UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea in Infermieristica

L'INFERMIERE E L'EDUCAZIONE DELLA DONNA POST IVG.

REVISIONE DELLA LETTERATURA

Relatore: Prof.ssa a.c. Moschetta Stefania

Laureanda: Serafin Alessia

Matricola n.: 1226788

Anno Accademico 2021-2022

ABSTRACT

Background. L'interruzione volontaria di gravidanza è una procedura medica eseguita entro le 12 settimane di gestazione per interrompere una gravidanza indesiderata; può essere di due tipologie: farmacologica (entro le 9 settimane) e chirurgica (entro la 12esima settimana). L'IVG dal 1978 è normata dalla legge 194, che assicura l'assistenza sanitaria per le donne che decidono di eseguire un'interruzione di una gravidanza entro i primi novanta giorni in qualsiasi circostanza. Tale legge introduce anche la possibilità da parte degli operatori sanitari di non partecipare alla pratica qualora non lo ritenessero conforme alla loro coscienza.

Materiali e metodi. Il presente elaborato nasce con lo scopo di evincere dalla letteratura le strategie educative più efficaci che l'infermiere può attuare nel periodo post IVG per promuovere la salute sessuale della donna e prevenire nuove interruzioni volontarie di gravidanza.

La ricerca è stata condotta consultando la banca dati PubMed, da cui sono stati reperiti 34 articoli. L'analisi e la selezione degli studi sono state sviluppate tramite il metodo PRISMA, alla fine sono stati inclusi 9 articoli nella stesura dell'elaborato

Risultati e discussione. I risultati evidenziano l'importanza di un adeguato programma di interventi educativi da effettuare con le donne che hanno eseguito un IVG, tra questi la letteratura indica per le caratteristiche di efficacia l'educazione sessuale e riproduttiva, la consulenza contraccettiva e la pianificazione familiare.

Questi interventi possono essere messi in atto dagli infermieri, al fine di prevenire l'instaurarsi di una nuova gravidanza indesiderata, indipendentemente dalla loro posizione rispetto all'obiezione di coscienza. Essi però devono essere correttamente formati su tutte le fasi del processo al fine di fornire la miglior assistenza possibile a questa tipologia di pazienti.

Conclusioni. Dagli articoli selezionati per questa revisione di letteratura si evince che l'IVG risulta essere un argomento ancora poco trattato, a causa di uno stigma generale diffuso; stigma che impedisce alle donne un accesso veloce e sicuro ai servizi. Dalla letteratura è inoltre emersa la necessità di ampliare i programmi di educazione rivolti alle donne che hanno eseguito un'IVG. Sarebbe quindi auspicabile che, nel prossimo futuro, l'aborto diventi un diritto di tutte le donne, tutelato anche a

livello organizzativo e che si implementino i programmi educativi utili a responsabilizzare ed educare sull'argomento, programmi che coprano le fasce d'età a partire dalla preadolescenza all'età adulta e rivolte ad un'assunzione di consapevolezza sia femminile che maschile.

Parole chiave: aborto o aborto indotto, assistenza infermieristica, stigma, interventi educativi post aborto o interventi educativi, obiezione di coscienza
Keywords: *abortion o abortion induced, nursing, stigma, educational intervention post abortion o educational intervention, conscentious objection*

INDICE

INTRODUZIONE pag. 1

CAPITOLO 1: BACKGROUND O QUADRO TEORICO pag. 2

1.1 L'interruzione volontaria di gravidanza e la legge 194/78 pag. 2

1.1.1 Diffusione nel mondo del diritto all'IVG legale pag. 6

1.1.2 La questione americana pag. 7

1.2 L'obiezione di coscienza e lo stigma associato pag. 9

1.3 Il ruolo dell'infermiere pag. 13

CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI pag. 15

CAPITOLO 3: RISULTATI E DISCUSSIONE pag. 17

3.1 Risultati della ricerca pag. 17

3.2 Discussione pag. 21

3.3 Limiti dello studio pag. 22

CAPITOLO 4: CONCLUSIONI pag. 24

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA pag. 26

ALLEGATO I: Tabella rappresentativa dell'obiezione di coscienza sull'IVG per categoria professionale in Italia nel 2020

ALLEGATO II: Tabella stringa di ricerca

ALLEGATO III: Diagramma degli studi selezionati secondo il metodo PRISMA

ALLEGATO IV: Tabella di descrizione degli studi inclusi nella revisione della letteratura

INTRODUZIONE

"Mettere al mondo un figlio ha un senso solo se questo figlio è voluto, coscientemente e liberamente dai due genitori. Se no è un atto animalesco e criminoso. Un essere umano diventa tale non per il casuale verificarsi di certe condizioni biologiche, ma per un atto di volontà e d'amore da parte degli altri. (...)"

Con questa frase Italo Calvino, nel 1975, apre la lettera indirizzata a Claudio Magris in risposta a quella del collega in cui egli si scagliava contro la depenalizzazione dell'aborto, a quei tempi ancora considerato un diritto contro l'integrità e la sanità della stirpe.

Tre anni dopo questa lettera veniva introdotta una legge nominata "*Norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza"* che garantiva l'interruzione volontaria di gravidanza a tutte le donne entro le 12 settimane di gestazione; fino a quel momento l'aborto era considerato un vero e proprio reato ed era proibito a chiunque divulgare informazioni utili alla conoscenza sull'uso dei contraccettivi.

Dal 1978 ad oggi ci sono stati degli sviluppi, infatti l'interruzione volontaria di gravidanza non è più considerata un reato, i sanitari che la eseguono non sono più perseguibili dalla legge e le donne hanno acquisito maggior libertà di scelta e di dignità; ciò nonostante 44 anni dopo l'emanazione di una legge che avrebbe dovuto proteggere e garantire la libertà e la privacy delle donne è ancora troppo diffusa la convinzione che l'aborto sia una pratica innaturale e che le donne che lo eseguano non siano degne di considerarsi tali.

Si è voluto approfondire l'argomento in questione per un interesse personale che si coltiva da molto tempo, interesse aumentato dopo aver eseguito un tirocinio formativo nell'unità operativa di ginecologia ed ostetricia e aver potuto constatare il pregiudizio e lo stigma che esiste tutt'ora riguardo tale pratica; motivo per il quale si è deciso di intraprendere un elaborato che evidenziasse i vari aspetti che costituiscono la pratica dell'interruzione di gravidanza, soffermandosi in particolar modo sui programmi di educazione, che si è notato essere poco sviluppati ed approfonditi dal personale sanitario verso le donne che hanno eseguito un'IVG.

CAPITOLO 1. BACKGROUND O QUADRO TEORICO DI RIFERIMENTO

1.1 L'interruzione volontaria di gravidanza e la legge 194/78

Il Ministero della Salute definisce l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) come "*procedura medica, distinta in più fasi, che si basa sull'assunzione di almeno due principi attivi diversi, il mifepristone (meglio conosciuto col nome di RU486) e una prostaglandina, a distanza di 48 ore l'uno dall'altro.*" L'interruzione volontaria di gravidanza prevede la somministrazione di uno steroide sintetico, che va ad agire sul progesterone inibendo la prosecuzione fisiologica della gravidanza e causa la morte dell'embrione; successivamente è necessaria l'assunzione di un altro farmaco, della categoria delle prostaglandine, che causa la contrazione dell'utero per l'espulsione del feto. [1]

Il 12 agosto 2020 il Ministero della Salute ha aggiornato le Linee guida sull' interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e Misoprostolo.
L'interruzione volontaria di gravidanza farmacologica è possibile:

- entro le 9 settimane gestazionali compiute
- presso strutture ambulatoriali pubbliche adeguatamente attrezzate, funzionalmente collegate all'ospedale ed autorizzate dalla Regione, nonché consultori, oppure day hospital. [1]

L'interruzione volontaria di gravidanza può essere effettuata anche tramite metodo chirurgico tra le 9 e 12 settimane di gestazione, periodo oltre il quale non è più possibile effettuare l'IVG. Questo metodo chiamato isterosuzione viene eseguito in regime di Day Surgery e prevede la dilatazione della cervice, l'introduzione di una cannula e la rimozione dell'embrione tramite aspirazione dalla cavità uterina. [2]

L'interruzione volontaria di gravidanza è normata dalla legge 194/78, "*Norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza*" Tra i suoi articoli mettiamo in evidenza l'art 1, l'art. 2, l'art 4 e l'art 6 per quanto riguarda la procedura e i tempi dell'IVG.

Art. 1.

" Lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconosce il valore sociale della maternita' e tutela la vita umana dal suo inizio.

L'interruzione volontaria della gravidanza, di cui alla presente legge, non e' mezzo per il controllo delle nascite.

Lo Stato, le regioni e gli enti locali, nell'ambito delle proprie funzioni e competenze, promuovono e sviluppano i servizi socio-sanitari, nonche' altre iniziative necessarie per evitare che l'aborto sia usato ai fini della limitazione delle nascite." [3]

Art. 2.

" I consultori familiari istituiti dalla legge 29 luglio 1975, n. 405, fermo restando quanto stabilito dalla stessa legge, assistono la donna in stato di gravidanza:

a) informandola sui diritti a lei spettanti in base alla legislazione statale e regionale, e sui servizi sociali, sanitari e assistenziali concretamente offerti dalle strutture operanti nel territorio;

b) informandola sulle modalita' idonee a ottenere il rispetto delle norme della legislazione sul lavoro a tutela della gestante;

c) attuando direttamente o proponendo all'ente locale competente o alle strutture sociali operanti nel territorio speciali interventi, quando la gravidanza o la maternita' creino problemi per risolvere i quali risultino inadeguati i normali interventi di cui alla lettera a);

d) contribuendo a far superare le cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione della gravidanza.

I consultori sulla base di appositi regolamenti o convenzioni possono avvalersi, per i fini previsti dalla legge, della collaborazione volontaria di idonee formazioni sociali di base e di associazioni del volontariato, che possono anche aiutare la maternita' difficile dopo la nascita.

La somministrazione su prescrizione medica, nelle strutture sanitarie e nei consultori, dei mezzi necessari per conseguire le finalita' liberamente scelte in ordine alla procreazione responsabile e' consentita anche ai minori." [3]

Art. 4.

