavi in podoživljanje umetnega splava

Za ženske, ki so imele v preteklosti umetni splav, obstaja štirikrat večja možnost, da bodo imele še dodatne umetne splave v prihodnosti, v primerjavi z ženskami, ki niso nikoli splavile (Joyce, 1988). To tveganje je povečano zato, ker imajo ženske zaradi umetnega splava v preteklosti znižano samospoštovanje in zavestno ali podzavestno hrepenenje po nadomestnih nosečnostih ter okrepljeno spolno dejavnost. Do poznejših umetnih splavov lahko pride zaradi konfliktnih želja po otroku in nosečnosti. Omenjajo tudi samokaznovanje zaradi ponavljajočih se umetnih splavov (Fischer, 1986).

Skupno doživljanje žensk, ki so umetno splavile, je nenadno vznemirjenje, podoživljanje umetnega splava. Pogosto se pojavi v situacijah, ki so podobne nekaterim vidikom umetnega splava, kot je na primer rutinski ginekološki pregled ali celo zvok vakuumskega aspiratorja (Reardon, 1997).

Krivda za preživetje in sindrom obletnice

Večina žensk ne splavi zaradi trivialnih razlogov. Ponavadi so v pretresljivi situaciji, v kateri bi veliko izgubile, če bi donosile. Na koncu odločitev privede do mučnega »Ti ali jaz – in jaz izberem sebe«. Toda čeprav jih umetni splav osvobodi duševnega pretresa, se pogosto zgodi, da začutijo nepopustljiv občutek krivde, ker so izbrale lastno udobje za ceno otrokovega življenja. Ženske, ki so splavile, navajajo, da se simptomi postabortivnega sindroma povečajo v času obletnice umetnega splava (Burke in Reardon, 2002).

Težave s spanjem in ostale težave

Težave s spanjem vključujejo nočne more, povezane z umetnim splavom. Ženske sanjajo o dojenčkih na splošno ali pa točno o svojem umetno splavljenem otroku. Te sanje vsebujejo »vrnitev« splavljenega otroka ali pa ženske sanjajo o izgubljenih, razkosanih in jokajočih dojenčkih. Do podobnih ugotovitev je prišla tudi psihologinja Wanda Franz. Leta 1989 je na kongresu o vplivu umetnega splava poročala, da ženske, ki so splavile, pričajo o grozovitih

nočnih morah in o otrocih, ki jih kličejo iz odpadkov pločevink, o delih telesa in o krvi. Ob spominu na umetni splav ženske podoživijo grozljivo psihološko bolečino. Počutijo se ničvredno in žrtvovano, ker niso uspeli pri najbolj naravni človeški dejavnosti – biti mati (Reardon, 1997).

Za ženske, ki so abortirale, ni neobičajno, da postanejo obsedene z datumom rojstva otroka in si predstavljajo, kakšen bi bil, če bi se rodil. Nekaterim ženskam upade motivacija za normalne življenjske aktivnosti. Stvari, ki so jih zanimale pred depresijo, se jim sedaj ne zdijo več pomembne (Mann in Reardon, 2002).

Opazen odstotek žensk, ki abortirajo, spet zanosi v roku enega leta, mnoge druge pa jasno izrazijo svojo željo, da bi spet zanosile kar se da hitro. Nov otrok, o katerem se včasih govori kot o »otroku za pokoro«, lahko predstavlja nezavedno željo po nadomestitvi umetno splavljenega (Mann in Reardon, 2002).

Še posebej so za postabortivni sindrom ranljive najstnice, ker se nahajajo v kritičnem obdobju svojega življenja. Čeprav jih postabortivni sindrom predvidoma najbolj prizadene, pa navadno še najmanj izražajo svoje dvome in bolečino. Namesto da bi se jih spodbujalo k sprejetju posledic njihovih izbir in k dozorevanju preko odgovornega starševstva, se jih spodbuja k »dozorevanju« preko nedoraslega uničenja (Wardle in Wood, 1982).