"Per l'interruzione volontaria della gravidanza entro i primi novanta giorni, la donna che accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternita' comporterebbero un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di salute, o alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, o alle circostanze in cui e' avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito, si rivolge ad un consultorio pubblico istituito ai sensi dell'articolo 2, lettera a), della legge 29 luglio 1975, n. 405, o a una struttura sociosanitaria a cio' abilitata dalla regione, o a un medico di sua fiducia." [3]

Art. 6.

"L'interruzione volontaria della gravidanza, dopo i primi novanta giorni, puo' essere praticata:

a) quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna;

b) quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna." [3]

Dalla relazione del Ministero della Salute sull'attuazione della legge è emerso come nel 2020 siano state eseguite 66.413 IVG, confermando l'andamento in progressiva diminuzione (-9,3% rispetto al 2019) registrato a partire dal 1983, anno in cui si è riscontrato il valore più alto in Italia (234.801 casi).
Il tasso di abortività (Numero di IVG per 1.000 donne di età 15-49 anni residenti in Italia) è risultato pari a 5,4 per 1.000 nel 2020 (-6,7% rispetto al 2019).
Il rapporto di abortività (Numero di IVG per 1.000 nati vivi) è risultato pari a 165,9 per 1.000 nel 2020 (corrispondente a 16,6 per 100 nati vivi) con una riduzione del 4,9% rispetto al 2019 (quando era pari a 174,5 IVG per 1.000 nati vivi)

Nel 2020 il numero di IVG è diminuito in tutte le aree dell'Italia, in modo particolare nel sud Italia e nelle isole. Rispetto al 2019, le Regioni in cui si è osservata una

maggiore riduzione nel numero assoluto di IVG sono Valle d'Aosta, Basilicata, Sicilia, Puglia, Lombardia e Sardegna. [4]

Secondo il Ministero della salute le caratteristiche delle donne che fanno ricorso a IVG sono:

- **IVG per classe di età**: nel 2020 il tasso di abortività è diminuito in particolare tra le giovanissime. Il numero maggiore di IVG si registra nella classe di età compresa tra i 25 e 34 anni
- **IVG fra le minorenni**: Per il 2020 il tasso è risultato essere pari a 1,9 per 1.000 donne, valore inferiore a quello del 2019 (2,3 per 1.000 donne)
- **IVG per stato civile**: Le donne italiane che hanno eseguito più IVG sono nubili (63,1%); mentre le donne straniere sono 49,1% coniugate e 45,4% nubili.
- **IVG per titolo di studio**: La maggioranza delle donne che hanno eseguito IVG nel 2020 hanno la licenza media superiore (49,3%); mentre le straniere hanno in maggioranza la licenza media (43,0%).
- **IVG per stato occupazionale:** Tra le donne italiane che ha eseguito un'IVG nel 2020 il 49,9% risulta occupata, dato in lieve diminuzione rispetto agli anni precedenti
- **Mobilità regionale**: Nel 2020 il 93,5% delle IVG è stato effettuato nella Regione di residenza, di queste l'87,1% è stato effettuato nella Provincia di residenza, valori simili al 2019.
- **IVG di donne straniere**: le IVG nelle donne straniere si sono stabilizzate, nel 2020 rappresentano il 28,5% di tutte le IVG
- **IVG per numero di nati vivi**: Il 45,0% delle donne italiane che ha eseguito una IVG non aveva figli, per le donne straniere la percentuale è inferiore.
- **IVG ripetute**: Le donne che eseguono una seconda IVG sta diminuendo e nel 2020 era il 24, 5%; nelle donne straniere la percentuale rimane maggiore rispetto a quelle italiane. [4]

E' importante considerare che il 2020 è stato l'anno in cui è iniziata la pandemia da COVID 19 che ha coinvolto tutti i servizi e il personale sanitario, compresi quelli impegnati nelle interruzioni volontarie di gravidanza. Il Ministero della Salute, fin

dall'inizio dell'emergenza, nelle Linee guida per la rimodulazione delle attività differibili, ha identificato l'IVG come una prestazione indifferibile in ambito ginecologico.

Risulta inevitabile che ad ogni modo la pandemia abbia avuto delle ripercussioni anche nell''ambito sanitario e per valutarne l'impatto l'Istituto Superiore di Sanità ha realizzato uno studio da cui è emerso che le regioni hanno saputo gestire la situazione al meglio, riorganizzando i servizi in modo da garantire l'esecuzione di tutte le IVG richieste.[4]

1.1.1 Diffusione nel mondo del diritto all'IVG legale

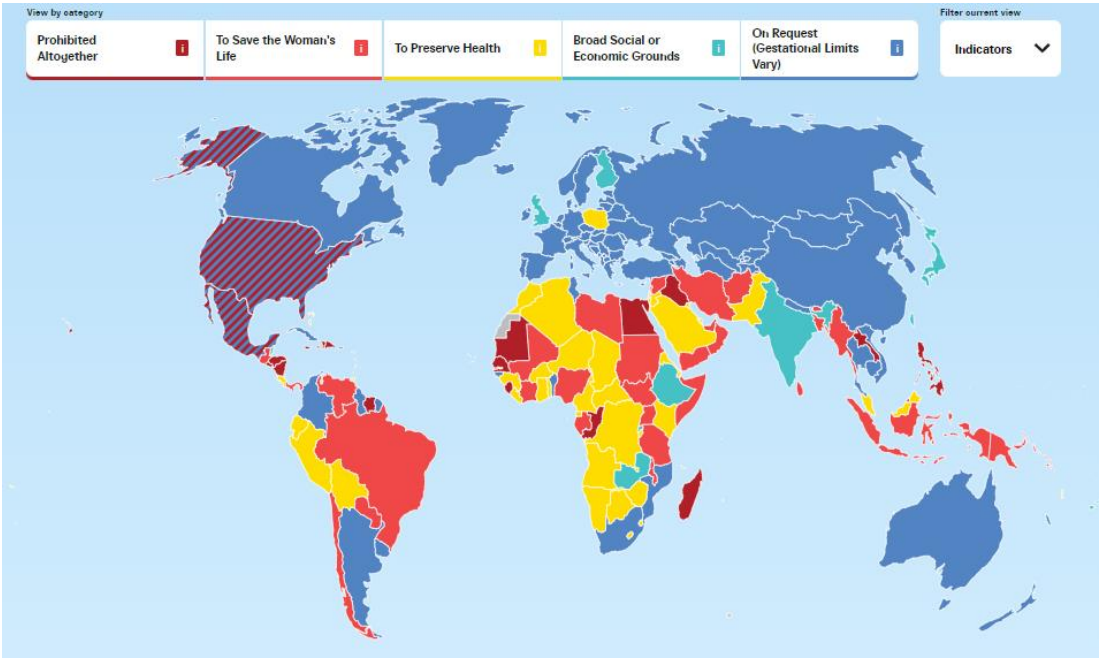


Figura 1. Diffusione del fenomeno legale dell'interruzione volontaria di gravidanza nel mondo. [5]

La World Abortion Laws Map presenta la diffusione dell'aborto legale nei paesi di tutto il mondo. Dal 1998, il Center for Reproductive Rights ha prodotto questa mappa come risorsa per promuovere il diritto all'aborto come diritto umano per donne e ragazze in tutto il mondo.

Negli ultimi anni, ci sono state delle grandi evoluzioni, con quasi 50 paesi che hanno reso legali le loro leggi sull'aborto. Molti dei cambiamenti sono stati trasformativi,

poiché hanno convertito il divieto assoluto in una libertà maggiore che riesca a proteggere la salute sessuale delle donne.[5]

Secondo il Center for Reproductive Rights il 41% delle donne al mondo vive in contesti culturali e legislativi più restrittivi rispetto all'IVG, mentre il restante 59% risiede in paesi in cui la legislazione è più favorevole al diritto all'aborto.
Quasi 700 milioni di ragazze e donne sono toccate dalla grande chiusura e dalle restrizioni che ruotano attorno alla necessità di accedere ed usufruire dei servizi per l'aborto sicuri e legali. Secondo l'OMS, 23.000 donne muoiono ogni anno per aborti non sicuri e altre decine di migliaia hanno gravi complicazioni di salute.
Le restrizioni legali sull'aborto non diminuiscono il numero di aborti, ma costringono le donne a rischiare la vita cercando cure non protette. La soluzione a questo problema non è l'attuazione di leggi più restrittive e la negazione della pratica, ma la realizzazione di programmi di educazione, messi in pratica fin dall'adolescenza affinché le ragazze e le donne possano essere sufficientemente formate sui modi utili a prevenire una gravidanza indesiderata. [5]

1.1.2 La questione Americana

ROE-WADE

Prima del 1973 negli Stati Uniti il diritto all'aborto era disciplinato da ciascun stato con una legge propria, fino a quel momento era vietato in 30 stati, solo 4 lo rendevano legale a qualsiasi condizione. In quell'anno una giovane di nome Norma Leah McCorvey, per tutelare la dignità della quale fu usato lo pseudonimo di Jane Roe, incinta di un uomo violento e alcolista decide di abortire.

Norma viveva in Texas, dove l'aborto non era legale, quindi supportata da due avvocatesse fece causa a Henry Wade, il procuratore distrettuale della contea, sostenendo che la legge del Texas violava il diritto costituzionale delle donne alla privacy. Il 22 gennaio 1973 la legge venne dichiarata incostituzionale e da quel momento gli Stati Uniti si divisero tra pro-choice e pro-life.

Nel giugno 2022 la Corte suprema ha ribaltato la sentenza Roe vs Wade dichiarando che la Costituzione non conferisce il diritto all'aborto. Così facendo, visti i

precedenti 50 anni in cui il diritto costituzionale federale all'aborto era stato protetto e mai discusso, la Corte Suprema ha concesso agli stati totale libertà di scelta per limitare l'aborto o proibirlo del tutto.

Ad oggi, gli Stati Uniti si stanno dividendo in due poli opposti nel considerare l'aborto: da una parte troviamo l'illegalità ad accedere alle cure, dall'altra paesi in cui quest'ultime continuano ad essere facilmente accessibili. Molte persone, che vivono principalmente nel sud e nel Midwest per accedere alle cure si trovano costrette a spostarsi in paesi in cui la legislazione lo permette, il che potrebbe risultare impossibile per una serie di ragioni finanziarie e logistiche.