Vpliv umetnega splava na odnose v družini in družbi

Skoraj polovica žensk je v eni izmed študij zatrdila, da je umetni splav pomembno spremenil njihov odnos s partnerjem (Sherman et al., 1985). Zaradi umetnega splava je zveza izpostavljena pritisku. Pogosti so razpadi zvez (Coleman et al., 2002b), celo med pari, ki so imeli prej stabilen odnos (Barnett et al., 1992). Mnogo zvez trpi tudi zaradi upada zdrave komunikacije (Coleman et al., 2002b). Ženske, ki so splavile, včasih ohranijo skrivnost pred možmi iz strahu, da bi bile obsojene ali zavrnjene (Burke in Reardon, 2002), čeprav odlašanje s pogovorom o tem ustvarja med partnerjema odtujenost. Ženske lahko postanejo zaskrbljene ali nezadovoljne s spolno dejavnostjo (Lauman et al., 1999), pri nekaterih pa se pojavi promiskuiteta. Prav tako je prisoten tudi strah pred še eno uničujočo izgubo, ki ženskam ne dovoli, da bi se resnično navezale na druge otroke. Ženske, ki so že imele otroka v času, ko so

naredile umetni splav, lahko odkrijejo, da jih vidijo v drugačni luči in lahko zaidejo v dve skrajnosti. Prva skrajnost je, da se skušajo oddolžiti za svojega splavljenega otroka s tem, da poskušajo postati popolne matere svojim preostalim ali prihodnjim otrokom in so do njih pretirano zaščitniške. Druga skrajnost pa je, da zlorabljuje svoje preostale otroke in po mnenju marylandskega otroškega psihiatra, ki preučuje značilnosti potencialnih otroških zlorabljevalcev, obstaja precejšnja verjetnost, da jih bodo pretepale (Burke in Reardon, 2002).

Otroci ženske, ki je abortirala, imajo večjo verjetnost za vedenjske težave, za napade bojzani in nočnih mor, za okrepljeno napadalnost, za jecljanje, za beg od doma, za fobije o smrti, za okrepljeno bojazen, da bo prišlo do ločitve, za nenadne izbruhe strahu ali sovraštva do matere in celo za poskuse samomora. Pozne reakcije imajo razpon od posameznih fantazij do močnih, usodnih in onesposobljajočih bolezni (Coleman et al., 2002b).

Umetni splav vpliva tudi na odnos s starši. Če so le-ti prisilili svojo hčerko v splav, je odnos starši – hči prizadet (Rue, 1994). Če hči pred starši skriva, da je naredila umetni splav, lahko to povzroči odtujenost med njo in starši (Burke in Reardon, 2002). Odtujenost pa se pojavi tudi do življenja na splošno: ženske lahko postanejo črnoglede ali odklonilne (Burke in Reardon, 2002) in se izogibajo situacijam in ljudem, ki jih spominjajo na splav (Crawford in Mannion, 1985).

Fizične posledice umetnega splava

Life Research Institute (2006) ugotavlja, da imajo mnogi ljudje raje legalni splav kot prizadetega ali domnevno prizadetega prezgodaj rojenega otroka. Toda umetni splav lahko ravno tako povzroči prizadete in mrtvorojene otroke, ki so bili spočeti po splavu. Ženska zanosi in naredi legalni splav iz kakršnega koli razloga, vključno s splavom kot metodo uravnavanja rojstev. Potem ponovno zanosi. Če ne bi nikoli splavila, bi bila verjetnost za prezgodnje popadke samo 5 %, tako pa že po enem umetnem splavu verjetnost naraste na 14 %, po dveh na 18 % in po treh splavih na 24 % (Klinger, 1970). Otrok, rojen iz druge nosečnosti, je veliko bolj dovzeten za prezgodnji porod in posledično za cerebralno paralizo, kot pa bi bil, če njegova mati prej ne bi naredila legalnega splava. Tveganje za cerebralno paralizo se niža z vsakim dopolnjenim gestacijskim tednom. Otroci, ki so rojeni s 27. tedni ali

še prej, imajo 70-krat večjo verjetnost, da bodo imeli cerebralno paralizo, kot tisti, ki so rojeni s 40. tedni nosečnosti ali več (Cummins et al., 1993). Prezgodnji porod pa ni povezan samo s cerebralno paralizo, pač pa tudi z duševno zaostalostjo in z okvarami osrednjega živčnega sistema in tudi z nizko porodno težo, le-ta pa je vodilen razlog za prizadetost in smrt novorojenčkov v Združenih državah Amerike (Sable in Silkinson, 2000).

Omenjenih trditev ne potrjujejo le raziskave nasprotnikov umetnega splava, ampak tudi 107 statističnih študij, izdanih s strani nepristranskih avtorjev. 24 študij je prišlo do rezultata, da legalni splav vodi do nizke porodne teže; 70 študij je dokazalo, da nizka porodna teža vodi v prizadetost in/ali smrt; 13 študij je dokazalo, da legalni splav direktno vodi do prizadetosti in/ali smrti. Celotna organizacija Planned Parenthood, ki opravi več splavov kot vsaka druga organizacija v Združenih državah Amerike in na svetu, priznava, da legalni splav vodi do prezgodnjega poroda in da nizka porodna teža vodi do prizadetosti (Life Research Institute, 2006).

Poleg tega študije ugotavljajo, da ima ženska z enim predhodnim legalnim splavom, 1,9-krat večjo verjetnost, da bo prezgodaj rodila, v primerjavi z ženskami, ki so bile noseče prvič in so rodile. Pri ženskah z dvema predhodnima splavoma je verjetnost 2,7-krat večja, pri tistih s tremi ali več predhodnimi splavi pa je verjetnost večja 2,0–2,2-krat. V tej študiji je bilo 92 % splavov narejenih z vakuumsko aspiracijo, ki je tudi najbolj pogosti način izvedbe umetnega splava (Life Research Institute, 2006). S tem, da umetni splav povzroči tveganje za prezgodnji porod in nizko porodno težo, se strinjata tudi avtorja Rooney in Calhoun (2003).

H komplikacijam umetnega splava prištevamo krvavitve, vročino in okužbe. Po raziskavi Hartshorn (1999) naj bi se le-te pojavile v 2 % vseh primerov, okužba pa lahko privede celo do neplodnosti. Avtorica navaja še predrtje maternice, raztrganje materničnega vratu in predležo posteljico, ki kot zgodnje komplikacije vodijo do težav, ki se lahko zgodijo ženskam v prihodnjih nosečnostih. Te težave so spontani splavi, fetalne smrti in telesno prizadeti otroci. Po mnenju avtorice je izvor navedenih težav treba iskati v dejstvu, da vsaka sprememba v ženskih reprodukcijskih organih vpliva na razvoj njenih otrok. Avtorica navaja, da je povečana možnost za izvenmaternično nosečnost, ker je maternica brazgotinasta in se zato oplojeno jajčece, zigota, ne more spustiti po jajcevodu do maternice. Brazgotinasto tkivo

pa nastane zaradi strganja med prejšnjimi umetnimi splavi. Da umetni splav okrepi tveganje za izvenmaternično nosečnost, sterilnost in spontane splave, se strinja tudi Daling (1994).

K fizičnim posledicam umetnega splava se prištevajo tudi poškodbe in smrti, ki niso »nesreče«, ki so jih naredili abortisti, temveč so rezultat vztrajnega brezčutnega neupoštevanja človeškega življenja – materinega in otrokovega (Hartshorn, 1999). Omenjena avtorica navaja, da je umetni splav peti vodilni razlog za smrt mater v Združenih državah Amerike, poroča pa tudi o okrepljenem tveganju za rak na dojki, rak na materničnem vratu, rak jajčnikov in rak jeter. Tveganje za rak na dojkah se okrepi, ko je hormonsko normalna nosečnost prekinjena pred 32. tednom nosečnosti. O povečanem tveganju za raka na materničnem vratu in raka na jajčnikih poročajo tudi drugi avtorji (La Vecchia, et al., 1993; Albrektsen et al., 1995; Kvale in Heuch, 1991).

Pri ženskah, ki so umetno splavile pred 45. letom, se okrepi tveganje za raka na dojkah za 50 %. Pri ženskah pred 18. letom, ki so prvič splavile, in to med 9. in 24. tednom nosečnosti, pa se tveganje poveča za 800 % (Daling, 1994). Trditev, da umetni splav vodi k poznejšemu razvoju raka na dojkah, zagovarjajo tudi Brind et al. (1996). Hartshorn (1999) omenja še velik porast promiskuitete in spolno prenosljivih boleznih.

Umetni splav povzroči tudi tveganje, da ženska po splavu ostane neplodna. To tveganje je sicer majhno – samo 6 %, kot navaja Lee (2004). Tveganje za neplodnost se poveča, če je imela ženska v času opravljanja umetnega splava spolno prenosljivo bolezen (Ring-Cassidy in Gentles, 2003). Zanimiv je podatek, ki sta ga pridobila Beall in Pharm (2002), da 87 % žensk, ki so imele eno ali več spolno prenosljivih boleznih, ni kazalo simptomov.