Negli anni solo quattro paesi sono regrediti sul diritto all'aborto: El Salvador, Nicaragua, Polonia e ora gli Stati Uniti. [5]

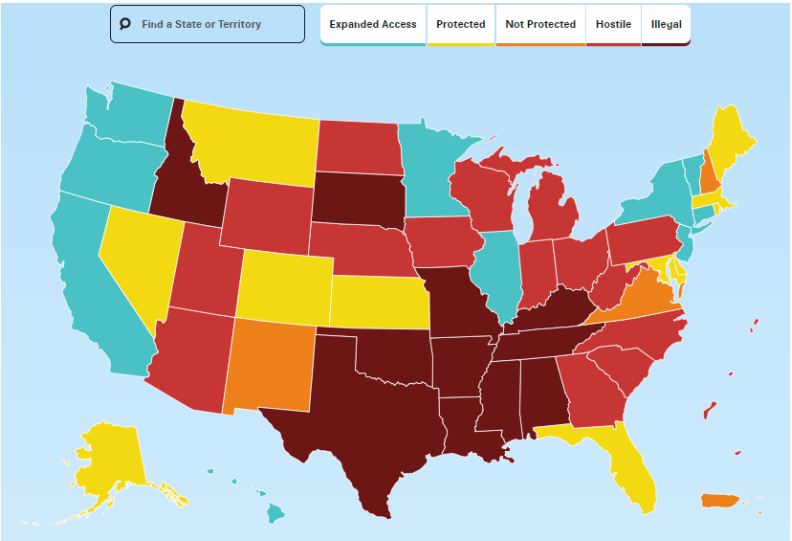


Foto 2. Diffusione del fenomeno legale dell'interruzione di gravidanza negli Stati Uniti dopo il 22 giugno 2022[5]

1.2 L'obiezione di coscienza e lo stigma associato

"Vuoi sapere cosa penso dell'aborto? Penso che non stia a me decidere per qualcun altro. Penso che se una donna decide di interrompere una gravidanza io non posso che aiutarla. (...).
Come si fa ad abortire e sopravvivere? Cerco in lei le risposte a quanto ascolto e leggo sull'aborto come dramma necessario. M. mi sorride e mi dice che di aborto oggi non si muore. E non sta parlando solo del corpo.
Le donne non si pentono? Le chiedo, non sono devastate da un aborto? Insisto, riportando quella cantilena che ho sentito spesso ripetere.
Dipende, mi risponde, le ragioni per cui si interrompe una gravidanza sono molte. Ho incontrato talmente tante donne che non posso risponderti per ognuna di loro. Non ce l'ho una risposta universale. Però non voglio parlare in loro nome, non voglio ridurle a una unica storie di colpa e dolore. Si sceglie di abortire anche perché non si vuole un figlio. O non se ne vuole un altro. Si pensa che l'aborto sia in intrinseca opposizione alla maternità, ma non è così. Alcune donne mi hanno detto che erano convinte che non avrebbero saputo essere buone madri per un altro figlio." Tratto da "A. La verità, vi prego, sull'aborto" di Chiara Lalli

Secondo l'enciclopedia Treccani l'obiezione di coscienza è il "*Rifiuto di sottostare a una norma dell'ordinamento giuridico, ritenuta ingiusta, perché in contrasto inconciliabile con un'altra legge fondamentale della vita umana, così come percepita dalla coscienza, che vieta di tenere il comportamento prescritto."*
L'obiezione sanitaria (l.194/78) "esonera il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza", inclusa la firma del certificato rilasciato alla donna che chiede l'aborto. Tuttavia, *"non può essere invocata quando il loro personale intervento sia indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo"* [6]

La legge 194/78 nell'articolo 9 tratta il diritto dei sanitari a non partecipare alle attività dirette che determinano l'interruzione della gravidanza, ma non esonera gli operatori ad eseguire tutto ciò che riguarda l'assistenza pre e post intervento.

Art. 9.

" Il personale sanitario ed esercente le attivita' ausiliarie non e' tenuto a prendere parte alle procedure di cui agli articoli 5 e 7 ed agli interventi per l'interruzione della gravidanza quando sollevi obiezione di coscienza, con preventiva dichiarazione. La dichiarazione dello obiettore deve essere comunicata al medico provinciale e, nel caso di personale dipendente dell'ospedale o dalla casa di cura, anche al direttore sanitario, entro un mese dall'entrata in vigore della presente legge o dal conseguimento dell'abilitazione o dall'assunzione presso un ente tenuto a fornire prestazioni dirette alla interruzione della gravidanza o dalla stipulazione di una convenzione con enti previdenziali che comporti l'esecuzione di tali prestazioni.

L'obiezione puo' sempre essere revocata o venire proposta anche al di fuori dei termini di cui al precedente comma, ma in tale caso la dichiarazione produce effetto dopo un mese dalla sua presentazione al medico provinciale.

L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attivita' ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attivita' specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, e non dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento.

Gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti in ogni caso ad assicurare l'espletamento delle procedure previste dall'articolo 7 e l'effettuazione degli interventi di interruzione della gravidanza richiesti secondo le modalita' previste dagli articoli 5, 7 e 8. La regione ne controlla e garantisce l'attuazione anche attraverso la mobilita' del personale.

L'obiezione di coscienza non puo' essere invocata dal personale sanitario ed esercente le attivita' ausiliarie quando, data la particolarita' delle circostanze, il loro personale intervento e' indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo.

L'obiezione di coscienza si intende revocata, con effetto immediato, se chi l'ha sollevata prende parte a procedure o a interventi per l'interruzione della gravidanza previsti dalla presente legge, al di fuori dei casi di cui al comma precedente." [3]

L'obiezione di coscienza è un elemento centrale dei diritti umani e in Europa è tutelato dalla "Convenzione europea dei diritti dell'uomo" [8] in particolar modo nell'articolo 9 *"Liberà di pensiero, di coscienza e di religione"* che precisa che ogni persona deve essere libera di pensare e di credere in quello che ritiene più giusto, senza restrizioni se non quelle imposte dalla legge o considerate necessarie alla salute e alla morale pubblica, alla protezione dei diritti e delle libertà altrui.[8] Rimane comunque importante capire l'effetto che ha l'obiezione di coscienza sulla scelte delle donne di ricorrere all'interruzione di gravidanza, non dimenticando di evidenziare in maniere chiara i motivi che spingono gli operatori sanitari a rifiutare di partecipare alla pratica. Va infatti garantita sia la libertà delle donne di decidere di non portare avanti una gravidanza indesiderata, sia il diritto degli operatori di seguire la propria coscienza. [7] Sarebbe importante sviluppare delle strategie per avere una partecipazione etica all'assistenza di queste donne, al fine di non incorrere in conseguenze gravi e garantendo loro un potere di scelta libero e consapevole, senza cercare di indurle in scelte diverse dalla loro volontà.[9]

L'obiezione di coscienza sottopone le donne, oltre al giudizio dei sanitari, anche a difficoltà nell'accedere e nell'usufruire dei servizi per l'aborto, spingendole a ricorrere a metodi non legali, pur di ottenere la fine di una gravidanza indesiderata. [10] [11]

La letteratura evidenzia come gli operatori sanitari obiettori sottopongono le donne che decidono di intraprendere il percorso verso un IVG a uno stigma non indifferente. L'aborto viene visto come un comportamento "profondamente screditante" e le donne che lo eseguono vengono considerate non adeguate con le leggi morali e sociali della maternità e sono sottoposte alla discriminazione e alla vergogna altrui; esse sono considerate "irresponsabili" dal momento che il cercare di evitare una gravidanza rappresenta una loro "responsabilità sessuale" [12] [13]

Lo stigma, da cui le donne vengono travolte non riguarda solo gli operatori sanitari, esso infatti viene attuato in modi e forme diverse: il trovare difficoltà nell'accedere ai servizi, la creazione di leggi atte a "limitare consapevolmente e intenzionalmente diritti e opportunità", il giudizio delle persone vicine, la grande presenza di operatori obiettori di coscienza e l'obbligo di coinvolgere i genitori per le ragazze minorenni

sono tutti esempi di modalità diverse di stigmatizzare le donne. L'unica soluzione per poter sfuggire al giudizio e alla vergogna altrui rimane attualmente mantenere la decisione privata, a causa dell'inaccettabilità culturale della pratica. [12 13 14]

Dalla letteratura inoltre si deduce che le donne dopo aver eseguito un IVG non riescono a comunicare la scelta nemmeno alle persone loro più vicine e neanche a distanza di anni, a causa di ciò si trovano costrette a "soffrire in silenzio", non riuscendo a trovare il giusto supporto di cui ognuna di esse avrebbe bisogna durante un percorso simile.[15]

Nonostante il timore del giudizio le donne hanno apprezzato la presenza di una persona vicina che le capisse, le ascoltasse, esaminasse assieme le opzioni possibili e accettasse la decisione con tranquillità, non smettendo mai di supportarle.[13]

Il Ministero della Salute nella relazione annuale sull'attuazione della legge 194/78 ha inoltre indagato la presenza dell'obiezione di coscienza nelle regioni italiane e l'impatto che essa ha nei servizi deputati alla realizzazione dell'aborto. Nel 2020 la percentuale è elevata tra i ginecologi: 64,6% rispetto al 67,0% dell'anno precedente, tra gli anestesisti è più bassa 44,6% (43,5% nel 2019). Inferiore è quella di altri operatori sanitari pari al 36,2% (37,6% nel 2019). [4] (Allegato I)

1.3 Il ruolo dell'infermiere

In tutto il processo dell'IVG l'infermiere ricopre un ruolo fondamentale nell'assistenza alla donna, prendendosi cura di lei e del momento che sta vivendo, ascoltandola e non abbandonandola, infatti come citato dall'articolo 4 del Codice Deontologico [16] *"Nell'agire professionale l'Infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di relazione è tempo di cura."*

Il Codice Deontologico è un documento costituito da norme a cui ogni professionista deve attenersi per esercitare la propria professione. Il Codice Deontologico dell'infermiere fissa le norme dell'agire professionale e definisce i principi che guidano il sistema etico in cui si deve svolgere la relazione con l'assistito. [16]

Nell'ottica del Codice Deontologico[16] mettiamo in luce alcuni articoli, tra cui l'articolo 2 ("*Azione"*), l'articolo 3 (*"Rispetto e non discriminazione"*), l'articolo 6 (*"Libertà di coscienza"*) e l'articolo 17 (*"Rapporto con la persona assistita nel percorso di cura"*), che evidenziano la radice dell'assistenza infermieristica di agire per il bene della persona, rispettando la sua dignità e la sua libertà, senza alcuna distinzione di genere, sesso, condizione economica, sociale, etnica o religiosa. Qualora egli assistesse la persona in una procedura in contrasto con i suoi valori è tenuto a garantire la continuità delle cure, avvalendosi però della clausola di coscienza; l'infermiere inoltre deve informare, coinvolgere, educare e supportare l'assistito e le persone di riferimento.