Strahan (1996) trdi, da imajo ženske, ki so abortirale, dve leti po splavu dvakrat višjo smrtnost kot ženske, ki so nadaljevale s svojo nosečnostjo. Bolniški kodeksi poročajo samo o končnem vzroku smrti, kot je krvavitev, infekcija, izvenmaternična nosečnost ipd., ne povedo pa prvotnega razloga, ki je umetni splav. O dejanskem številu smrti zaradi splava se ne poroča oz. ni poročil (Hooks, 2003). Saltenberger (1982) meni, da mora biti katera koli pacientka, ki je naredila umetni splav, obravnavana kot pacientka s povečanim tveganjem za različne bolezni in okvare.

Moški in umetni splav

Ko je umetni splav opravljen, je očitno, da sta prizadeta dva človeka: mati in splavljen otrok. Opravljeno je bilo obširno raziskovanje, da bi razumeli telesne, socialne in čustvene posledice umetnega splava na ženskah. Kakor koli, še do nedavnega je bila premajhna pozornost usmerjena na drugo osebo, ki je prizadeta zaradi umetnega splava: otrokovega očeta. Za vsako žensko, ki je splavila, stoji moški: oba sta enakovredna starša splavljenega otroka. Ker se vprašanje o umetnem splavu smatra za žensko stvar, moški stojijo v senci, kot se to tudi od njih pričakuje, in molče trpijo. Ker ne morejo odkrito izraziti svojih občutkov, postanejo jezni, zagrenjeni, potrti, zamerljivi, nezaupljivi in celo brezbrizni v svojem vedenju. Nekateri moški se niti ne zavedajo, da so njihova čustva neposreden rezultat izkušnje umetnega splava. Lahko zanikajo svojo izkušnjo in skušajo razumsko dognati svoja čustva, projicirajo svoja čustva na druge ter se izogibajo družbi, kolikor je le mogoče (Condon in Hazard, 2001).

Lahko celo potlačijo svoja čustva, ker naša kultura pričakuje od moških, da so močni in krepki. Razkritje čustev bi jih prikazalo kot šibke in strahopetne. To pričakovanje družbe je vzrok, da mnogo moških skriva svoja resnična čustva in se pretvarja, da je vse v redu. Še globlje so prizadeti v svoji notranjosti, kar povzroča velike težave v sorodstvenih razmerjih, družini in poklicu. To je splošen vzorec obnašanja postabortivnih očetov.

Ti moški ne občutijo splava kot lahke izkušnje, kar meni kar 72 % do 75 % moških, ki so bili vpleteni v splav in imajo kar nekaj morečih misli o splavu (Shostak, 1979).

Moški imajo naraven instinkt, da preskrbijo in zaščitijo svojo družino. Mnogi moški se tega instinkta zavejo takoj, ko je uresničeno njihovo očetovstvo. Nekateri moški potrebujejo za to malo več časa. Umetni splav pa prepreči, da bi se ta instinkt do konca prebudil. To lahko moške pusti prazne, nemočne, nebogljene, premagane, zmedene in brez smisla. Posledice nastanejo tudi na njihovem telesnem zdravju. Moški v obdobju partnerkine nosečnosti doživlja določene hormonske spremembe, ki so še posebej očitne tik pred rojstvom otroka. Pozneje se hormoni zopet normalizirajo, količina testosterona pa se ne vrne na prejšnjo raven. Z umetnim splavom se naravni cikel hormonskih sprememb nasilno prekine. Mnogo ljudi razume dejstvo, da lahko ženske trpijo zaradi travmatičnih čustev, bodisi nemudoma po umetnem splavu ali pozneje v življenju. Le malo ljudi pa bo priznalo, da lahko tudi moški trpijo za podobnimi simptomi (Condon in Hazard, 2001).

Condon in Hazard (2001) ugotavljata, da med najpogostejše simptome, ki jih zasledimo pri postabortivnih moških, sodijo:

- čezmerna jeza
- bojazen
- panični napadi
- nihajoča razpoloženja
- nizko samospoštovanje
- nebogljenost
- zaskrbljenost
- žalost
- depresija
- zmedenost
- krivda
- strah pred neuspehom.

Pri postabortivnih moških je zaslediti naslednje vrste obnašanj (Condon in Hazard, 2001):

- znižana koncentracija
- promiskuiteta
- impotenca
- nezaupljivost
- nespečnost
- nočne more
- osamljenost
- izmikanje
- zloraba substanc
- samomorilne misli
- nasilje.