Un aspetto fondamentale dell'assistenza in questo contesto è l'educazione della donna che ha eseguito un'IVG, per far sì che essa venga a conoscenza di tutte le strategie da poter mettere in atto per non incorrere in un'altra gravidanza indesiderata che richieda dei trattamenti invasivi. Inoltre l'infermiere deve supportare la paziente anche dal punto di vista psicologico poiché l'esperienza, il trattamento e i giudizi potrebbero rappresentare per la donna un trauma, tanto da poterla indurre a sviluppare la sindrome post-abortiva [17]

Risulta importante che l'infermiere instauri con la paziente un rapporto di fiducia, che la ascolti, che si prenda cura di lei e che diventi per lei un punto di riferimento durante questa esperienza, che potrebbe rappresentare un punto di partenza per una nuova vita o il punto di arrivo di un'altra.

In una relazione terapeutica, l'assenza di giudizio a cui le pazienti sono spesso sottoposte da parte del personale sanitario obiettore e dalle persone a loro care che non condividono la scelta, è di fondamentale importanza.

Chi sceglie di abortire subisce inevitabilmente un giudizio morale negativo, come afferma Chiara Lalli in "A. La verità, vi prego, sull'aborto" poiché nella visione degli anti-abortisti *"Abortire è sempre sbagliato. Il non soffrire poi è inconcepibile"*. [17]

A questo punto ci chiediamo: è possibile che una donna che decide di abortire possa sentirsi sollevata della scelta e non debba scontare per sempre la decisione presa, a causa dell'opinione pubblica? La maggior parte delle donne ha riferito di non essersi mai pentita della decisione presa, l'aborto è stata una salvezza, l'inferno sono stati gli altri. Si può scegliere di abortire liberamente, senza provare conflitti e sensi di colpa. [17]

In questo processo di scelta e di sviluppo di consapevolezza, la figura dell'infermiere assieme ad altri professionisti sanitari è di fondamentale importanza, al fine di supportare e aiutare le donne ad ottenere un'interruzione volontaria di gravidanza meno faticosa e dolorosa possibile.

CAPITOLO 2. MATERIALI E METODI

Da questa prima analisi della letteratura, che ha esplorato l'interruzione volontaria di gravidanza, lo stigma e il ruolo dell'infermiere, ci chiediamo:

- Quali sono le strategie educative che l'infermiere attua nel post IVG per promuovere la salute sessuale della donna e prevenire altre interruzioni volontarie di gravidanza?

La revisione della letteratura è stata condotta utilizzando i tre elementi del PIO (Patient, intervention, outcomes), come descritto qui sotto.

P: donne che hanno eseguito un IVG

I: interventi educativi

O: promozione della salute sessuale della donna

La ricerca è stata realizzata consultando la banca dati internazionale PubMed, mediante scrittura libera, utilizzando delle parole chiave combinate con l'operatore booleano AND.

E' stato selezionato solo "ultimi 10 anni" come criterio di inclusione per la scelta degli articoli da utilizzare nella revisione.

Dopo aver selezionato le parole chiave *"abortion"* o *"abortion induced", "stigma", "nursing", "conscentious objection"* e *"educational intervention"* o *"educational intervention post abortion"* sono state individuate varie stringhe di ricerca. Dopo aver analizzato gli articoli trovati è state selezionate una stringa finale, riassunta nell'allegato II

1. abortion AND nursing AND educational intervention post abortion

la selezione degli studi si è realizzata in 4 fasi, secondo il metodo PRISMA: (Allegato III)

1. identificazione degli studi mediante ricerca in banca dati
2. selezione dei titoli e degli abstract
3. valutazione degli articoli

4. lettura degli articoli inclusi

Sono stati reperiti 34 articoli negli ultimi 10 anni, dopo lettura dei titoli e degli abstract ne sono stati eliminati 25, perché non inerenti all'obiettivo della tesi. Sono quindi stati sottoposti ad analisi 9 articoli.

Gli articoli inseriti nella revisione vengono esaminati in modo dettagliato nell'Allegato IV, che include autore/anno/rivista, tipo di studio, obiettivo, campione, risultati e conclusioni.

CAPITOLO 3. RISULTATI E DISCUSSIONE

3.1 Risultati della ricerca

Nell'elaborato di tesi sono stati inclusi 9 articoli, di cui due studi trasversali, due studi qualitativi, uno studio caso-controllo, un trial clinico. uno studio di coorte prospettico, uno studio randomizzato-controllato e una revisione sistematica

Di questi 9 articoli inclusi nello studio:

- 7 hanno trattato l'educazione all'uso dei contraccettivi post aborto, al fine di non incorrere nuovamente in gravidanze indesiderate
- 2 hanno evidenziato l'importanza di una buona educazione sessuale
- 3 hanno affrontato l'idea della pianificazione familiare

Alcuni articoli hanno trattato più di una strategia di intervento da effettuare con le donne nella fase successiva ad un aborto volontario.

Nel trattamento educativo delle donne che hanno eseguito un'interruzione volontaria di gravidanza possiamo mettere in atto un programma di pianificazione familiare, che non è altro che una progettazione da parte di una coppia di quando e con quali termini creare una famiglia, come affermano Paul et al. nel loro articolo [18].
Essi hanno intervistato 27 operatori sanitari che prestavano assistenza post-aborto al fine di esplorare la loro percezione su tutto ciò che riguardava il processo in relazione alle loro competenze professionali nel campo.
Gli studiosi hanno trattato l'importanza delle cure di emergenza e della consulenza contraccettiva da eseguire nel post IVG affinché una donna possa essere a conoscenza di tutte le strategie possibili per non incorrere in una nuova gravidanza indesiderata. Resta comunque difficile fornire un'adeguata ed efficiente assistenza post-aborto, a causa della poca formazione degli operatori; motivo per il quale si sta diffondendo sempre di più la concezione della condivisione dei compiti tra i sanitari, che prevede un lavoro multidisciplinare, integrando tutte le figure che compongono l'equipe di professionisti al fine di ottenere il miglior risultato possibile.[18]

Abebe et al. [19] nel loro studio caso-controllo hanno intervistato 413 donne nel 2021 per identificare i fattori associati all'aborto e prevenire le conseguenze negative di un'assistenza inadeguata.
Essi hanno evidenziato diversi determinanti associati all'interruzione di gravidanza, tra questi troviamo: la residenza, l'età al primo rapporto sessuale, partner sessuali multipli, il numero di figli e la conoscenza dei contraccettivi. Gli interventi che gli operatori sanitari possono mettere in atto sono legati a questi determinanti, in modo particolare poniamo l'attenzione su una buona educazione sessuale e riproduttiva e su un sufficiente programma di pianificazione familiare, affinché le coppie siano sensibilizzate e aumentino la loro consapevolezza sull'argomento. In questo articolo si mette in luce l'importanza della conoscenza sulla contraccezione, considerando effetti collaterali e benefici. [19]

Gli studiosi Borges et al.[20] hanno seguito 147 donne nei sei mesi successivi all'aborto per capire se l'uso dei contraccettivi era associato all'accesso ai servizi di pianificazione familiare.
Essi trattano la pianificazione familiare, concentrandosi però sulla dualità tra consulenza medica e consulenza contraccettiva. Nel loro studio si è visto come la consulenza medica da sola non porti a nessun cambiamento dal punto di vista contraccettivo, ma siano necessarie entrambe per avere degli esiti positivi.
Le due tipologie di consulenze devono essere effettuate nel primo mese post IVG per ottenere dei buoni risultati, infatti si è visto come una consulenza tardiva rischi di condurre la coppia incontro ad un'ennesima gravidanza indesiderata.[20]

Lo studio qualitativo di Loi et al.[21] si è realizzato attraverso l'intervista a 15 donne tra i 19 e 32 anni che hanno eseguito un'interruzione volontaria di gravidanza e che hanno ricevuto le cure previste post-aborto. L'obiettivo dello studio era l'esplorazione dei processi decisionali che precedono la scelta di non portare a termine la gravidanza.
Lo studio inoltre approfondiva le ragioni legate ad un aborto, tra queste sono state messe in evidenza: questioni economiche, pressioni sociali, disaccordi con il partner e assenza di scelte alternative. L'aborto rappresenta quindi una soluzione per il progetto di vita di queste donne, permettendo loro di continuare a lavorare, di

prendersi cura degli altri figli e di non rovinare il rapporto con il partner e con i familiari.
Durante le interviste è emerso come tra i problemi precedenti all'IVG ci fossero il fallimento contraccettivo e un inadeguato processo decisionale. Le soluzioni che l studio propone sono rispettivamente la consulenza contraccettiva e la pianificazione familiare [21]

Nella loro revisione sistematica Rogers et al.[22] affrontano l'insufficiente istruzione sulla salute sessuale e riproduttiva e la mancanza completa di informazioni e di formazione riguardo ai vari metodi contraccettivi e al loro utilizzo, che seguono alla mancanza di un'adeguata offerta educativa alle donne che hanno eseguito un'IVG. Gli studiosi fanno notare come una consulenza contraccettiva efficace porti le donne ad un aumento nell'uso dei contraccettivi. Nell'assistenza post-aborto risultano importanti il counselling e la sensibilità culturale affinché le donne siano adeguatamente supportate. [22]

Keogh et al.[23] nel loro studio, comprendente le donne tra i 15 e i 49 anni, trattano il problema di una carente formazione sui vari aspetti che contraddistinguono l'aborto e la contraccezione. Indicano come estremamente utile una campagna di informazione pubblica, che possa prevenire l'insorgenza di gravidanze indesiderate, e lo sviluppo di una consulenza contraccettiva al fine di discutere gli effetti collaterali, i rischi per la salute e i metodi alternativi.
In linea generale questo studio porta in evidenza che l'uso di metodi contraccettivi a breve azione, come il preservativo e la pillola, determina un maggior numero di gravidanze indesiderate rispetto ai metodi ad azione prolungata, come l'impianto sottocutaneo.[23]

Lo studio trasversale di Tang et al.[24] ha voluto valutare l'opinione degli operatori sanitari sulla presenza della pianificazione familiare nella fase dell'assistenza post-aborto e i fattori che la influenzano.
Gli studiosi evidenziano l'importanza di un'adeguata formazione sui temi della responsabilità familiare e di una buona pianificazione familiare per portare a dei benefici dal punto di vista sessuale e riproduttivo. Sono emersi 4 fattori che

influenzano la consulenza post-aborto che riguardano le donne o i fornitori dei servizi, tra cui:

1. Regione: gli abitanti delle zone urbane sono più informati di quelli delle zone rurali
2. Livello di istruzione: fornitori più istruiti comprendono meglio il grado di importanza e di necessità per le donne di avere un adeguato metodo contraccettivo
3. Conoscenza: maggiore era il grado di conoscenza dei fornitori di tutto ciò che riguarda i servizi per l'aborto, maggiore erano le consulenze contraccettive che venivano eseguite
4. Età: i fornitori tra i 31e i 50 anni forniscono una miglior consulenza [24]

Gli studiosi Luo et al [25] nel loro studio trasversale confrontano i profili delle donne al primo aborto con quelli delle donne che hanno eseguito già altre IVG al fine di capire meglio quali sono le strategie di intervento da adottare nella fase di assistenza post-aborto per far si che le donne non incorrano in ulteriori gravidanze indesiderate. Essi trattano ampiamente l'argomento della contraccezione, il cui fallimento rappresenta la causa della maggior parte degli aborti, quindi bisogna aumentare i servizi di consulenza al fine di garantire un uso corretto dei contraccettivi e la non comparsa di gravidanze indesiderate, consigliando alle donne il miglior tipo possibile per i loro standard.
Risulta importante considerare i fattori che hanno indotto le donne ad abortire per inserirli nei servizi di pianificazione familiare attuabili nella fase successiva all'interruzione di gravidanza.[25]

Nell'articolo di Makenzius et al.[26] si affronta il tema della contraccezione, dei fattori associati e della soddisfazione delle donne dopo aver ricevuto una consulenza post-aborto. Essi hanno raccolto un campione di 859 donne che cercavano assistenza post-IVG in due ospedali pubblici in Kenia tra giugno 2013 e maggio 2016.
Nel trattare l'argomento è emersa l'importanza di una responsabilità condivisa tra i due partner al fine di prevenire una gravidanza e della consulenza contraccettiva. Durante la consulenza è utile informare le donne dei benefici, dei rischi e degli effetti

collaterali che i contraccettivi hanno, al fine di garantirgli una corretta vita sessuale con un contraccettivo che si adatti meglio al loro corpo e alle loro esigenze. [26]

3.2 Discussione

Dalla lettura e dall'analisi degli articoli inclusi nella revisione della letteratura è emersa la grande importanza di un programma di interventi educativi post-IVG al fine di prevenire l'insorgenza di altre gravidanze indesiderate; tra questi ne evidenziamo principalmente 3: l'educazione sessuale e riproduttiva, la contraccezione e la pianificazione familiare.

Chi può mettere in atto questi interventi educativi? Tra le varie figure troviamo i ginecologi, le ostetriche e gli infermieri, quest'ultimi in modo particolare occupano una posizione importante nella fase di assistenza pre e post-aborto.

Gli infermieri instaurano con le pazienti una relazione di cura basata su un rapporto di fiducia, al fine di garantire un'assistenza di qualità e potrebbero quindi diventare un punto di riferimento durante questo processo, aiutando la donna a capire le problematiche che hanno portato all'arrivo di una gravidanza ed educandola dall'immediato post IVG in poi ad una sessualità responsabile.

Consapevoli quindi del ruolo che ricoprono gli infermieri ed essendo a conoscenza dell'elevata percentuale di operatori sanitari obiettori di coscienza ci chiediamo: gli infermieri obiettori possono ricoprire un ruolo educativo alla pari di quelli non obiettori? Tenendo in considerazione che nella visione di un operatore sanitario obiettore una donna dovrebbe eseguire un'interruzione volontaria di gravidanza solo per gravi problemi di salute del feto o della madre e non per altre cause considerate minori, dovrebbe essere di fondamentale importanza per loro educare una donna in modo tale che quest'ultima non esegua altre IVG.

Indipendentemente dalla libertà di esprimere la propria coscienza, al fine di ottenere un'educazione corretta e un'assistenza di qualità, risulta importante formare gli operatori sanitari su tutto ciò che riguarda la gravidanza, la contraccezione, l'interruzione e la tipologia di assistenza che necessitano le donne che hanno intrapreso un percorso simile, in modo tale da assicurare alle donne la possibilità di affrontare manovre sanitarie sicure e rispettose della loro dignità. [18] [24]

Come emerge dalla lettura degli articoli selezionati alla base di un'interruzione di gravidanza ci sono vari motivi, tra questi quelli che posso essere trattati direttamente dall'equipe di professionisti sono: il fallimento o il mancato uso della contraccezione e il disaccordo tra i partner sul momento adatto in cui creare una famiglia.
La soluzione a queste tipologie di problemi sono rispettivamente la consulenza contraccettiva e la pianificazione familiare.
La prima rappresenta un modo di discutere con la donna su tutto ciò che riguarda la sua vita sessuale, il metodo contraccettivo migliore per lei considerando rischi, benefici ed effetti collaterali ed aiutandola a mantenere nel tempo il metodo scelto fino al momento in cui, in comune accordo con il partner, decide di andare incontro alla creazione di una famiglia. [18 19 20 21 22 23 25 26]
La seconda, o pianificazione familiare, comprende tutto ciò che riguarda la progettazione della formazione di una famiglia, definendo il numero dei figli, i tempi e i modi, affinché la coppia non vada incontro ad una gravidanza non programmata e che non intenda portare a termine. [19 21 24 25]
Gli infermieri quindi rappresentano una figura trasversale presente nel pre e nel post IVG e che potrebbe educare nel miglior modo possibile le donne, con il supporto di altre figure professioni, tra quali il ginecologo e lo psicologo.

3.3 Limiti dello studio

I limiti di questo elaborato di tesi sono vari:

- gli articoli usati per la revisione sono stati reperiti in una sola banca dati, dopo ricerca su altri portali, a causa della poca diffusione del fenomeno
- la maggior parte degli articoli trovati trattava l'argomento dal punto di vista delle ostetriche e dei ginecologi, meno da quello degli infermieri
- i protagonisti dello studio erano per lo più popolazioni che abitavano in paesi molto arretrati in tutti gli ambiti, ma in modo particolare in quello sanitario
- non è stato reperito alcun articolo per la situazione in Europa o ancora meglio in Italia quindi è più difficile capire la presenza o meno di difficoltà ad ottenere un'adeguata assistenza post-aborto
- lo studio è ampio poichè si è basato su stati in tutto il mondo
- gli articoli reperiti sono in un numero limitato

CAPITOLO 4. CONCLUSIONI

La presente revisione della letteratura ha voluto trattare il fenomeno dell'interruzione volontaria di gravidanza soffermandosi su più aspetti, tra questi troviamo: il significato di IVG, la legge 194/78 che norma tale procedura, l'obiezione di coscienza che mettono in atto gli operatori sanitari su molteplici procedure mediche, ma in modo particolare sulle interruzioni di gravidanza, lo stigma a cui sono sottoposte la maggior parte delle donne e che segue a tale decisione e il ruolo che dovrebbe svolgere la figura dell'infermiere in tutti le fasi del processo.

Data la vastità dell'argomento scelto ci si è voluti soffermare sull'importanza di un'adeguata educazione sessuale al fine di promuovere la salute riproduttiva della donna e prevenire ulteriori interruzioni volontarie di gravidanza.

Dallo studio sono emersi importanti strategie educative che l'equipe di professionisti dovrebbe mettere in atto durante tutte le fasi dell'assistenza, in modo tale che le donne siano correttamente informate, formate ed educate ad una corretta e responsabile pratica sessuale.

Dopo un'analisi approfondita dell'argomento e degli articoli reperiti si può affermare che la tematica dell'interruzione volontaria di gravidanza non è ancora sufficientemente trattata, nonostante siano passati ormai più di 40 anni dalla legge che avrebbe dovuto normare e ristabilire l'importanza del diritto all'aborto volontario come un diritto umano imprescindibile, diritto che non dovrebbe mai essere negato a nessuna donna e in nessuna circostanza.

In modo particolare è emerso come l'Italia e l'Europa siano Paesi ancora poco pronti e formati sull'argomento, a causa di uno stigma generale molto diffuso che fa sì che la pratica venga effettuata ancora da troppi pochi operatori sanitari, che spesso risultano essere in un numero insufficiente rispetto alle richieste.

Sarebbe quindi importante che l'interruzione volontaria di gravidanza, con le sue sfaccettature, diventasse un argomento meno inavvicinabile e più alla portata di tutti, in modo tale da preservare la sicurezza delle donne e delle loro scelte, cercando di far diminuire lo stigma sociale a cui sono sottoposte anche a causa dell'obiezione di coscienza, che non permette un accesso veloce e sicuro ai servizi e un'imparzialità dei giudizi.

Ciò nonostante sarebbe opportuno anche sviluppare maggiormente tutta la parte che riguarda i servizi di educazione e formazione delle donne, a partire dall'adolescenza, al fine di ridurre il numero di persone che incorrano in gravidanze indesiderate e che debbano affidarsi alla sanità per ottenere un'IVG come soluzione del loro problema.

In conclusione, ci auguriamo che da qui ai prossimi anni l'IVG diventi un diritto inalienabile di tutte le donne in ogni parte del mondo, senza alcuna restrizione e alcun giudizio sulla scelta presa.
Inoltre, ci auspichiamo che in un futuro non troppo lontano, come primo obiettivo, si riescano ad incrementare i programmi educativi, che coprano fasce d'età a partire dalla preadolescenza fino all'età adulta e rivolti ad un'assunzione di consapevolezza sia femminile che maschile.
Come secondo obiettivo, speriamo che il numero degli obiettori di coscienza sia conforme alla quantità di richieste di aborto ricevute, in modo tale da abolire tutti i problemi legati all'accesso alle cure, che inducono le donne ad usufruire di metodi illegali per interrompere la gravidanza ed infine che l'IVG diventi una pratica utilizzata solo in quei rari casi in cui la donna non sia riuscita a prevenire la comparsa di una gravidanza indesiderata e in cui non riesca in nessun modo a portarla a termine.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

[1]Ministero della salute. Roma, Italia. Disponibile in: https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?lingua=italiano&id=4476&area=Salute%20donna&menu=societa

[2]Hinkle J.L, Cheever K.H, "*Brunner & Suddarth. Infermieristica medico-chirurgica. (Vol2)"* Roma: Casa Editrice Ambrosiana, 2017.