Razprava

Umetni splav je izveden na podlagi svobodne in zavestne odločitve matere, pri čemer korist matere prevlada nad koristjo otroka. S tem pa je kršen eden od najmočnejših naravnih instinktov: materina zaščita lastnega otroka. Dejanje, kjer materina korist prevlada nad otrokovo, je tudi nasprotje dobrega starševstva in pojmovanja ljubezni, ki v dobro drugega žrtvuje samo sebe, zlasti v delih sveta, ki so pod vplivom krščanstva. Ko ženske pridejo do spoznanja, da so ravnale proti svojemu naravnemu instinktu, ko začutijo, da so ubile svojega nerojenega otroka, namesto da bi ga zavarovale, pride na površje občutek krivde. Breme krivde je nepopustljivo in nedovzetno za kakršnakoli opravičila in izgovore: ženska vedno znova pride do tega, da je samo ona odgovorna za storjen umetni splav (Reisser in Reisser, 2000).

Izsledki raziskav – ki ugotavljajo, da lahko nekatere ženske zaradi storjenega umetnega splava zapadejo v pravo depresijo (Mann in Reardon, 2002), iščejo rešitev bolečine v alkoholu in drogi, lahko zbolijo za anoreksijo, bulimijo, preobjedanjem, postanejo nagnjene k samomoru (Hooks, 2003), imajo težave s spolno disfunkcijo (Speckhard, 1987), ki lahko privede do odklonilnega odnosa do partnerja ali do moških nasploh ter do pojava promiskuitetnega življenjskega stila – postavljajo pod vprašaj koristnost splava za žensko in družbo: umetni splav s kratkoročno rešitvijo neželene nosečnosti lahko povzroči še več dolgoročnih psihično-socialnih problemov, ki so za žensko še veliko bolj neželeni pa tudi težje rešljivi.

V primeru odločitve za porod je lahko mati izpostavljena velikim socialnim pritiskom, težkim materialnim okoliščinam ipd., vendar lahko prirojen in privzgojen materinski čut premaga na videz še tako nemogoče prepreke in žrtvuje lastno korist v dobro otroka: mati se bo na koncu zaradi tega počutila srečna; v nasprotnem primeru, po opravljenem umetnem splavu, pa se mora ženska ukvarjati sama s sabo, reševati sebe zaradi neznosnega občutka nepopravljive krivice do nerojenega otroka. Če ženska ob tem doživlja še občutke lastne nevrednosti in sovraštva do sebe, kar se po nekaterih raziskavah zgodi v več kot 75 % primerov (Burke in Reardon, 2002), je situacija težko rešljiva: kako poiskati pomoč zase in delati na sebi, če oseba samo sebe smatra za nevredno?

Umetni splav pa pušča tudi fizične posledice, kot so povečano tveganje za prezgodnji porod, nizko porodno težo, spontane splave, izvenmaternično nosečnost, rak na dojki, jajčnikih,

materničnem vratu idr. (Hartshorn, 1999; Daling, 1994; La Vecchia et al., 1993; Albrektsen et al., 1995; Kvale in Heuch, 1991).

Ženske lahko v zavestnem iskanju nadomestne nosečnosti zapadejo celo v začaran krog nosečnosti – umetnih splavov: Reardon (1997) navaja, da je kar 45 % vseh umetnih splavov ponovitvenih splavov. Pride namreč do konfliktne želje po otroku in nosečnosti (Reardon, 1997). Ženske torej kljub temu, da zaradi prvega oz. prejšnjih umetnih splavov doživijo veliko duševno stisko, trpljenje, socialne in zdravstvene težave, ponovno naredijo umetni splav in si s tem le še povečajo psihične težave, kar zopet kaže na kompleksnost posledic in škodljivost umetnega splava za posameznika in posledično tudi za družbo.

Vpliv umetnega splava na odnose je posledica, ki močno zaznamuje socialno zdravje žensk. Upade zdrava komunikacija med partnerjema in pogosto pride tudi do razpada zvez (Coleman et al., 2002b), celo med pari, ki so imeli prej stabilen odnos (Barnett et al., 1992). Burke in Reardon (2002) navajata, da odnos med partnerjema otežuje tudi dejstvo, da ženske, ki so splavile včasih prikrijejo resnico svojemu partnerju iz strahu, da bi bile zavrnjene ali obsojene, kar poveča odtujenost med njima. Spremenijo lahko tudi odnos do lastnih otrok, tako da zaidejo v dve skrajnosti. Prva je, da so do njih pretirano zaščitniške in igrajo vlogo »popolne« matere, da bi se na nek način oddolžile za storjen umetni splav. Druga skrajnost pa se kaže v zlorabljanju otrok in celo pretepanju (Burke in Reardon, 2002). To vsekakor pušča posledice na otrocih, pri katerih se poveča tveganje za vedenjske težave, za okrepljeno napadalnost, okrepljeno bojazen, da bo prišlo do ločitve med staršema, beg od doma, nenadne izbruhe strahu in sovraštva do matere ipd. (Coleman et al., 2002b).