[3]Legge n.194: *"Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza"*. 1978. Disponibile in: https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1978-05-22;194

[4]Ministero della Salute. Roma, Italia. Disponibile in: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3236_allegato.pdf

[5]Center for reproductive rights. Disponibile in: https://reproductiverights.org/

[6]Istituto della Enciclopedia Italiana. Enciclopedia on line. Roma, Italia: Treccani. Disponibile in: https://www.treccani.it/enciclopedia/obiezione-di-coscienza_%28Enciclopedia-Italiana%29/

[7]Fleming V, Frith L, Luyben A, Ramsayer B. *Conscientious objection to participation in abortion by midwives and nurses: a systematic review of reasons*. BMC Med Ethics. 2018 Apr 27;19(1):31. doi: 10.1186/s12910-018-0268-3. PMID: 29703258; PMCID: PMC5923188**.**

[8]Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo. 1950. Disponibile in: https://www.echr.coe.int/documents/convention_ita.pdf

[9]Brown J, Goodridge D, Thorpe L, Chipanshi M. *Factors contributing to practitioner choice when declining involvement in legally available care: A scoping protocol*. BMJ Open. 2018 Aug 17;8(8):e023901. doi: 10.1136/bmjopen-2018-023901. PMID: 30121617; PMCID: PMC6104793.

[10]Ko CM, Koh CK, Lee YS. *An ethical issue: nurses' conscientious objection regarding induced abortion in South Korea*. BMC Med Ethics. 2020 Oct 27;21(1):106. doi: 10.1186/s12910-020-00552-9. PMID: 33109174; PMCID: PMC7590714.

[11]Awoonor-Williams JK, Baffoe P, Ayivor PK, Fofie C, Desai S, Chavkin W. *Prevalence of conscientious objection to legal abortion among clinicians in northern Ghana*. Int J Gynaecol Obstet. 2018 Jan;140(1):31-36. doi: 10.1002/ijgo.12328. Epub 2017 Oct 13. PMID: 28940197

[12]Coleman-Minahan K, Stevenson AJ, Obront E, Hays S. *Judicial bypass attorneys' experiences with abortion stigma in Texas courts*. Soc Sci Med. 2021 Jan;269:113508. doi: 10.1016/j.socscimed.2020.113508. Epub 2020 Nov 10. PMID: 33358022; PMCID: PMC7924962

[13]Coleman-Minahan K, Jean Stevenson A, Obront E, Hays S. *Adolescents Obtaining Abortion Without Parental Consent: Their Reasons and Experiences of Social Support*. Perspect Sex Reprod Health. 2020 Mar;52(1):15-22. doi: 10.1363/psrh.12132. Epub 2020 Mar 1. PMID: 32115875; PMCID: PMC7155056.

[14]Coleman-Minahan K, Stevenson AJ, Obront E, Hays S. *Young Women's Experiences Obtaining Judicial Bypass for Abortion in Texas*. J Adolesc Health. 2019 Jan;64(1):20-25. doi: 10.1016/j.jadohealth.2018.07.017. Epub 2018 Sep 6. PMID: 30197199; PMCID: PMC7274206.
[15]Astbury-Ward E, Parry O, Carnwell R. *Stigma, abortion, and disclosure-- findings from a qualitative study*. J Sex Med. 2012 Dec;9(12):3137-47. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02604.x. Epub 2012 Jan 12. PMID: 22239919.
[16]Mangiacavalli B, Pulimero AML, Mazzoleni B, Cicolini G, Cicia C, Draoli N, Vallicella F. *Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche.* Roma: FNOPI, 2019. Disponibile in: https://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/2688/codice%20deontologico_2019.pdf
[17]Lalli C, *A. La verità, vi prego, sull'aborto.* Roma: Fandango Libri, 2013.
[18]Paul M, Gemzell-Danielsson K, Kiggundu C, Namugenyi R, Klingberg-Allvin M. *Barriers and facilitators in the provision of post-abortion care at district level in central Uganda - a qualitative study focusing on task sharing between physicians and midwives*. BMC Health Serv Res. 2014 Jan 21;14:28. doi:10.1186/1472-6963-14-28. PMID: 24447321; PMCID: PMC3903434
[19]Abebe M, Mersha A, Degefa N, Gebremeskel F, Kefelew E, Molla W. *Determinants of induced abortion among women received maternal health care services in public hospitals of Arba Minch and Wolayita Sodo town, southern Ethiopia: unmatched case-control study*. BMC Womens Health. 2022 Apr 9;22(1):107. doi:10.1186/s12905-022-01695-0. PMID: 35397584; PMCID: PMC8994190
[20]Borges AL, OlaOlorun F, Fujimori E, Hoga LA, Tsui AO. *Contraceptive use following spontaneous and induced abortion and its association with family planning services in primary health care: results from a Brazilian longitudinal study*. Reprod Health. 2015 Oct 15;12:94. doi: 10.1186/s12978-015-0087-7. PMID:26470703; PMCID: PMC4606494
[21]Rehnström Loi U, Lindgren M, Faxelid E, Oguttu M, Klingberg-Allvin M. *Decision-making preceding induced abortion: a qualitative study of women's experiences in Kisumu, Kenya*. Reprod Health. 2018 Oct 3;15(1):166. doi: 10.1186/s12978-018-0612-6. PMID: 30285768; PMCID: PMC6171301
[22]Rogers C, Dantas JAR. *Access to contraception and sexual and reproductive health information post-abortion: a systematic review of literature from low- and middle-income countries*. J Fam Plann Reprod Health Care. 2017 Oct;43(4):309-318. doi: 10.1136/jfprhc-2016-101469. Epub 2017 Feb 16. PMID:28209623
[23]Keogh SC, Otupiri E, Castillo PW, Li NW, Apenkwa J, Polis CB. Contraceptive and abortion practices of young Ghanaian women aged 15-24: evidence from a nationally representative survey. Reprod Health. 2021 Jul 18;18(1):150. doi: 10.1186/s12978-021-01189-6. PMID: 34275462; PMCID: PMC8286596
[24]Tang L, Wu S, Li J, Wang K, Xu J, Temmerman M, Zhang WH; and INPAC Consortium. *Post-abortion family planning counselling practice among abortion*

service providers in China: a nationwide cross-sectional study. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2017 Feb;22(1):24-29. doi: 10.1080/13625187.2016.1255939. Epub 2016 Dec 8. PMID: 27927038

[25]Luo H, Wu S, Wang K, Xu J, Tang L, Temmerman M, Zhang WH; INPAC consortium. *Repeat induced abortion in 30 Chinese provinces: A cross-sectional study*. Int J Gynaecol Obstet. 2021 Sep;154(3):532-539. doi: 10.1002/ijgo.13620. Epub 2021 Feb 11. PMID: 33492670

[26]Makenzius M, Faxelid E, Gemzell-Danielsson K, Odero TMA, Klingberg-Allvin M, Oguttu M. *Contraceptive uptake in post abortion care-Secondary outcomes from a randomised controlled trial, Kisumu, Kenya*. PLoS One. 2018 Aug 10;13(8):e0201214. doi: 10.1371/journal.pone.0201214. PMID: 30096148; PMCID: PMC6086397

Allegati

Allegato I. Tabella rappresentativa dell'obiezione di coscienza sull'IVG per categoria professionale in Italia nel 2020

Regione	N. di ginecologi	% di ginecologi	N. personale non medico	% personale non medico
Veneto	241	66.6%	474	38.6%
Valle d'Aosta	3	25.0%	4	13.3%
Lombardia	451	60.7%	1406	43.2%
Piemonte	214	61.3%	297	18.4%
Friuli Venezia-Giulia	59	50.9%	127	24.4%
Liguria	63	56.8%	88	19.8%
Emilia Romagna	187	45.0%	243	18.8%
Trento	14	35.9%	290	14.7%
Bolzano	60	84.5%	389	73.5%
Marche	91	70.0%	689	22.5%
Abruzzo	109	83.8%	377	69.3%
Umbria	57	70.4%	146	54.5%
Lazio	247	67.7%	431	29.2%
Toscana	189	54.5%	305	18.8%
Calabria	71	67.6%	169	63.1%
Puglia	234	79.1%	909	71.6%
Basilicata	35	81.4%	72	56.7%
Sicilia	307	81.6%	726	86.1%
Sardegna	100	55.6%	171	35.7%
Molise	24	82.8%	99	90.0%
Campania	202	73.5%	320	73.4%
Totale in Italia	2958	64.6%	7732	36.2%

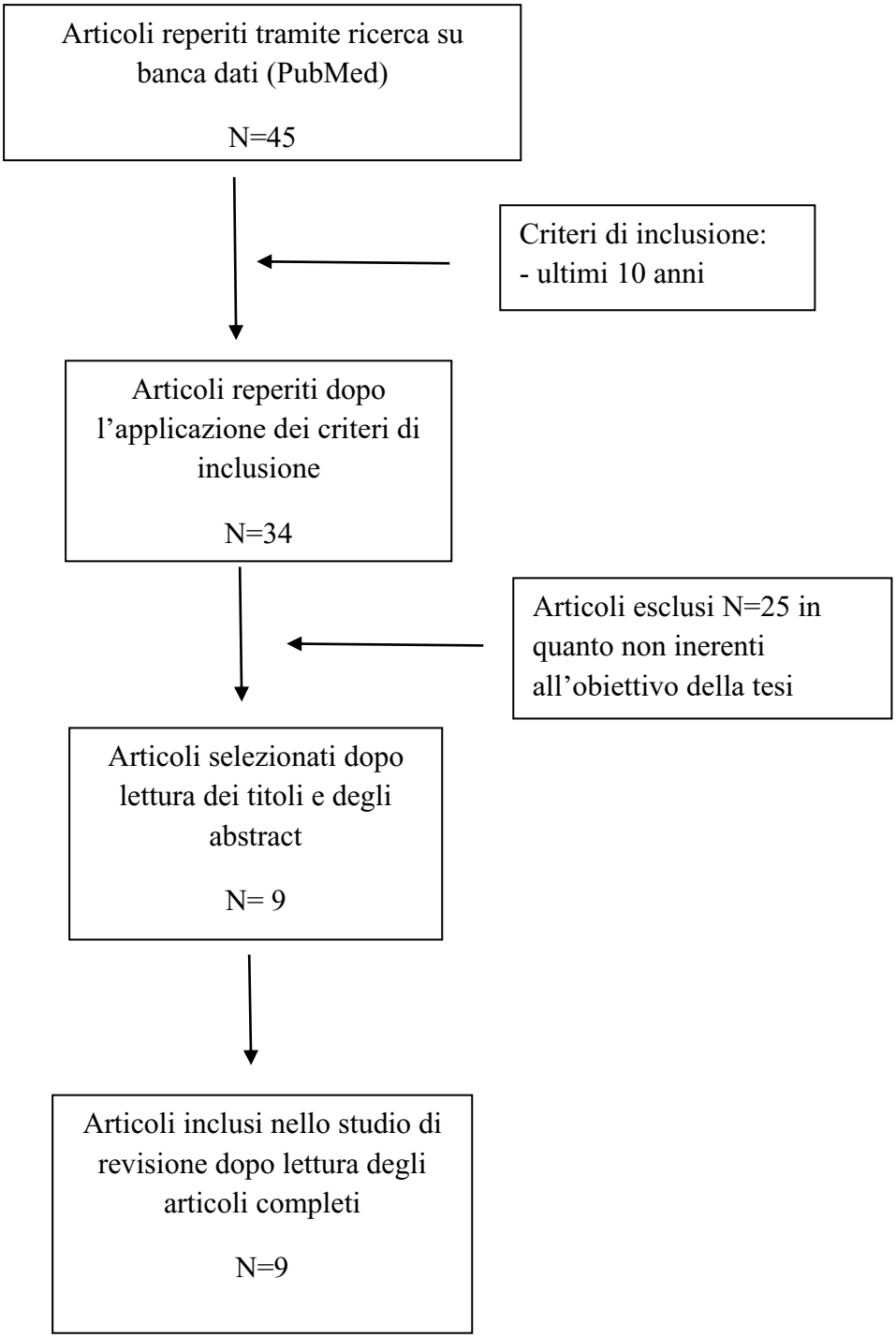
Allegato II: tabella stringa di ricerca

Banca dati	Stringa di ricerca	Filtri	Articoli reperiti	Articoli selezionati	Riferimenti articoli
PubMed	Abortion AND nursing AND educational intervention post abortion	Ultimi 10 anni	35	9	1-Rogers C, Dantas JAR. Access to contraception and sexual and reproductive health information post-abortion: a systematic review of literature from low- and middle-income countries. J Fam Plann Reprod Health Care. 2017 Oct;43(4):309-318. doi: 10.1136/jfprhc-2016-101469. Epub 2017 Feb 16. PMID: 28209623 2-Paul M, Gemzell-Danielsson K, Kiggundu C, Namugenyi R, Klingberg-Allvin M. Barriers and facilitators in the provision of post-abortion care at district level in central Uganda - a qualitative study focusing on task sharing between physicians and midwives. BMC Health Serv Res. 2014 Jan 21;14:28. doi: 10.1186/1472-6963-14-28. PMID: 24447321; PMCID: PMC3903434. (parla di ostetriche e medici) 3-Luo H, Wu S, Wang K, Xu J, Tang L, Temmerman M, Zhang WH; INPAC consortium. Repeat induced abortion in 30 Chinese provinces: A cross-sectional study. Int J Gynaecol Obstet. 2021 Sep;154(3):532-539. doi: 10.1002/ijgo.13620. Epub 2021 Feb 11. PMID: 33492670. 4-Tang L, Wu S, Li J, Wang K, Xu J, Temmerman M, Zhang WH; and INPAC Consortium. Post-abortion family planning counselling practice among abortion service providers in China: a nationwide cross-sectional study. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2017 Feb;22(1):24-29. doi: 10.1080/13625187.2016.1255939.

					Epub 2016 Dec 8. PMID: 27927038. 5- Keogh SC, Otupiri E, Castillo PW, Li NW, Apenkwa J, Polis CB. Contraceptive and abortion practices of young Ghanaian women aged 15-24: evidence from a nationally representative survey. Reprod Health. 2021 Jul 18;18(1):150. doi: 10.1186/s12978-021-01189-6. PMID: 34275462; PMCID: PMC8286596. 6-Makenzius M, Faxelid E, Gemzell-Danielsson K, Odero TMA, Klingberg-Allvin M, Oguttu M. Contraceptive uptake in post abortion care-Secondary outcomes from a randomised controlled trial, Kisumu, Kenya. PLoS One. 2018 Aug 10;13(8):e0201214. doi: 10.1371/journal.pone.0201214. PMID: 30096148; PMCID: PMC6086397. 7-Rehnström Loi U, Lindgren M, Faxelid E, Oguttu M, Klingberg-Allvin M. Decision-making preceding induced abortion: a qualitative study of women's experiences in Kisumu, Kenya. Reprod Health. 2018 Oct 3;15(1):166. doi: 10.1186/s12978-018-0612-6. PMID: 30285768; PMCID: PMC6171301. 8-Borges AL, OlaOlorun F, Fujimori E, Hoga LA, Tsui AO. Contraceptive use following spontaneous and induced abortion and its association with family planning services in primary health care: results from a Brazilian longitudinal study. Reprod Health. 2015 Oct 15;12:94. doi: 10.1186/s12978-015-0087-7.

					PMID: 26470703; PMCID: PMC4606494 9- Abebe M, Mersha A, Degefa N, Gebremeskel F, Kefelew E, Molla W. Determinants of induced abortion among women received maternal health care services in public hospitals of Arba Minch and Wolayita Sodo town, southern Ethiopia: unmatched case-control study. BMC Womens Health. 2022 Apr 9;22(1):107. doi: 10.1186/s12905-022-01695-0. PMID: 35397584; PMCID: PMC8994190.

Allegato III: Diagramma degli studi selezionati secondo il metodo PRISMA



Allegato IV: Tabella di descrizione degli studi inclusi nella revisione della letteratura

Autore/anno/ rivista	Tipo di studio	Obiettivo	Campione	Risultati e conclusioni
Rogers C, Dantas JAR 2017 J Fam Plann Reprod Health Care	Revisione sistematica	Analizzare l'accessibilità alla contraccezione e valutare il grado di informazioni sulla salute riproduttiva per le donne che hanno eseguito un aborto	Sono stati considerati tutti gli studi relativi alle esperienze post-aborto delle donne che vivono in aree a basso e medio reddito e la loro possibilità di accedere alle informazioni su contraccezione e salute sessuale. E' stata fatta una domanda di ricerca e il PICOS	Sono stati selezionati 9 studi, che evidenziano barriere alla contraccezione e alle informazioni sulla salute sessuale. L'adeguato accesso ai metodi contraccettivi assieme ad una completa e adeguata serie di informazioni riguardo alla salute sessuale diminuisce i problemi post- aborto
Paul M, Gemzell-Danielsson K, Kiggundu C, Namugenyi R, e Klingberg-Allvin M 2014 BMC Health service resource	Studio qualitativo	Esplorare la percezione di medici e ostetriche dell'assistenza post-aborto in relazione a competenze professionali, metodi, consulenza contraccettiva e trasferimento/condivisione dei compiti nell'assistenza post-aborto	In sette strutture sanitarie nella regione centrale dell'Uganda sono state condotte interviste approfondite (n = 27) con gli operatori sanitari che prestavano assistenza post-aborto	L'assistenza post-aborto è stata percepita come necessaria, anche se controversa e talvolta difficile da fornire. E' in corso la condivisione dei compiti, ma i fornitori non hanno le competenze pertinenti per fornire un'assistenza di qualità. Affinché l'assistenza post-aborto migliori, è necessario aumentare la condivisione dei compiti e fornire una formazione in servizio per gli

				operatori sanitari. L'assistenza post-aborto dovrebbe essere ulteriormente inclusa nei curricula educativi di infermieri e ostetriche. La condivisione su larga scala delle attività nell'assistenza post-aborto, insieme all'uso del misoprostolo per l'evacuazione uterina e all'educazione all'uso della contraccezione fornirebbe un approccio sistematico al miglioramento della qualità dell'assistenza e dell'accessibilità dei servizi, con l'obiettivo di ridurre la mortalità e la morbilità legate all'aborto in Uganda.
Abebe M, Mersha A, Molla W 2022 *BMC Women's Health*	Studio caso-controllo	Identificare i fattori associati all'aborto indotto e valutare eventuali fattori di rischio e monitorare le conseguenze dell'assistenza post-aborto.	413 donne dal 15 aprile al 15 giugno 2021 negli ospedali pubblici del Sud dell'Etiopia. Sono stati eseguiti dei questionari strutturati e delle interviste	In questo studio hanno partecipato 103 casi e 309 controlli. Residenza urbana, aver incontrato il primo sesso all'età di 20–24 anni, avere un partner sessuale multiplo, aver avuto già un figlio e una buona conoscenza dei contraccettivi sono stati identificati come determinanti

				positivi dell'aborto indotto. E' necessario approfondire e educare le pazienti ad eseguire degli interventi mirati a questi aspetti per ridurre le conseguenze dell'aborto indotto. Fondamentali sono anche l'educazione sessuale e riproduttiva e i programmi di pianificazione familiare.
Borges A.L.V, OlaOlorun F, Ong Tsui A , Fujimori E, Hoga L.A.K 2015 Reproductive Health	Studio di coorte prospettico	Valutare se l'uso contraccettivo è associato all'accesso ai servizi di pianificazione familiare nel periodo di sei mesi dopo l'aborto, in un contesto in cui le leggi sull'aborto sono altamente restrittive.	147 donne ricoverate in ospedale in seguito ad aborto che sono state poi seguite per sei mesi. Le donne hanno risposto a interviste telefoniche mensili sull'uso di contraccettivi e sull'utilizzo dei servizi di pianificazione familiare. (misurate dall'uso di una consulenza medica e di una consulenza contraccettiva)	Le donne che hanno riferito di aver utilizzato sia la consulenza medica che la consulenza contraccettiva nello stesso mese avevano maggiori probabilità di riferire l'uso di contraccettivi durante il periodo di sei mesi dopo l'aborto, rispetto a quelle che non hanno utilizzato questi servizi di pianificazione familiare. L'accesso a uno dei due servizi da solo non ha contribuito all'uso contraccettivo. Anche l'età era statisticamente associata all'uso di contraccettivi. Lo stato di