Burke in Reardon (2002) ugotavljata, da ženske lahko postanejo črnogledne in odklonilne do življenja na splošno; ne samo do lastne družine, pač pa tudi do ljudi, npr. svojih staršev, zdravnika in situacij, kot je rutinski ginekološki pregled, ki jih spominjajo na storjen umetni splav (Crawford in Mannion, 1985).

Umetni splav je nevaren za posameznika in družbo tudi zato, ker ne pušča posledic samo na ženskah, temveč tudi na moških. Tako kot imajo ženske naraven instinkt, da težijo k temu, da postanejo matere, imajo moški naraven instinkt, da preskrbijo in zaščitijo svojo družino. Z umetnim splavom pa se ta naravni zakon poruši in moški se počutijo prazne, nemočne in brez

smisla. Kot ugotavljata ameriška avtorja Condon in Hazard (2001), moški prav tako občutijo in doživljajo zelo podobne simptome oz. posledice kot ženske, ki so splavile. Ista avtorja navajata, da vse moške, ki so se soočili z dolgoročnimi posledicami umetnega splava, povezuje grozovit občutek izgube. Moški namreč nosečnosti partnerke ne doživljajo le na psihični, temveč tudi na fizični ravni: tudi moški v obdobju nosečnosti doživlja določene hormonske spremembe, ki so še posebej očitne tik pred rojstvom otroka. Pozneje se hormoni zopet normalizirajo, znano pa je, da se količina testosterona ne vrne na prejšnjo raven. Z umetno prekinitvijo nosečnosti pa se naravni cikel hormonskih sprememb nasilno prekine; iluzorno bi bilo pričakovati, da to ne bo pustilo nobenih posledic na kasnejše življenje moškega. Toda podobno velja tudi za spontani splav, smrt otroka po rojstvu ipd.; razlika pa je vendarle bistvena: umetni splav je, kot je znano, izveden na podlagi svobodne in zavestne odločitve matere, kar pa se ne zgodi pri spontanem splavu.

Poseben in žal še precej neraziskan problem predstavlja tudi izključenost moškega iz odločitve o umetnem splavu; pretirana feminizacija in emancipacija sta družbo pripeljala do te mere, da v imenu enakopravnosti spolov odločitev prepusti le eni osebi; delno je to razumljivo, saj so bili, predvsem v preteklosti, pogostokrat moški tisti, ki so pritiskali na partnerko in jo izsiljevali, naj splavi, čeprav tega ni želela. Toda človeško življenje ne more nastati samo iz ene osebe, ampak iz dveh; in če le ne gre za posilstvo ali duševno neprištevnost, ne nastane iz volje ene osebe, ampak iz volje obeh. Tudi o vzgoji otroka (če starša živita skupaj) ne odloča samo mati ali samo oče, ampak oba starša. Izločitev moških in reduciranje umetnega splava na zgolj »žensko stvar«, ki se tiče samo nje in njenega zdravnika, zato ne more biti temelj enakopravnosti spolov (prav tako kot tudi ne patriarhalno odločanje moških o usodi cele družine in otrok), ampak prej temelj rušenja koncepta družine, očetovstva in starševstva, na katerem temelji naša civilizacija, v končni fazi pa bo to privedlo še do popolne neenakopravnosti spolov. Otrok ni in ne more biti zgolj privesek ženske, ki se ga po potrebi lahko obravnava kot neke vrste nadležno bolezen, malodane »tumor«, ki ga je treba čim prej odstraniti.

Sklep

Posledice umetnega splava pri ženskah se odražajo na duševni, fizični in socialni ravni. Prizadenejo tudi moške, katerih partnerke so splavile, in posredno tudi celotno družino in širšo družbo. Medicinska stroka se mora na podlagi najnovejših raziskav o psiho-fizičnih in socialnih posledicah umetnega splava v celoti, in ne le delno zavesti, da umetni splav nikakor ni rutinski postopek, ki ne pušča nobenih resnejših posledic. V Sloveniji bo potrebno zagotoviti večjo promocijo rojstev, naklonjenost države družinam z več otroki in intenzivnejše raziskovanje problematike umetnega splava, zlasti psihičnih posledic.