				pianificazione della gravidanza, il desiderio di avere più figli e l'istruzione non hanno contribuito all'uso dei contraccettivi. Delle 147 donne solo l'8,8 % dei pazienti ha ricevuto una prescrizione contraccettiva durante il ricovero. L'attività sessuale è ripresa per la maggior parte delle donne subito dopo l'aborto. La prevalenza dell'uso contraccettivo era 59,2 % e 80,9 % rispettivamente al primo e al sesto mese. I principali metodi al primo mese erano il preservativo e la pillola orale e al sesto mese la pillola orale
Loi U.R, Lindgren M, Faxelid E, Oguttu M, Klingberg-Allvin M 2018 Reproductive Health	Studio qualitativo	Esplorare i processi decisionali che precedono l'aborto indotto tra le donne con gravidanze indesiderate in Kenya, considerando che esso è un fattore fondamentale da considerare quando si pianificano e si implementano servizi contraccettivi	Sono state condotte 15 interviste approfondite con domande a risposta aperta a donne tra i 19 e 32 anni che avevano eseguito un aborto indotto e ricevuto le cure post-aborto	Gli intervistati hanno descritto le proprie esperienze riguardo al processo decisionale precedente l'aborto indotto. Questo studio mostra che le ragioni principali dell'aborto indotto erano lo stress socio-economico e la mancanza di sostegno da parte del partner maschile. Inoltre, la

				deviazione dalle aspettative familiari e dalle norme di genere ha fortemente influenzato la decisione di abortire tra le donne intervistate. Il principale decisore era spesso il partner maschio che premeva per l'interruzione della gravidanza indirettamente declinando le proprie responsabilità finanziarie o sociali o chiedendo direttamente l'interruzione. In alcuni casi, il partner maschio controllava il processo decisionale organizzando un aborto pericoloso senza il consenso della donna. Le scelte strategiche su chi confidarsi sono state utilizzate come protezione contro lo stigma dell'aborto. Ciò ha contribuito a creare una cultura del silenzio sull'aborto e sulle gravidanze indesiderate, un fattore che ha reso le donne più vulnerabili alle complicazioni.

Keogh S.C, Otupiri E, Castillo P.W, Li N.W, Apekwa J, Polis C.B 2021 Reproductive Health	Trial clinico	Fornire un'analisi nazionale completa delle pratiche e dei bisogni contraccettivi e di aborto delle giovani donne.	Abbiamo condotto un'indagine rappresentativa a livello nazionale di donne di età compresa tra 15 e 49 anni, comprese 1039 donne di età compresa tra 15 e 24 anni. Abbiamo confrontato i contraccettivi preferiti dalle donne giovani rispetto a quelle più anziane (25-49 anni), i motivi per interrompere la contraccezione, la qualità della consulenza, la scelta del metodo e l'influenza dei partner. Abbiamo anche esaminato l'incidenza dell'aborto auto-riferito da parte delle giovani, i metodi di aborto, l'assistenza post-aborto e le barriere all'aborto sicuro.	Rispetto alle donne anziane, avevano un desiderio più elevato di evitare la gravidanza, un uso minore di contraccettivi, un'attività sessuale più intermittente ed erano più propense a segnalare gravidanze come non intenzionali e ad aver interrotto di recente una gravidanza. I contraccettivi più comunemente usati erano: preservativi (22%), iniettabili (21%), astinenza (20%) o impianti (20%). Nella scelta di un metodo contraccettivo, i giovani utilizzatori di contraccettivi attuali hanno classificato le categorie di attributi importanti nel seguente ordine: efficacia nel prevenire la gravidanza (menzionata dal 70%), nessun rischio per la salute o effetti collaterali (56%), praticità (44%), e fattori sociali o normativi (13%)

				Alla domanda sul motivo dell'interruzione, le giovani donne hanno più comunemente citato il fatto di non avere un partner sessuale (28%), rapporti sessuali poco frequenti (26%), altri motivi non specificati (14%) e modifiche ai modelli di sanguinamento mensili (11%). Rispetto alle loro controparti più anziane, era meno probabile che avessero interrotto il trattamento perché volevano rimanere incinta, e più probabile che l'avessero interrotto a causa di rapporti sessuali poco frequenti Il tasso annuale di aborto autodichiarato tra le giovani donne era del 30 per mille. Il 7% delle giovani donne che hanno avuto rapporti sessuali ha riferito di aver interrotto una gravidanza e il 6% ha riferito di aver fatto qualcosa per riportare le

				mestruazioni in ritardo negli ultimi tre anni. Oltre la metà delle giovani donne ha utilizzato metodi di aborto ottenuti da fornitori non formali. Tra il terzo delle giovani donne che hanno avuto complicazioni durante l'aborto, il 40% non ha avuto accesso al trattamento.
Tang L, Wu S, Li J, Wang K, Xu J, Temmerman M, Zhang W.H, consorzio INPAC 2016 The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care	Studio trasversale	Valutare la pratica della consulenza sulla pianificazione familiare post-aborto tra gli operatori sanitari cinesi e identificare i fattori che la influenzano	E'stato condotto un questionario tra gli operatori sanitari di 30 province cinesi tra luglio e settembre 2013 Il questionario comprende cinque sezioni, tra cui (1) Informazioni generali sulle caratteristiche degli operatori sanitari come età, sesso, istruzione, livello professionale, posizione attuale, dipartimento attuale, anni di aborto e lavoro correlato alla pianificazione familiare e carico di lavoro quotidiano ; (2) Valutazione delle conoscenze su aborto,	La maggior parte degli operatori potrebbe eseguire una consulenza sulla pianificazione familiare post-aborto, ma alcuni non hanno il tempo disponibile per eseguirla. La formazione degli operatori e l'introduzione della pianificazione familiare come parte dei servizi per l'aborto sono fondamentali per fornire un'assistenza di qualità, riducendo così il rischio di gravidanze indesiderate.

			PAFP e metodi contraccettivi; (3) Atteggiamenti e pratiche sull'educazione di gruppo PAFP verso i clienti; (4) Atteggiamenti e pratiche di consulenza PAFP ai clienti; (5) Attuazione pratica della contraccezione post aborto.	
Luo H, Wu S,Wang K, Xu J, Tang L, Temmerman M, Zhang W.H, consorzio INPAC 2021 Int J Gynecol Obstet.	Studio trasversale	Confrontare i profili sociodemografici delle donne al primo aborto con quelle ad aborti ripetuti. In particolare, esaminare i fattori associati agli aborti di ordine superiore per aiutare la progettazione di strategie di intervento su misura. L'INPAC mirava a integrare i servizi di pianificazione familiare post aborto e valutare l'effetto degli interventi in termini di riduzione di gravidanze indesiderate	L'analisi della situazione è stata condotta tra aprile e agosto 2013, tutte le donne che cercavano un aborto entro le prime 12 settimane di gravidanza in ospedali selezionati sono state invitate a partecipare allo studio. La raccolta dei dati è avvenuta in 30 province con un massimo di 10 ospedali partecipanti. Il campione finale comprendeva 297 ospedali, le donne totali erano 79954. Nel questionario c'erano due variabili dipendenti: una variabile binaria che	Un totale di 52.127 (65,2%) donne cercavano aborti ripetuti, le donne sposate ricevevano un numero maggiore di aborti. All'interno del gruppo che ha segnalato una gravidanza indesiderata, il 44,7% ha riferito di non utilizzare alcuna forma di contraccezione. L'età era il fattore più importante associato all'aborto ripetuto. Le donne di età pari o superiore a 40 anni avevano una probabilità quasi sette volte maggiore di aborto ripetuto rispetto alle donne di età inferiore ai 20 anni Le donne con meno istruzione

			indicava se l'aborto in corso era un evento ripetuto (0 = no; 1 = sì) e una variabile di conteggio misurata dal numero di aborti indotti prima di questo aborto in corso. Le informazioni demografiche raccolte erano l'età, l'istruzione, lo stato civile, lo stato di registrazione della famiglia e l'occupazione. Le misurazioni della storia riproduttiva delle donne includevano il numero di bambini che avevano (viventi e deceduti) e il numero di gravidanze precedenti. Sono state utilizzate otto categorie per registrare le pratiche contraccettive attuali delle donne, tra cui: (1) nessuna; (2) ritmo; (3) recesso; (4) contraccezione d'emergenza; (5) preservativi; (6) pillola contraccettiva orale combinata (COC); (7)	e le donne impegnate in lavori meno stabili o non professionali avevano maggiori probabilità di abortire ripetutamente. Le donne che avevano già uno o più figli avevano più probabilità di abortire ripetutamente rispetto alle donne senza figli . E' importante considerare i fattori emersi che aumentano la scelta di abortire e integrarli nei servizi di pianificazione familiare post aborto.

			dispositivo intrauterino (IUD); e (8) altro. Inoltre, ai partecipanti è stato chiesto di scegliere tra "non hanno usato alcun contraccettivo", "fallimento contraccettivo" e "gravidanza prevista, interruzione per motivi medici" per registrare il motivo dell'interruzione della gravidanza in corso	
Makenzius M, Faxeli E, Gemzell-Danielsson K, Odero T.M.A , Klingberg-Allvin M, Oguttu M 2018 Plos One	Studio randomizzato-controllato	Esplorare l'adozione di contraccettivi, i fattori associati e la soddisfazione tra le donne in cerca di assistenza post aborto	859 donne che hanno cercato PAC in due ospedali pubblici nel giugno 2013-maggio 2016.	Tra le 810 donne seguite a 7-10 giorni, la maggior parte (n = 789) riferiva di aver ricevuto consulenza contraccettiva alla prima visita e 609 donne avevano accettato di iniziare il metodo contraccettivo di loro scelta Dopo tre mesi la maggior parte delle donne usava il metodo e ne era soddisfatta, alla piccola percentuale che non lo usava era stata proposta una nuova contraccezione. Si è visto che i motivi più comuni per smetterlo erano gli effetti collaterali, il rifiuto del partner

				e la mancanza d rifornimenti. Inoltre dovrebbe essere incoraggiato il miglioramento del coinvolgimento maschile nella prevenzione delle gravidanze indesiderate, che dovrebbe essere una responsabilità condivisa. Tuttavia, anche il controllo riproduttivo della fertilità femminile da parte degli uomini è un fattore importante che mina l'autonomia riproduttiva delle donne