V Sloveniji bo potrebno zagotoviti tudi institucionalizirano obliko pomoči – center za podporo, svetovanje in izobraževanje žensk in moških, ki so se znašli v življenjski stiski in razmišljajo o odločitvi za umetni splav. Pomoč bi bila namenjena tudi tistim ljudem, ki trpijo za psiho-fizičnimi in socialnimi posledicami umetnega splava. V predlagani instituciji, samostojni ali pa v okviru Inštituta za varovanje zdravja oz. zdravstvenega doma na primarni ravni, bi sodelovali strokovnjaki iz različnih področij: psihoterapevti, socialni delavci, ginekologi in medicinske sestre. Prav tako bi bilo dobro, če bi tudi moški imeli z zakonom urejeno pravico o soodločitvi za umetni splav.

Literatura

Albrektsen G, Heuch I, Tretli S, Kvale G (1995). Is the risk of cancer of the corpus uteri reduced by a recent pregnancy? A prospective study of 765,756 norwegian women. *Int J Cancer* 61 (4): 485-90.

Barnett W et al. (1992). Partnership after induced abortion: a prospective controlled study. *Arch Sex Behav* 21 (5): 443-55.

Beall DG, Pharm D (2002). Sex, condoms and STDs: What we now know. Austin: The Medical institute for sexual health.

Blumberg BD, Golbus MS (1975). Psychological sequelae of elective abortion. *West J Med* 123: 188-93.

Brind J, Chinchilli VM, Severs WB, Summy-Long J (1996). Induced abortion as an independent risk factor for breast cancer: a comprehensive review and meta-analysis. *J Epidemiol Community Health* 5: 481-96.

Burke T, Reardon DC (2002). *Forbidden grief: the unspoken pain of abortion*. Springfield: Acorn Books.

Coleman P et al. (2002a). State-funded abortions vs. deliveries: a comparison of outpatient mental health claims over 4 years. *Am J Orthopsychiatry* 72 (1): 141-52.

Coleman PK (2005). Induced abortion and increased risk of substance abuse: a review of the evidence. *Curr Wom Health Rev* 1: 21-34.

Coleman PK, Reardon DC, Cogle J (2002b). The quality of the caregiving environment and child developmental outcomes associated with maternal history of abortion using the NLSY data. *J Child Psychol Psychiatry* 43 (6): 743-57.

Coleman PK, Reardon DC, Rue VM, Cogle JR (2002c). History of induced abortion in relation to substance use during pregnancies carried to term. *Am J Obstet Gynecol.* 187 (6): 1673-8.

Condon G, Hazard D (2001). *Fatherhood aborted: the profound effects of abortion on men*. Carol Stream: Tyndale House Publishers.

Crawford D, Mannion MT (1985). *Psycho-spiritual healing after an abortion*. Kansas City: Sheed & Ward.

Cummins SK, Nelson KB, Grether JK, Velie EM (1993). Cerebral palsy in four northern California counties, births 1983 through 1985. *J Pediatr* 123 (2): 230-7.

Daling JR (1994). Risk of breast cancer among young women: relationship to induced abortion. *J Natl Canc Inst* 86 (21): 1584-92.

Drews CD et al. (1996). The relationship between idiopathic mental retardation and maternal smoking during pregnancy. *Pediatrics* 97 (4): 547-53.

Dyer C (2002). Woman sues for not being warned about psychological effects of abortion. <http://www.bmj.com/cgi/reprint/324/7352/1477/a> <21.1. 2009>

Elliott Institute (1994). Psychological reactions reported after abortion. *The Post-Abortion Review* 2 (3): 4-8.

Fielding JF (1987). Smoking and women: tragedy of the Majority. *New Eng J Med* 317 (21): 1343-5.

Fischer S (1986). Reflection on repeated abortions: The meanings and motivations. *J Soc Work Pract* 2 (2): 70-87.

Gissler M, Hemminki E, Lonnqvist J (1996). Suicides after pregnancy in Finland, 1987-94: register linkage study. *Br J Med* 313 (7): 1431-4.

Gmel G, Rehm J, Kuntsche EN (2003). Binge drinking in Europe: definitions, epidemiology, trends, and consequences. *Sucht* 49 (2): 105-15.

Hartshorn P (1999). *Alternatives and answers to abortion: the salt and light solution*. Fort Lauderdale: Coral Ridge Ministries.

- Hooks K (2003). Results of a thirty year experiment on women. <http://www.cwfa.org/printerfriendly.asp?id=4321&department=bli&categoryid> <21.1.2009>
- Houston H, Jacobson L (1996). Overdose and termination of pregnancy: an important association? Br J Gen Pract 46: 737-38.
- Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije (2007). Informacijski sistem spremljanja fetalnih smrti v Sloveniji 2007. http://www.ivz.si/javne_datoteke/datoteke/100-fetalne_2007.pdf < 22.1. 2009>
- Jaudes PK, Ekwo E, Van Voorhis J (1995). Association of drug abuse and child abuse. Elsevier 19 (9): 1065-75.
- Joyce T (1988). The social and economic correlates of pregnancy resolution among adolescents in New York by race and ethnicity: a multivariate analysis. J Publ Health 78 (6): 626-31.
- Kenneth EK (2002). Studies show legal abortion causes handicapped and dead children from following pregnancies. www.geocities.com/kekogut/abortion/Ftlhurt2.pdf <21.1.2009>
- Klinger A (1970). Consequences of the legalization of induced abortion in eastern Europe. Therapeutische Umschau 27 (10): 681-92.
- Kvale G, Heuch I (1991). Is the incidence of colorectal cancer related to reproduction? A prospective study of 63,000 women. Int J Canc 47 (3): 390-95.
- La Vecchia C, Negri E, Franceschi S, Parazzini F (1993). Long-term impact of reproductive factors on cancer risk. Int J Canc 21 (2): 215-19.
- Lauman EO et al. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. J Am Med Assoc 281 (6): 542.
- Lee E (2004). The care of women requesting induced abortion: Information for women. Clin Obstet Gynecol 7: 104.

Life Research Institute (2006). Studies show legal abortion causes handicapped and dead children from following pregnancies.

www.geocities.com/kekogut/abortion/Ftlhurt2.pdf <22.1.2009 >

Mann N, Reardon DC (2002). Aborted woman: Silent no more. Springfield: Acorn Books.

Meirik N (1984). Outcome of first delivery after 2 nd trimester two-stage induced abortion: a controlled historical cohort study. Acta Obstet Gynecol Scand 63 (3): 45-50.

Obel EB (1979). Pregnancy complications following legally induced abortion: an analysis of the population with special reference to prematurity. Danish Medical Bulletin 26: 192-99.

Reardon DC (1997). A list of major psychological sequelae of abortion. <http://www.afterabortion.info/psychol.html> <21.1.2009>

Reisser P, Reisser T (2000). A solitary sorrow: finding healing & wholeness after abortion. Colorado Springs: Shaw Books.

Ring-Cassidy E, Gentles I (2003). Women's Health after abortion: The medical and psychological evidence. Toronto: de Veber Institute.

Rooney B, Calhoun BC (2003). Induced abortion and risk of later premature births. J Am Phys Surg 8 (2): 46-9.

Rue VM (1981). Abortion and family relations (testimony before the subcommittee on the constitution of the US Senate Judiciary Committee). In: U.S. Senate, 97th Congress, Washington.

Rue VM (1994). Post abortion trauma: controversy, diagnosis & defense. Lewisville: Life Dynamics.

Sable MR, Silkinson SD (2000). Impact of perceived stress, major life events and pregnancy attitudes on low birth weight. Int Fam Plann Perspect 32 (6): 288-94.

Saltenberger A (1982). Every woman has a right to know the dangers of legal abortion. Glassboro: Air-Plus Enterprises.

Sherman D et al. (1985). The abortion experience in private practice. New York: Praeger publishers.

Shostak A (1979). Abortion as fatherhood lost: problems and reforms. Family Coordinator 28 (4): 569-74.

Speckhard A (1987). Psycho-social aspects of stress following abortion. Lanham: Sheed & Ward.

Strahan T (1996). Induced abortion as a contributing factor in maternal mortality or pregnancy-related death in women association for interdisciplinary research in values and social change. Research Bulletin 10 (3): 4-6.

Wardle LD, Wood MA (1982). A lawyer looks at abortion. Provo: Utah.

Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok (ZZUUP) (1977). Ur list SRS 11 (550): 570.